Banner Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) ofrecido por Banner Medicare Advantage (que hace negocios bajo el nombre Banner Medicare Advantage Dual)

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de Banner Medicare Advantage Dual.

En este material, se describen los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá inscrito en Banner Medicare Advantage Dual.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite *www.Medicare.gov* o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026).
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Puede encontrar más información sobre los costos, los beneficios y las normas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en *www.BannerHealth.com/MA* o llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-874-3930 *(los usuarios de TTY deben llamar al 711)* para recibir una copia por correo postal.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en español.
- Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-874-3930 *(los usuarios de TTY deben llamar al 711)* para obtener más información. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en braille, letra grande u otros formatos alternativos.

Acerca de Banner Medicare Advantage Dual

- Banner Medicare Advantage Dual HMO D-SNP tiene un contrato con Medicare y Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato. Nuestro plan también tiene un contrato escrito con el programa de Medicaid de Arizona para coordinar sus beneficios del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona de Medicaid (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS) *(Medicaid)*.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Banner Medicare Advantage *(que hace negocios bajo el nombre Banner Medicare Advantage Dual)*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Banner Medicare Advantage Dual.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, automáticamente, quedará inscrito en Banner Medicare Advantage Dual**. A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de Banner Medicare Advantage Dual. Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para hacerlo.

H4931_MApd00726_M

Tabla de Contenido

Resumen de costos importantes para 2026 4

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 7

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 7

Sección 1.2 Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo 8

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 9

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 9

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos 9

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D 17

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta 18

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 21

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan 21

Sección 3.1 Plazos para el cambio de plan 22

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año? 22

SECCIÓN 4 Cómo obtener ayuda para pagar los medicamentos con receta 23

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas? 24

Obtenga ayuda de Banner Medicare Advantage Dual 24

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 25

Obtenga ayuda de Medicare 25

Obtenga ayuda del AHCCCS *(Medicaid)* 26

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 *(este año)*	2026 *(próximo año)*
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Vaya a la Sección 1.1 para obtener detalles.	$0 No es responsable de pagarla porque reúne los requisitos para recibir ayuda con la prima del plan de Medicare en virtud del AHCCCS *(Medicaid)*, usted paga $0.	**$0** **No es responsable de pagarla porque reúne los requisitos para recibir ayuda con la prima del plan de Medicare en virtud del AHCCCS *(Medicaid)*, usted paga $0.**
Deducible	$0 No es responsable de pagar el deducible porque reúne los requisitos para recibir ayuda con el costo compartido de Medicare en virtud del AHCCCS *(Medicaid)*, usted paga $0.	**$0** **No es responsable de pagar el deducible porque reúne los requisitos para recibir ayuda con el costo compartido de Medicare en virtud del AHCCCS *(Medicaid)*, usted paga $0.**
Cantidad máxima que paga de su bolsillo Esta es la cantidad máxima que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. *(Vaya a la Sección 1.2 para obtener detalles).*	$9,350 No tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de su bolsillo que contaría para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	**$9,250** **No tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de su bolsillo que contaría para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.**
Visitas al consultorio de atención primaria	Coseguro del 0% por consulta	**Coseguro del 0% por consulta**
Visitas al consultorio de un especialista	Coseguro del 0% por consulta	**Coseguro del 0% por consulta**

	2025 *(este año)*	2026 *(próximo año)*
Hospitalizaciones Incluye cuidados agudos para pacientes internados, rehabilitación con hospitalización, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted ingresa formalmente al hospital con la orden de un doctor. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	Copago de $0	**Copago de $0**
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D *(Vaya a la Sección 1.7 para obtener detalles).*	$0 Como usted recibe "Ayuda adicional" para pagar su cobertura de medicamentos con receta, no pagará el deducible estándar de la Parte D.	**$0** **Como usted recibe "Ayuda adicional" para pagar su cobertura de medicamentos con receta, no pagará el deducible estándar de la Parte D.**

	2025 ***(este año)***	**2026** ***(próximo año)***
Cobertura de medicamentos de la Parte D *(Vaya a las Secciones 1.6 y 1.7 para obtener detalles, incluidas las Etapas de deducible anual, cobertura inicial y cobertura para catástrofes).*	Copago durante la Etapa de cobertura inicial: • Todos los medicamentos cubiertos: Copago de $0 *(por cada receta)*	**Copago durante la Etapa de cobertura inicial:** • **Medicamentos genéricos *(incluidos los medicamentos de marca que se tratan como genéricos):* $0/$1.60/$5.10 *(por cada receta)*** • **Todos los demás medicamentos: $0/$4.90/$12.65 *(por cada receta)***
	Etapa de cobertura para catástrofes: Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	**Etapa de cobertura para catástrofes:** **Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.**

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 *(este año)*	2026 *(próximo año)*
Prima mensual del plan *(También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).*	$0	**$0**
Reducción de la prima de la Parte B Esta cantidad se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que usted pagará menos por la Parte B. Si el AHCCCS *(Medicaid)* no paga las primas de Medicare por usted, deberá continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede pagar una prima de la Parte A si no es elegible para obtener la Parte A sin pagar la prima. Si es miembro de Freedom to Work, pero no es beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), usted es responsable de pagar su prima de la Parte B de Medicare, por lo que reduciremos $2.00 su prima mensual de la Parte B de Medicare.	$0 al mes	**$2 al mes**

Sección 1.2 Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo para el año. Este límite se denomina la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Una vez que haya pagado esta cantidad, por lo general, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B *(ni por otros servicios médicos no cubiertos por Medicare)* por el resto del año calendario.

	2025 *(este año)*	**2026** *(próximo año)*
Cantidad máxima que paga de su bolsillo Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda del AHCCCS *(Medicaid)*, muy pocos miembros alcanzan este máximo que paga de su bolsillo. No tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de su bolsillo que contaría para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Los costos de sus servicios médicos cubiertos *(como los copagos y los deducibles)* **se tienen en cuenta** para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. La prima de nuestro plan y los costos de sus medicamentos con receta **no se tienen en cuenta** para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.	$9,350	**$9,250** **Una vez que haya pagado $9,250 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 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores cambió para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores* de 2026 en *www.BannerHealth.com/MA* para verificar si sus proveedores *(proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.)* se encuentran en nuestra red. A continuación, se indica cómo obtener el *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web, *www.BannerHealth.com/MA*.
- Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-874-3930 *(los usuarios de TTY deben llamar al 711)* para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores* por correo postal.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los doctores y los especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si algún cambio realizado a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-874-3930 *(los usuarios de TTY deben llamar al 711)* para pedir ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red se va de nuestro plan, vaya al Capítulo 3, Sección 2.3, de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que paga por sus medicamentos con receta 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 medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestra red de farmacias cambió para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias de 2026* en *www.BannerHealth.com/MA* para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red. A continuación, se indica cómo obtener el *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web, *www.BannerHealth.com/MA*.
- Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-874-3930 *(los usuarios de TTY deben llamar al 711)* para obtener información actualizada de las farmacias o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias* por correo postal.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si algún cambio realizado a mitad de año en nuestras farmacias lo afecta, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-874-3930 *(los usuarios de TTY deben llamar al 711)* para pedir ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos

El Aviso anual de cambios le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

	2025 *(este año)*	2026 *(próximo año)*
Servicios de rehabilitación cardíaca	No se requiere autorización previa para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. No se requiere autorización previa para los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.	**Se requiere autorización previa para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.** **Se requiere autorización previa para los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.**
Prueba de detección de cáncer colorrectal *(enemas de bario)*	El enema de bario que cubre Medicare está cubierto.	**El beneficio de enema de bario que cubre Medicare no está cubierto.**
Servicios auditivos	No se requiere autorización previa para los servicios de adaptación o evaluación de audífonos. No se requiere autorización previa para los audífonos recetados *(todos los tipos)*.	**Se requiere autorización previa para los servicios de adaptación o evaluación de audífonos.** **Se requiere autorización previa para los audífonos recetados *(todos los tipos)*.**
Atención médica a domicilio	No se requiere autorización previa para los servicios de atención médica a domicilio.	**Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de atención médica a domicilio.**
Servicios para la enfermedad renal	Se necesita derivación para los servicios de diálisis renal.	**No se necesita derivación para los servicios de diálisis renal.**
Servicios hematológicos para pacientes externos	Se requiere derivación para los servicios hematológicos para pacientes externos.	**No se requiere derivación para los servicios hematológicos para pacientes externos.**

	2025 *(este año)*	2026 *(próximo año)*
Artículos de venta libre	Usted recibe $200 cada 3 meses para comprar medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) y productos relacionados con la salud elegibles.	**Usted recibe $215 cada 3 meses para comprar medicamentos OTC y productos relacionados con la salud elegibles.**
Servicios de doctores o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del doctor	Se requiere autorización previa para los servicios prestados por otros profesionales de atención médica.	**No se requiere autorización previa para los servicios prestados por otros profesionales de atención médica.**
Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos	Los Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos no están cubiertos.	**Los miembros que tienen una o más afecciones crónicas y cumplen ciertos criterios pueden ser elegibles para obtener los Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos *(Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)*. Los SSBCI que se mencionan a continuación son parte de un paquete de beneficios combinados junto con su Beneficio para artículos de venta libre *(OTC)*.**

	2025 *(este año)*	2026 *(próximo año)*
Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos *(continuación)*		**Cada trimestre en el que está inscrito en el plan, recibe una asignación de $215 que se carga en su *tarjeta &more*. Además de los artículos de OTC, también puede usar su asignación para comprar alimentos y productos saludables o pagar gastos de servicios públicos.** **Los fondos no utilizados no se transfieren y caducan cada tres meses.**

	2025 *(este año)*	2026 *(próximo año)*
Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos *(continuación)*		**Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos *(SSBCI).* Es posible que califique para recibir los SSBCI si tiene un riesgo alto de ser hospitalizado y requiere una coordinación de atención médica intensiva para tratar su enfermedad crónica, como diabetes mellitus, enfermedad renal crónica *(ERC)*, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, e insuficiencia cardíaca crónica. No todos los miembros que tengan una enfermedad crónica calificarán, ya que se pueden aplicar otros criterios para brindar la cobertura.**

	2025 *(este año)*	2026 *(próximo año)*
Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos *(continuación)*		**Para ver una lista completa de las enfermedades crónicas u obtener más información sobre otros requisitos de elegibilidad necesarios para calificar para los SSBCI, consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura del plan.** **Avidia Bank emite su *tarjeta de beneficios &more prepaga de Mastercard®* en virtud de una licencia de Mastercard Incorporated. El uso de esta tarjeta está sujeto a los términos y condiciones del Contrato del titular de la tarjeta.**
Tratamiento con ejercicios supervisados *(Supervised Exercise Therapy, SET)* para la enfermedad arterial periférica *(Peripheral Artery Disease, PAD)* sintomática	No se requiere autorización previa para los servicios de tratamiento con ejercicios supervisados cubiertos por Medicare.	**Se requiere autorización previa para los servicios de tratamiento con ejercicios supervisados cubiertos por Medicare.**

	2025 *(este año)*	2026 *(próximo año)*
Beneficios del modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor *(Value-Based Insurance Design, VBID)*	Los miembros que reúnen los requisitos para el subsidio por bajos ingresos *(Low-Income Subsidy, LIS)* pagan un copago de $0 por los servicios de transporte de rutina *(36 viajes sencillos durante el año de beneficios actual a lugares relacionados con la salud que no sean médicamente necesarios y estén aprobados por el plan)* usando servicios de uso compartido de vehículo, camioneta y transporte médico. El límite de 36 viajes sencillos se comparte con los servicios de transporte *(de rutina)* a lugares relacionados con la salud que sean médicamente necesarios y estén aprobados por el plan.	**Todos los miembros califican para los servicios de transporte de rutina.** **Usted paga un copago de $0 por servicios de transporte de rutina *(hasta 36 viajes sencillos por año a lugares relacionados con beneficios suplementarios cubiertos por el plan)* usando servicios de uso compartido de vehículo, camioneta y transporte médico.**

	2025 ***(este año)***	**2026** ***(próximo año)***
Beneficios del modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor *(VBID)* *(continuación)*	La elegibilidad para el transporte no médicamente necesario aprobado por el plan no está asegurada y será determinada por Banner Medicare Advantage Dual después de la inscripción, según los criterios de elegibilidad.	
	Los miembros del beneficio para alimentos y productos que reúnan los requisitos para el subsidio por bajos ingresos *(LIS)* recibirán una asignación trimestral de $60 que se deposita en su *tarjeta de beneficios &more prepaga de Mastercard®* y que solo puede usarse a través de nuestro proveedor contratado para comprar artículos aprobados. La cantidad que no se utiliza se transfiere al siguiente trimestre, pero debe utilizarse en el año de beneficios actual.	**El beneficio para alimentos y productos para miembros que reúnen los requisitos para el subsidio por bajos ingresos *(LIS)* no está cubierto.** **Para obtener detalles relacionados con los beneficios para alimentos y productos, consulte la sección anterior Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos *(SSBCI).***

	2025 *(este año)*	2026 *(próximo año)*
Beneficios del modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor *(VBID)* *(continuación)*	La elegibilidad para el beneficio para alimentos y productos no está asegurada y será determinada por Banner Medicare Advantage Dual después de la inscripción, según los criterios de elegibilidad. Avidia Bank emite su *tarjeta de beneficios &more prepaga de Mastercard®* en virtud de una licencia de Mastercard Incorporated. El uso de esta tarjeta está sujeto a los términos y condiciones del Contrato del titular de la tarjeta.	

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

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

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que pueden incluir la eliminación o la incorporación de medicamentos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o cambios en su nivel de costo compartido. **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 o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea como mínimo mensualmente para ofrecer la lista de medicamentos más vigente. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a uno de sus medicamentos, le enviaremos un aviso al respecto.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos a principios de año o durante este, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con la persona autorizada a dar recetas para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-874-3930 *(los usuarios de TTY deben llamar al 711)* para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

¿Recibe Ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura de medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos *(Ayuda adicional)*, **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplica en su caso.** Le hemos enviado un material separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no recibe este material antes del 30 de septiembre, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-874-3930 *(los usuarios de TTY deben llamar al 711)* y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay 3 **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura para catástrofes. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de Descuento para el Período sin Cobertura (Coverage Gap Discount Program) ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

  Este plan se presentó con el deducible estándar de la Parte D de $615. Sin embargo, como usted recibe “Ayuda adicional” para pagar su cobertura de medicamentos con receta, no pagará el deducible estándar de la Parte D, y la cobertura comenzará en la Etapa de cobertura inicial.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

  Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. En esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. En general, usted permanece en esta etapa hasta que los costos que pague de su bolsillo en el año hasta la fecha alcancen los $2,100.

- ***Etapa 3: Cobertura para catástrofes***

  Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de Descuento del Fabricante (Manufacturer Discount Program) reemplazó al Programa de Descuento para el Período sin Cobertura. Conforme al Programa de Descuento del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan para medicamentos de marca comercial y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura para catástrofes. Los descuentos que los fabricantes hacen en virtud del Programa de Descuento del Fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Costos de los medicamentos en la etapa 1: Deducible anual

En la tabla, se muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 ***(este año)***	**2026** ***(próximo año)***
Deducible anual	Como recibe “Ayuda adicional”, esta etapa de pago no le corresponde.	**Como recibe “Ayuda adicional”, esta etapa de pago no le corresponde.**

Costos de los medicamentos en la etapa 2: Cobertura inicial

En la tabla, se muestra su costo por receta para un suministro para un mes *(31 días)* surtido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos se cubren sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre los costos de vacunas o los costos de un suministro a largo plazo, o para medicamentos con receta de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su Evidencia de cobertura.

Una vez que haya pagado $2,100 de su bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa *(la Etapa de cobertura para catástrofes)*.

	2025 *(este año)*	2026 *(próximo año)*
Todos los medicamentos cubiertos:	Copago de $0	**Medicamentos genéricos *(incluidos los medicamentos de marca que se tratan como genéricos)*: $0/$1.60/$5.10** ***(por cada receta)*** **Todos los demás medicamentos: $0/$4.90/$12.65** ***(por cada receta)***

Cambios en el beneficio de la Parte D de su VBID

En 2025, el plan Banner Medicare Advantage Dual participa del modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor *(VBID)*. El modelo VBID permite que este plan ofrezca un beneficio de costo compartido reducido de la Parte D de $0 para todos los medicamentos cubiertos de la Parte D. A partir del 31 de diciembre de 2025, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid *(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)* darán por concluido el modelo VBID.

A partir del 1 de enero de 2026, debido a que es elegible para el AHCCCS *(Medicaid)*, usted reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Le enviaremos un folleto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos" (Low Income Subsidy Rider) o "Cláusula adicional LIS" (LIS Rider).* Este folleto incluirá las cantidades del costo compartido que pagará por sus medicamentos cubiertos de la Parte D en 2026.

Cambios en la Etapa de cobertura para catástrofes

Si alcanza la Etapa de cobertura para catástrofes, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura para catástrofes, vaya a la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 *(este año)*	2026 *(próximo año)*
Plan de pago de medicamentos de Medicare	El Plan de pago de medicamentos de Medicare no está disponible.	**El Plan de pago de medicamentos de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos y que puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año *(enero-diciembre)*.** **Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-845-1803 *(los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231)* o visite *www.Medicare.gov*.**

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para seguir inscrito en Banner Medicare Advantage Dual, no es necesario que haga nada. A menos que se inscriba en un plan diferente o se cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente, seguirá inscrito en nuestro plan Banner Medicare Advantage Dual.

Si desea cambiarse de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en Banner Medicare Advantage Dual se cancelará automáticamente.

- **Para cambiarse a Medicare Original con una cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en Banner Medicare Advantage Dual se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la suscripción. Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-874-3930 *(los usuarios de TTY deben llamar al 711)* para obtener más información sobre cómo hacerlo. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE *(1-800-633-4227)* y solicite la cancelación. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D *(vaya a la Sección 4)*.
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite *www.Medicare.gov*, consulte el manual *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program) *(vaya a la Sección 5)* o llame al 1-800-MEDICARE *(1-800-633-4227)*.

Sección 3.1 Plazos para el cambio de plan

Las personas que tienen Medicare pueden hacer cambios en su cobertura desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si usted está inscrito en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare *(con o sin cobertura para medicamentos de Medicare)* o cambiarse a Medicare Original *(con o sin cobertura separada para medicamentos de Medicare)* entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En determinados casos, las personas pueden tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Por ejemplo, las siguientes personas:

- Quienes tienen el AHCCCS *(Medicaid)*
- Quienes reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Quienes tiene cobertura de un empleador o dejarán de tenerla
- Quienes se muden fuera del área de servicio de nuestro plan

Dado que usted tiene el AHCCCS *(Medicaid)*, puede finalizar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (*si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática)*.

- O bien, si reúne los requisitos, un Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) integrado que le brinde Medicare y la mayoría o la totalidad de los beneficios y los servicios de Medicaid en un plan.

Si se mudó hace poco a una institución o vive actualmente en una institución *(como un Centro de Enfermería Especializada o un hospital de atención a largo plazo)*, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare *(con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare)* o cambiarse a Medicare Original *(con o sin cobertura separada para medicamentos de Medicare)* en cualquier momento. Si acaba de salir de una institución, tiene una oportunidad para cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en el que salió de dicha institución.

SECCIÓN 4 Cómo obtener ayuda para pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay distintos tipos de ayuda disponible:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales del plan de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a:
    - 1-800-MEDICARE *(1-800-633-4227)*. Los usuarios de TTY pueden 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, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes; y pida por un representante. Los mensajes automatizados se encuentran disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
    - La oficina del AHCCCS *(Medicaid)* de su estado.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA *(AIDS Drug Assistance Program, ADAP)* ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir con ciertos criterios que incluyen un comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare, que también estén cubiertos por el ADAP, califican para la ayuda con el

costo compartido para medicamentos con receta a través de Arizona ADAP. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo ayuda, llame a Arizona ADAP al 602-364-3610 o al 800-334-1540. Cuando llame, asegúrese de informar el nombre del plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

- **El Plan de pago de medicamentos de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a administrar los costos que debe pagar de su bolsillo por los medicamentos que nuestro plan cubre distribuyéndolos a lo largo del año calendario *(enero-diciembre)*. Toda persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos *(como un plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos)* puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no lo hace ahorrar dinero ni disminuye los costos de sus medicamentos.**

  La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su ADAP, para aquellos que reúnen los requisitos, son más ventajosas que participar en el Plan de pago de medicamentos de Medicare. Todos los miembros reúnen los requisitos para participar en el Plan de pago de medicamentos de Medicare, independientemente del nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-845-1803 *(los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231)* o visite *www.Medicare.gov*.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Obtenga ayuda de Banner Medicare Advantage Dual

- **Comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-874-3930. *(Los usuarios de TTY deben llamar al 711)***

  Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Las llamadas a este número son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de cobertura* de 2026**

  Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2026* para Banner Medicare Advantage Dual. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web *www.BannerHealth.com/MA* o llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-874-3930 *(los usuarios de TTY deben llamar al 711)* para recibir una copia por correo postal.

- **Visite *www.BannerHealth.com/MA***

  En nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).*

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

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

Llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros médicos. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y AHCCCS *(Medicaid)* y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona al 800-432-4040. Obtenga más información sobre el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona visitando su sitio web *(des.az.gov)*.

Obtenga ayuda 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo, en *www.Medicare.gov***

  Puede chatear en vivo, en *www.Medicare.gov/talk-to-someone*.

- **Envíe una carta a Medicare**

  Puede enviar una carta a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite *www.Medicare.gov***

  El sitio web oficial de Medicare posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026)**

  Cada otoño, el manual *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026) se envía por correo postal 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. Obtenga una copia en *www.Medicare.gov* o llamando al 1-800-MEDICARE *(1-800-633-4227)*. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga ayuda del AHCCCS *(Medicaid)*

Llame al Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona *(AHCCCS)* al 855-432-7587 *(los usuarios de TTY deben llamar al 800-842-6520)* para obtener ayuda con las preguntas sobre la inscripción al AHCCCS *(Medicaid)* o los beneficios.

Banner Medicare Advantage

Banner Medicare Advantage Dual HMO D-SNP

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English: We provide free language assistance services and auxiliary aids and services. To request these free services, call us at 877-874-3930, TTY 711, 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week.

Spanish: Ofrecemos servicios gratuitos de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares. Para solicitar estos servicios gratuitos, llámenos al 877-874-3930, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana.

Navajo: Bilagáana bizaad bee áká'a'doowoł dóó bee áká'a'doowołígíí t'áá jíík'é bee nihił yá'át'éehgo áńdaalyaa. Díí t'áá jíík'e bee áká'a'doowoł biniiyé, kojį' béésh bee hodíilnih 877-874-3930, TTY 711, 8 a.m. dóó 8 p.m. t'áá ákwíí jí bee.

Chinese: 我们提供免费的语言帮助服务以及辅助设备和服务。如需这些免费服务，请致电 877-874-3930 (TTY 711)，工作时间为每周七天，每天上午 8 点至晚上 8 点。

Vietnamese: Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và thiết bị hỗ trợ hoàn toàn miễn phí. Để yêu cầu các dịch vụ miễn phí này, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 877-874-3930, TTY 711, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày trong tuần.

Arabic: نقدِّم خدمات مساعدة لغوية مجانية، ووسائل وأدوات مساعدة إضافية. لطلب هذه الخدمات المجانية، يُرجى الاتصال بنا على الرقم 877-874-3930، أو عبر هاتف TTY على الرقم 711، طوال أيام الأسبوع من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.

Tagalog: Nagbibigay kami ng mga libreng serbisyo na tulong sa wika at mga auxiliary aid at serbisyo. Upang humiling ng mga libreng serbisyo na ito, tawagan kami sa 877-874-3930, TTY 711, 8 a.m. hanggang 8 p.m., pitong araw sa isang linggo.

Korean: 당사는 언어 지원 서비스와 지원 도구 및 서비스를 무료로 제공합니다. 이러한 무료 서비스를 요청하려면 877-874-3930, TTY 711 번으로 연락해 주십시오. 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.

French: Nous Nous offrons des services d’assistance linguistique gratuits ainsi que des aides et services auxiliaires. Pour demander ces services gratuits, appelez-nous au 877-874-3930, TTY 711, de 8 h a.m. à 8 h p.m., sept jours sur sept.

German: Wir bieten kostenlose Sprachunterstützung sowie Hilfsmittel und Dienstleistungen an. Um diese kostenlosen Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, rufen Sie uns bitte unter der Nummer 877-874-3930, TTY 711, von 8 a.m. bis 8 p.m., sieben Tage die Woche, an.

Russian: Мы бесплатно оказываем услуги языковой поддержки, а также дополнительные услуги и поддержку. Чтобы запросить такие бесплатные услуги, свяжитесь с нами по номеру 877-874-3930, TTY 711, в любой день недели с 8 утра до 8 вечера.

Japanese: 無料の言語および補助器具の支援サービスを提供しています。これらの無料サービスをご希望の場合は、877-874-3930（TTY 711）までお電話ください。一週間（月曜日から日曜日まで）8 a.m.から8 p.m.まで対応しております。

Persian: ما خدمات رایگان کمک زبانی و تسهیلات و خدمات جانبی را فراهم می‌کنیم. برای درخواست این خدمات رایگان، با شماره تلفن 877-874-3930، TTY 711 از ساعت 8 صبح تا 8 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید.

Syriac: ܟܬܒܝܢ ܕܝܠܢ ܬܫܡܫܬܐ ܕܡܬܪܓܡܢܘܬܐ ܕܠܬܬܐ ܕܡܬܬܝܗܒܝܢ ܟܡܐ ܕܡܬܪܓܡܢܘܬܐ ܕܝܠܝܗ ܐܝܬܝܗ. ܠܡܨܒܬܐ ܕܝܠܝ ܕܡܬܪܓܡܢܘܬܐ ܕܡܬܚܝܒܐ، ܡܠܐ ܠܢ ܠܥܠ 877-874-3930، TTY 711، ܡܢ 8 ܨܒܚܐ ܥܕ 8 ܡܠܝܐ، ܒܟܠ ܫܒܬܐ ܕܫܒܘܥܐ.

Serbian: Pružamo besplatne jezičke usluge, kao i pomoćna sredstva i usluge zarad lakše komunikacije. Da biste zatražili ove besplatne usluge, pozovite nas na 877-874-3930, TTY 711, svakog dana od 8 ujutru do 8 uveče.

Thai: เราให้บริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรี รวมถึงให้ความช่วยเหลือและบริการสนับสนุนอื่นๆ หากต้องการขอรับบริการฟรีเหล่านี้ โปรดติดต่อเราทางหมายเลข 877-874-3930, TTY 711 เวลา 8 a.m. ถึง 8 p.m. ทุกวัน