Banner Medicare Advantage Dual HMO D-SNP ofrecido por *Banner – University Care Advantage*

Aviso Anual de Cambios para el 2022

Actualmente está inscrito como miembro de Banner – University Care Advantage HMO D-SNP. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto habla sobre los cambios.*

Qué hacer ahora

1. **PREGUNTA:** Qué cambios le aplican a usted

☐ Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.

- Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
- ¿Los cambios afectan a los servicios que utiliza?
- Busque en las secciones 2.1 y 2.5 para obtener información sobre los cambios de beneficios y costos para nuestro plan.

☐ Revise los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.

- ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
- ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con diferentes costos compartidos?
- ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como la necesidad de nuestra aprobación antes de surtir su receta?
- ¿Se puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
- Revise la lista de medicamentos de 2022 y busque en la 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Sus costos de medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su doctor acerca de las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle en costos anuales de bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite go.medicare.gov/drugprices y haga clic en el enlace "tableros de control" en el medio de la segunda nota hacia la parte inferior de la página. Estos tableros de control destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos año a año. Tenga en cuenta que los

beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

☐ Verifique si sus doctores y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Sus doctores, incluidos los especialistas que ve regularmente, están en nuestra red?
- ¿Qué pasa con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
- Busque en la Sección 2.3 y 2.4 para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores*.

☐ Piense en sus costos generales de atención médica.

- ¿Cuánto gastará de su bolsillo en los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
- ¿Cómo se comparan los costos totales de su 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 en el buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.

- Revise la lista en la contraportada de su manual *Medicare y Usted 2022*.
- Consulte la Sección 4.2 para obtener más información sobre sus opciones.

☐ 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 inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, será inscrito en Banner Medicare Advantage Dual.
- Si desea **cambiar a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y 7 de diciembre. Busque en la Sección 4.2, página 20 para obtener más información sobre sus opciones.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbase entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre de 2021.**

- Si no se inscribe a otro plan **antes del 7 de diciembre de 2021**, será inscrito en Banner Medicare Advantage Dual.

- Si se inscribe a otro plan entre **el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al (877) 874-3930. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 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 Centro de Atención al Cliente al número de teléfono indicado anteriormente en esta página.
- **La cobertura bajo este plan califica como Cobertura Médica Calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Por favor visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para más información.

Acerca de Banner Medicare Advantage Dual

- Banner Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) tiene contrato con Medicare y Medicaid. La inscripción depende en la renovación del contrato. En Arizona, el programa Medicaid se llama Sistema de Contención de Costos de Cuidados de Salud de Arizona (AHCCCS).
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Banner Medicare Advantage Dual. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Banner Medicare Advantage Dual.

H4931_ANOC013014015016CY22_M File & Use 3/18/2022

Resumen de Costos Importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y los costos de 2022 para Banner Medicare Advantage Dual en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es sólo un resumen de los cambios**. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.BannerHealth.com/Medicare. También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 2.1 para más información.	$0	$0
Deducible	Este plan tiene deducibles para algunos servicios hospitalarios y médicos: • El deducible de la Parte A de Medicare es de $0 o $1,484. • El deducible de la Parte B de Medicare es de $0 o $203. Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), usted paga $0.	$0

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Visita en el consultorio del doctor	Consultas de atención primaria: 0% ó 20% por consulta Consultas a especialistas: 0% ó 20% por consulta Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), usted paga $0.	Consultas de atención primaria: $0 de copago por consulta Consultas a especialistas: $0 de copago por consulta
Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del doctor. El día antes de ser dado de alta es su último día de hospitalización.	Las cantidades por periodo de beneficio son de $0 ó: • $1,484 de deducible • Días 1 al 60: $0 de copago por día • Días 61 al 90: $371 de copago por día • Días 91 en adelante: $742 de copago por "días de reserva de por vida" (hasta 60 días de por vida) • Después de los días de reserva de por vida: todos los costos Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), usted paga $0.	Por periodo de beneficio: • $0 de copago por día para los días 1 al 90 • $0 de copago por día para los días de reserva de por vida, días 91 a 150.

Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la sección 2.6 para obtener detalles).	Deducible: $0 ó $92 Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos recetados, su cantidad de deducible será de $0 ó $92, dependiendo del nivel de la “Ayuda adicional” que recibe. Si su deducible es de $92: Usted paga el costo completo de sus medicamentos hasta que haya pagado $92 por sus medicamentos. Copago / coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: • Medicamentos genéricos y de marca tratados como genéricos, por receta: o $0 de copago o o $1.30 de copago o o $3.70 de copago o o 15% del costo total • Todos los otros medicamentos, por receta: o $0 copago o o $4.00 copago o o $9.20 copago o o 15% del costo total • Medicamentos selectos: o Cubierto bajo diferentes niveles	Deducible: $480 Copago / coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: • Medicamentos genéricos y de marca tratados como genéricos, por receta: o $0 de copago o o $1.35 de copago o o $3.95 de copago o o 15% del costo total • Todos los otros medicamentos, por receta: o $0 copago o o $4.00 copago o o $9.85 copago o o 15% del costo total • Medicamentos selectos: • Usted paga $0 por receta para varios medicamentos de mantenimiento para afecciones crónicas.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Cantidad máxima de su bolsillo Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para más detalles.)	$7,550 Si es elegible para ayuda con sus costos compartidos de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo hacia la cantidad máxima de desembolso para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	$2,900 Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo hacia la cantidad máxima de desembolso para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Aviso Anual de Cambios para 2022
Tabla de Contenido

Resumen de Costos Importantes para 2022 1

SECCIÓN 1 Estamos Cambiando el Nombre del Plan 6

SECCIÓN 2 Cambios en los Costos y Beneficios para el Año Próximo 6

Sección 2.1 – Cambios en la Prima Mensual 6
Sección 2.2 – Cambios en las Cantidades Máximas que Paga de su Bolsillo 6
Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores 7
Sección 2.4 – Cambios en la Red de Farmacias 8
Sección 2.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos 8
Sección 2.6 – Cambios en la Cobertura para Medicamentos Recetados de la Parte D 17

SECCIÓN 3 Cambios Administrativos 21

SECCIÓN 4 Cómo Decidir qué Plan Elegir 23

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en Banner Medicare Advantage Dual 23
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan 23

SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan …… 24

SECCIÓN 6 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y AHCCCS (Medicaid) 24

SECCIÓN 7 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados….. 25

SECCIÓN 8 ¿Preguntas? 26

Sección 8.1 – Cómo Recibir Ayuda de parte de Banner Medicare Advantage Dual 26
Sección 8.2 – Cómo Recibir Ayuda de Medicare 26
Sección 8.3 – Cómo Recibir Ayuda de AHCCCS (Medicaid) 27

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2022, el nombre de nuestro plan cambiará de Banner – University Care Advantage a Banner Medicare Advantage Dual.

Recibirá una nueva tarjeta de identificación. Este nuevo nombre de plan aparecerá en todas las demás comunicaciones de miembros que reciba de nosotros.

SECCIÓN 2 Cambios en los Costos y Beneficios para el Año Próximo

Sección 2.1 – Cambios en la Prima Mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que AHCCCS (Medicaid) la pague por usted)).	$0	$0 No hay cambios para el próximo año de beneficios.

Sección 2.2 – Cambios en las Cantidades Máximas que Paga de su Bolsillo

Para protegerlo, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto paga "de su bolsillo" durante el año. Este límite se denomina "cantidad máxima de pagos de bolsillo". Una vez que alcance esta cantidad, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B por el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Cantidad máxima que paga de su bolsillo **Debido a que nuestros miembros también obtienen ayuda de AHCCCS (Medicaid), muy pocos alcanzan esta cantidad máxima que pagan de su bolsillo.** 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. Sus costos para servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para la cantidad máxima de sus gastos de bolsillo. Sus costos para medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de sus gastos de bolsillo.	$7,550	$2,900 Una vez que haya pagado $2,900 de su bolsillo por los 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.

Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Un *Directorio de Proveedores* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.BannerHealth.com/Medicare. También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener información actualizada del proveedor o solicitar que le enviemos un *Directorio de Proveedores* por correo. **Revise el *Directorio de Proveedores* de 2022 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red**.

Es importante que sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, doctores y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Hay varias razones por las que su proveedor podría dejar su plan, pero si su doctor 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 doctores 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.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.

- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo, 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 médica no se está siendo administrada adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su doctor o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención médica.

Sección 2.4 – Cambios en la Red de Farmacias

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

Nuestra red ha cambiado más que de costumbre para 2022. En nuestro sitio web www.BannerHealth.com/Medicare se encuentra 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* por correo. **Le recomendamos que revise nuestro *Directorio de Farmacias* vigente para verificar si su farmacia aún se encuentra en nuestra red.**

Sección 2.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso Anual de Cambios* le informa sobre los cambios en 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 2022. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.BannerHealth.com/Medicare. También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para solicitar que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo.

Servicios del programa de tratamiento para opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (OTP, por sus siglas en inglés), que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (MAT)
- Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre consumo de sustancias.
- Terapia individual y grupal
- Pruebas toxicológicas
- Actividades de consumo
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Rehabilitación Cardíaca y Servicios Intensivos de Rehabilitación Cardíaca	Se requiere autorización y referencia médica.	No se requiere autorización y referencia médica.
Servicios Quiroprácticos – Cubierto por Medicare	No se requiere autorización.	Algunos proveedores pueden requerir autorización a través de American Specialty Health.
Servicios Quiroprácticos – Rutina	Está cubierto hasta 8 consultas por año calendario.	Está cubierto por hasta 6 consultas por año calendario.
Preparación para el Autocontrol de la Diabetes	Se requiere autorización.	No se requiere autorización.
Servicios de Diálisis	Se requiere autorización.	No se requiere autorización.
EKG después de la Consulta Preventiva "Bienvenido a Medicare"	Se requiere autorización.	No se requiere autorización.
Exámenes de la Vista – Cubiertos por Medicare	Se requiere autorización y referencia médica.	No se requiere autorización y referencia médica.
Anteojos – Cubiertos por Medicare (un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas)	Se requiere autorización.	No se requiere autorización.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Detección de Glaucoma	Se requiere autorización	No se requiere autorización
Tarjeta de Alimentos Saludables – Beneficios Suplementarios Especiales para los Enfermos Crónicos (SSBCI)	No está cubierto.	Los miembros diagnosticados con una o más afecciones crónicas específicas pueden calificar para recibir la tarjeta de alimentos saludables como parte de SSBCI a través de nuestro proveedor contratado, Solutran. Usted recibe $75 por trimestre, y cualquier cantidad no utilizada pasa al siguiente período. Los beneficios mencionados son parte de beneficios suplementarios especiales. No todos los miembros calificarán.
Audífonos (todos los tipos)	Usted está cubierto hasta $2,000 ambos oídos combinados, cada tres años. Se requiere autorización y referencia médica.	Usted está cubierto hasta $1,500 ambos oídos combinados, cada tres años. No se requiere autorización y referencia médica.
Servicios de Salud en el Hogar	Se requiere autorización y referencia médica.	No se requiere autorización y referencia médica.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Hospitalización - Crítica	Cada período de beneficio, usted paga $0 ó: • Días 1 al 60: deducible de $1,484 • Días 61 al 90: copago de $371 por día • Días 91 al 150: copago de $742 por "día de reserva de por vida" (hasta 60 días de por vida)	Cada período de beneficio, usted paga: • Días 1 al 90: copago de $0 por día • Días 91 al 150: copago de $0 por día para días de reserva de por vida
Hospitalización – Psiquiátrica	Cada período de beneficio, usted paga $0 ó: • Días 1 al 60: deducible de $1,484 • Días 61 al 90: copago de $371 por día • Días 91 al 150: copago de $742 por "día de reserva de por vida" (hasta 60 días de por vida)	Cada período de beneficio, usted paga: • Días 1 al 90: copago de $0 por día • Días 91 al 150: copago de $0 por día para días de reserva de por vida
Servicios Cubiertos por la Parte B de Medicare: • Acupuntura para el dolor lumbar crónico • Servicios de ambulancia • Servicios en una instalación quirúrgica ambulatoria • Servicios de rehabilitación cardíaca • Servicios quiroprácticos (cubierto por Medicare) • Servicios dentales • (cubierto por Medicare)	Usted paga el 0% ó el 20% del costo total por consulta por los servicios cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de $0 por consulta por los servicios cubiertos por Medicare.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
• Procedimientos diagnósticos / exámenes (excluyendo las pruebas de laboratorio) • Diagnóstico y radiología terapéutica • Servicios de diálisis • Equipo Médico duradero (DME) y suministros relacionados • Atención de emergencia • Examen de la vista (cubierto por Medicare) • Anteojos (cubierto por Medicare) • Servicios de audición (cubierto por Medicare) • Terapia de infusión en el hogar • Servicios de educación sobre la enfermedad renal • Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare • Servicios del Programa de tratamiento con opioides • Observación en un hospital ambulatorio • Servicios en un hospital ambulatorio • Salud mental ambulatoria sesiones individuales y grupales • Servicios de Rehabilitación ambulatoria – terapia física, ocupacional y del habla y lenguaje • Servicios de abuso de sustancias ambulatoria – sesiones individuales y grupales		

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
• Servicios hospitalarios parciales • Servicios de podología (cubierto por Medicare) • Consultas con un proveedor de atención primaria (PCP) • Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados • Servicios de rehabilitación pulmonar • Consultas con especialistas • Servicios Telesalud • Servicios necesarios urgentes		
Servicios Especializados en Salud Mental – No médico	Se requiere referencia médica.	No se requiere referencia médica.
Servicios de Sangre para Pacientes Ambulatorios	Se requiere autorización.	No se requiere autorización.
Hospital Ambulatorio – Servicios de Observación	Se requiere autorización.	No se requiere autorización.
Servicios Ambulatorios de Abuso de Sustancias – **Sesiones Individuales y Grupales**	Se requiere autorización y referencia médica.	No se requiere autorización y referencia médica.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Artículos de Venta Libre (OTC)	Usted recibe $45 por mes, y cualquier cantidad no utilizada no pasa al siguiente período. Banner Health se asocia con InComm como nuestro proveedor contratado para los beneficios OTC.	Usted recibe $250 por trimestre, y cualquier cantidad no utilizada se transferirá al siguiente período. Banner Health se asociará con Solutran como nuestro proveedor contratado para los beneficios OTC.
Servicios Médicos de Especialistas	Se requiere referencia médica para algunos proveedores.	No se requiere referencia médica para el proveedor contratado por Banner a otro proveedor contratado por Banner.
Servicios de Podología – Cubiertos por Medicare	Se requiere referencia médica.	No se requiere referencia médica.
Servicios de Podología – Atención Médica de los Pies de Rutina	Cubierto hasta 12 consultas por año calendario para atención médica de los pies de rutina.	Cubierto hasta 6 consultas por año calendario para atención médica de los pies de rutina.
Servicios de Rehabilitación pulmonar	Se requiere autorización y referencia médica.	No se requiere autorización y referencia médica.
Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)	Cada período de beneficio, usted paga $0 ó: • Días 1 al 20: $0 de copago por día • Días 21 al 100: $185.50 de copago por día • Días 101 en adelante: Todos los costos	Cada período de beneficios, usted paga un copago de $0 por día durante los días 1 al 100.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Terapia Escalonada – Medicamentos de la Parte B de Medicare	No se aplica.	Los planes Banner Medicare Advantage utilizarán la terapia escalonada de la Parte B. La terapia escalonada es una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que los planes Banner Medicare Advantage cubran el medicamento que su doctor puede haber recetado inicialmente.
Programa de Diseño de Seguros Basados en el Valor (VBID)	No participan en el programa	Los planes Banner Medicare Advantage participarán en el programa VBID de Medicare. Usted paga un copago de $0 por estos beneficios: 1. **Todos** los miembros del plan Banner Medicare Advantage serán elegibles para los siguientes beneficios de VBID: • Planificación de Bienestar y Atención Médica (WHP): Los miembros pueden participar en una de las tres clases de bienestar

- Planificación Avanzada de Atención Médica (ACP)

2. Los miembros que han sido diagnosticados con diabetes, y / o trastorno musculoesquelético (MSD) y / o demencia) que aceptan participar en un programa de administración de atención médica pueden calificar para uno o más de nuestros programas VBID. Estos programas tienen beneficios adicionales diseñados para ayudar a controlar las afecciones crónicas anteriores:

- Fisiólogo del ejercicio para la diabetes
- Terapia sencilla por solicitud (MSD)
- Cuidado de ayudante en el hogar (Demencia) - Los miembros elegibles de ALTCS con demencia más una de las cinco afecciones crónicas y una estadía hospitalaria en los últimos 30 días pueden recibir hasta 20 horas de atención adicional de asistente en el hogar, más allá de su beneficio de Medicaid, dos veces cada año del plan.

Sección 2.6 – Cambios en la Cobertura para Medicamentos Recetados de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o "lista de medicamentos". Una copia de nuestra lista de medicamentos se proporciona electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra lista de medicamentos, incluyendo 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 estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

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

- **Hablar con su doctor (u otro prescriptor) y pídale al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.
    - 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 queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o a nuestro Centro de Atención al Cliente.
- **Hablar con su doctor (o prescriptor) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

Las excepciones actuales del formulario seguirán estando cubiertas el próximo año.

La mayoría de los cambios en la lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

A partir de 2022, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o menor y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambos.

Esto significa, por ejemplo, que, si está tomando un medicamento de marca que se está reemplazando o se está moviendo a un nivel de costo compartido más alto, no siempre recibirá un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos u obtenga el suministro de un mes de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún obtendrá información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de que se realice el cambio.

Cuando hacemos estos cambios en la lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su doctor (u otro prescriptor) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer a 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 usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional"), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted**. Nosotros hemos incluido un adjunto por separado, llamado " 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 sus costos de medicamentos. Debido a que recibe "Ayuda Adicional" y no ha recibido este adjunto con este kit, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente y solicite el "LIS Rider".

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos". Cuánto paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentra (puede buscar en el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año a 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 Periodo sin Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, busque en su *Resumen de Beneficios* o en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cobertura*.

Cambios a la Etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del Deducible Anual	La cantidad de su deducible es de $0 ó $92, dependiendo del nivel de "Ayuda Adicional" que reciba.	La cantidad de su deducible es de $480, pero la cantidad que paga de su bolsillo depende del nivel de "Ayuda Adicional" que reciba. Durante esta etapa, usted paga el costo compartido del subsidio de bajos ingresos (LIS, o "Ayuda Adicional") aplicable para los medicamentos Selectos hasta que se haya cumplido con el deducible anual.

Cambios en sus Costos Compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, 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	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial Durante esta etapa, el plan paga su propia parte del costo de los medicamentos y **usted paga su parte del costo**. Los costos en esta línea son para un suministro de un mes (31 días) cuando obtiene sus medicamentos recetados en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido preferido o de medicamentos recetados para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*. Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	Su costo por un suministro de un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: **Medicamentos genéricos y de marca tratados como genéricos:** Usted paga por receta: • $0 de copago o • $1.30 de copago o • $3.70 de copago o • 15% del costo total **Todos los demás medicamentos:** Usted paga por receta: • $0 de copago o • $4.00 de copago o • $9.20 de copago o • 15% del costo total **Medicamentos Selectos:** Cubierto bajo diferentes niveles	Su costo por un suministro de un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: **Medicamentos genéricos y de marca tratados como genéricos:** Usted paga por receta: • $0 de copago o • $1.35 de copago o • $3.95 de copago o • 15% del costo total **Todos los demás medicamentos:** Usted paga por receta: • $0 de copago o • $4.00 de copago o • $9.85 de copago o • 15% del costo total **Medicamentos Selectos:** Usted paga $0 por receta en varios medicamentos de mantenimiento para afecciones crónicas.

Cambios en la Etapa de Período sin Cobertura y en la Etapa de Cobertura Catastrófica

La Etapa de Período sin Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica, son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a ninguna de las dos etapas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura.*

SECCIÓN 3 Cambios Administrativos

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Período de gracia por pérdida de elegibilidad de Medicaid	Nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Si ya no es elegible para Medicaid, continuaremos brindando cobertura bajo este plan durante seis meses. Durante este tiempo, debe recuperar la elegibilidad para Medicaid para permanecer en nuestro plan.	Nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Si ya no es elegible para Medicaid, continuaremos brindando cobertura bajo este plan durante dos meses. Durante este tiempo, debe recuperar la elegibilidad para Medicaid para permanecer en nuestro plan.
Nurse Now – Línea de Asesoramiento de Enfermería 24/7	Línea de Asesoramiento de Enfermería Nurse Now 24/7 Número de teléfono: (844) 259-9494	Banner Nurse On-Call es el nuevo nombre de Nurse Now. El número de teléfono de Banner Nurse On-Call es (602) 747-7990 ó (888) 747-7990, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM)	Banner Health se asocia con MedImpact como nuestro PBM.	Banner Health se asociará con Express Scripts, Inc. (ESI) como nuestro PBM. Puede haber algunos cambios en sus beneficios, incluidas actualizaciones menores de medicamentos en el formulario y una red ampliada de farmacias para obtener sus medicamentos recetados. ESI también será el proveedor preferido para ciertos suministros médicos.
Solicitudes de Reembolso de Medicamentos Recetados de la Parte D	Si pagó el costo total de una receta y desea solicitar el reembolso del plan, puede enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo del medicamento que ha recibido. Envíenos por correo su solicitud de reembolso, junto con cualquier factura o recibo, a esta dirección: Banner – University Care Advantage Attn: Customer Care Center 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756	Si pagó el costo total de una receta y desea solicitar el reembolso del plan, puede enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo del medicamento que ha recibido. Envíe por correo o fax su solicitud de reembolso, junto con cualquier factura o recibo, a la dirección / número de fax a continuación: Express Scripts Attn: Medicare Part D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718 Número de Fax: (608) 741-5483
Dirección del sitio web – Planes de Banner Medicare Advantage	La dirección del sitio web de Banner – University Care Advantage es www.BannerUCA.com	La dirección del sitio web de Banner Medicare Advantage Dual será www.BannerHealth.com/Medicare.

SECCIÓN 4 Cómo Decidir qué Plan Elegir

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en Banner Medicare Advantage Dual

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 antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan Banner Medicare Advantage Dual.

Sección 4.2 – Si Desea Cambiar de Plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2022, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse 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, lea el manual *Medicare y Usted 2022*, llame a su programa estatal de ayuda de seguro médico consulte la Sección 6 o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área utilizando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Vaya a https://www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí, puede encontrar información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Banner Medicare Advantage Dual.

- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Banner Medicare Advantage Dual.

- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted 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, si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están en la Sección 8.1 de este folleto).

- *O bien* – puede llamar a **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 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 cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

SECCIÓN 5 Plazo para el Cambio de Plan

Si desea cambiar a un plan diferente o Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2022.

¿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 con Medicaid, que reciben "Ayuda Adicional" que pagan por sus medicamentos, que tienen o están dejando la cobertura del empleador y que se mudan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta su opción de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 6 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y AHCCCS (Medicaid)

El Programa Estatal de Asistencia de 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 denomina El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico de Arizona (Arizona SHIP).

El Arizona SHIP es independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora, ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita,** a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Arizona SHIP pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto a Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder a preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a Arizona SHIP al (800) 432-4040. Para más información sobre Arizona SHIP, visite su sitio web (des.az.gov).

Para preguntas sobre sus beneficios de Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), comuníquese con AHCCCS llamando al (855) 432-7587) TTY: (800) -367-8939 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original y cómo afecta la forma en que obtiene su cobertura de AHCCCS.

SECCIÓN 7 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 tiene Medicaid, ya está inscrito para "Ayuda Adicional", también llamado subsidio para personas de bajos ingresos. La "Ayuda Adicional" paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y el coseguro. Debido a que califica, no tiene un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la "Ayuda Adicional", llame a:

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

    - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7 am y las 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones); o.

    - Su oficina estatal de AHCCCS (Medicaid) (aplicaciones).

- **Asistencia con los Costos Compartidos para Medicamentos Recetados para Personas con VIH / SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con el VIH / SIDA tengan acceso a medicamentos contra 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 recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costos compartidos con receta a través de ADAP de Arizona. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame (602) 364-3610 ó (800) 334-1540.

SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

Sección 8.1 – Cómo Recibir Ayuda de Parte de Banner Medicare Advantage Dual

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Por favor llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al (877) 874-3930. (Usuarios de TTY, llamen 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 2022 (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2022. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura 2022* para *Banner Medicare Advantage Dual*. 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 recetados. En nuestro sitio web www.BannerHealth.com/Medicare encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura.* También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.BannerHealth.com/Medicare. 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 8.2 – 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 (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 utilizando 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 2022*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. Cada año, en el otoño, este folleto se envía por correo a las personas con 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 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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 8.3 – Cómo Recibir Ayuda de AHCCCS (Medicaid)

Para obtener información de AHCCCS (Medicaid) puede llamar al (855) 432-7587, TTY: (800) 367-8939, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.