Resumen de beneficios para 2026

Banner Medicare Advantage Prime HMO *(H5843-001)*

Este es un resumen de los medicamentos y los servicios de salud cubiertos del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026.

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No se incluyen todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC)*. Puede acceder a ella ingresando en *www.BannerHealth.com/MA* o puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener ayuda.

Horas de oficina

Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Cómo comunicarse con nosotros

Si es miembro de este plan, llame sin cargo alguno al 844-549-1857; TTY 711.

Si no es miembro de este plan, llame sin cargo alguno al 844-549-1858; TTY 711.

Nuestro sitio web: *www.BannerHealth.com/MA*.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Banner Medicare Advantage Prime, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado en Arizona: Maricopa.

¿Qué doctores, hospitales y farmacias puedo usar?

Banner Medicare Advantage Prime tiene una red de doctores, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios.

Por lo general, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede ver nuestros directorios de proveedores y farmacias en nuestro sitio web: *www.BannerHealth.com/MA.*

También puede llamarnos y le enviaremos una copia del directorio de proveedores y del directorio de farmacias.

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original; *sin embargo, cubrimos aún más.*

- Los miembros de nuestro plan reciben todos los beneficios cubiertos por Medicare Original.
- Los miembros de nuestro plan también reciben más de lo que cubre Medicare Original.
- Algunos de los beneficios adicionales se detallan en este folleto.

H5843_MApd99326_M

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede ver el formulario completo del plan *(lista de medicamentos recetados de la Parte D)* y cualquier restricción en nuestro sitio web: *www.BannerHealth.com/MA*.
- También puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto de *Resumen de beneficios* es una breve descripción de lo que cubre Banner Medicare Advantage Prime y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pida a los otros planes su folleto de *Resumen de beneficios* o utilice el Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en *www.medicare.gov*.
- Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual actual de *Medicare & You* (Medicare y Usted). Consúltelo en línea, en *www.medicare.gov*, u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE *(1-800-633-4227)*, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Banner Medicare Advantage Prime HMO tiene un contrato con Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.

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. Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente o consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Póngase en contacto con el plan para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Prima del plan, deductible y cantidad máxima que paga de su bolsillo *(Maximum Out-of-Pocket, MOOP)*

Costos que paga de su bolsillo	
Prima mensual del plan	**$0** al mes Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible médico anual	Este plan no tiene un deducible médico.
Cantidad máxima que paga de su bolsillo *(no incluye medicamentos con receta)*	**$2,995** Esta es la cantidad máxima que pagará de su bolsillo cada año por los servicios cubiertos por Medicare y por los suministros que reciba de proveedores de la red. Esta cantidad no incluye los costos que paga de su bolsillo para los medicamentos recetados de la Parte D.

Beneficios médicos y hospitalarios

Cobertura hospitalaria y centro quirúrgico ambulatorio

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Hospitalización	Por período de beneficio: **Copago de $275 por día para los días 1-7** **Copago de $0 por día para los días 8-90** Nuestro plan cubre hasta 90 días por período de beneficios para hospitalizaciones cubiertas por Medicare. El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios. Se requiere autorización previa.
Servicios hospitalarios para pacientes externos	**Copago de $200** **Copago de $0** para una colonoscopia de diagnóstico preventiva. Puede requerir autorización previa.
Servicios de observación hospitalaria	**Copago de $200 por estancia**
Centro quirúrgico ambulatorio	**Copago de $100** **Copago de $0** para una colonoscopia de diagnóstico preventiva. Puede requerir autorización previa.

Consultas con el proveedor de atención primaria *(Primary Care Provider, PCP)* y con especialistas

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
PCP	**Copago de $0**
Especialista	**Copago de $15** Puede requerir autorización previa.

Pruebas de detección de atención preventiva y examen físico anual

La siguiente es una lista de los servicios de atención preventiva cubiertos por Medicare:

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Prueba de detección y asesoramiento para el abuso de alcohol
- Medición de la masa ósea
- Prueba de detección de cáncer de mama *(mamografía)*
- Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares
- Enfermedad cardiovascular *(tratamiento conductual)*
- Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina
- Pruebas de detección de cáncer colorrectal:
  - Pruebas de biomarcadores en sangre
  - Colonoscopias
  - Colonografía con tomografía computarizada
  - Pruebas de detección de sangre oculta en heces
  - Sigmoidoscopias flexibles
  - Pruebas de ADN en heces multiobjetivo
- Prueba de detección de depresión
- Pruebas de detección de diabetes
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes
- Pruebas de detección de glaucoma
- Pruebas de detección del virus de la hepatitis B
- Pruebas de detección del virus de la hepatitis C
- Prueba de detección de VIH
- Vacunas:
  - Vacuna contra el COVID-19
  - Vacunas antigripales
  - Vacunas contra la hepatitis B
  - Vacunas antineumocócicas
- Prueba de detección de cáncer de pulmón
- Servicios de terapia médica nutricional
- Programa de prevención de la diabetes de Medicare *(Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)*
- Prueba de detección de obesidad y tratamiento
- Profilaxis preexposición *(Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP)* para la prevención del VIH
- Prueba de detección de cáncer de próstata
- Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento
- Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco *(asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)*
- Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” y consulta anual de “bienestar”

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Atención preventiva *(cubierta por Medicare)*	**Copago de $0**
Examen físico anual	**Copago de $0**

Se cubrirán los servicios adicionales de atención preventiva aprobados por Medicare durante el año del contrato. Para obtener más información sobre los servicios de atención preventiva cubiertos por Medicare, consulte la *Evidencia de cobertura* en línea, en *www.BannerHealth.com/MA* o llámenos.

Atención de emergencia y urgencia

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Atención de emergencia	**Copago de $120** No se aplica el costo compartido por los servicios de emergencia si, en un plazo de 24 horas, lo vuelven a hospitalizar por la misma afección.
Atención de emergencia en todo el mundo	Este plan incluye una cantidad máxima de **$25,000** de beneficio anual *(asignación)* todos los años por el beneficio en todo el mundo. **Copago de $120**
Atención de urgencia	**Copago de $0**

Servicios de análisis de laboratorio, exámenes y radiología de diagnóstico

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	**Copago de $0** Puede requerir autorización previa.
Servicios de laboratorio	**Copago de $0** Puede requerir autorización previa.
Servicios de radiología de diagnóstico *(p. ej., resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, servicios de medicina nuclear, etc.)*	**Copago de $125** Puede requerir autorización previa.
Radiografías para pacientes externos	**Copago de $0** Puede requerir autorización previa.
Servicios de radiología terapéutica *(p. ej., tratamiento con radicación para cáncer, etc.)*	**Copago de $60** Se requiere autorización previa.

Servicios auditivos

Este plan incluye una cantidad máxima de $1,000 de beneficio anual *(asignación)* para los servicios cubiertos. Cubre los audífonos, las reparaciones, las piezas de mantenimiento y los gastos de adaptación. Cualquier costo superior a $1,000 le corresponde a usted; no se cubren audífonos adicionales. Debe utilizar los proveedores contratados de la red Banner Medicare Advantage Prime para estos servicios.

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Examen auditivo ***(cubierto por Medicare)***	**Copago de $0**
Examen auditivo ***(de rutina)***	**Copago de $0** Límite de 1 examen por año.
Adaptación y evaluación para audífonos	**Copago de $0** Límite de 1 consulta por año. Se requiere autorización previa.
Audífonos recetados	Este plan incluye una cantidad máxima de **$1,000** de beneficio anual *(asignación)* por año. **Copago de $0** Límite de 1 audífono por año por oído. Se requiere autorización previa.

Servicios dentales

Este plan incluye una cantidad máxima de $1,000 de beneficio anual *(asignación)* para los servicios dentales preventivos e integrales. El costo de todas las consultas se deducirá de la cantidad de la cobertura anual. Cualquier costo superior a $1,000 le corresponde a usted. Debe utilizar los proveedores contratados de la red Banner Medicare Advantage Prime para estos servicios.

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Servicios dentales ***(cubiertos por Medicare)***	**Coseguro del 20%**

Servicios dentales *(continuación)*

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Servicios dentales preventivos e integrales combinados	Este plan incluye una cantidad máxima de **$1,000** de beneficio anual *(asignación)* para los servicios dentales preventivos e integrales.

Servicios dentales preventivos	**Copago de $0**
	La cobertura de atención preventiva incluye lo siguiente:
	• Examen oral: hasta 2 exámenes por año calendario.
	• Limpieza: hasta 2 limpiezas por año calendario.
	• Tratamiento de fluoruro: hasta 2 tratamientos por año calendario.
	• Radiografías dentales:
	  ○ 1 de 1-4 imágenes de tomosíntesis intraoral o de aleta de mordida cada 12 meses.
	  ○ 1 imagen radiográfica periapical de tomosíntesis intraoral cada 12 meses.
	  ○ 2 imágenes radiográficas intraorales oclusales cada 24 meses.
	  ○ 1 imagen radiográfica de la serie integral intraoral, imagen radiográfica panorámica, 7-8 imágenes en serie de tomosíntesis intraoral integral de aleta de mordida verticales cada 36 meses.

Servicios dentales integrales	La cobertura integral incluye lo siguiente: **Servicios de restauración: Coseguro del 50%** • Empastes: 1 por diente cada 24 meses. • Incrustaciones/restauraciones/coronas y pernos, muñón y pasadores: 1 por diente cada 60 meses. • Recementado o incrustación de readhesión, o corona: 1 por diente cada 24 meses después de los 6 meses de la colocación. • Restauración protectora: 1 por diente toda la vida. **Endodoncia: Coseguro del 50%** • Pulpotomía o desbridamiento pulpar, conductos radiculares, apicectomía, empaste retrógrado: 1 por diente toda la vida. **Periodoncia: Coseguro del 50%** • Gingivectomía: 1 por cuadrante cada 36 meses. • Procedimiento de colgajo gingival: 1 por cuadrante cada 36 meses. • Alargamiento clínico de la corona: 1 por diente toda la vida. • Cirugía ósea: 1 por cuadrante cada 36 meses.

	• Raspado periodontal y alisado radicular: 1 por cuadrante cada 36 meses.

Servicios dentales *(continuación)*

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Servicios dentales integrales *(continuación)*	La cobertura integral incluye lo siguiente *(continuación)*: **Periodoncia *(continuación)*: Coseguro del 50%** • Raspado en presencia de una inflamación generalizada moderada o grave: 2 por año calendario. • Desbridamiento de toda la boca: 1 cada 36 meses. • Mantenimiento periodontal: 4 cada 12 meses. **Prostodoncia removible: Coseguro del 50%** • Dentadura removible completa, parcial o inmediata: 1 cada 60 meses. • Sobredentaduras: 1 cada 60 meses. • Ajustes: no se permiten en los 6 meses siguientes a la colocación. • Reparaciones: 1 por arco cada 12 meses después de los 6 meses de la colocación. • Reemplazo de dientes perdidos o rotos, o adición de un gancho a una dentadura parcial: 1 por diente cada 12 meses después de los 6 meses de la colocación. • Reparación de base o rebasado: 1 cada 36 meses después de los 6 meses de la colocación. **Prótesis maxilofacial: Coseguro del 50%** **Prostodoncia fija: Coseguro del 50%** • Dentaduras fijas *(puentes)* y retenedores: 1 por diente cada 60 meses. • Recementado, readhesión o reparación de dentaduras parciales: 1 cada 24 meses después de los 6 meses de la colocación. **Cirugía oral y maxilofacial: Coseguro del 50%** • Extracciones: 1 por diente toda la vida. • Cierre de la fístula oral-antral, cierre de perforación de seno: 2 por arco toda la vida. • Alveoloplastia: 1 por cuadrante toda la vida. • Vestibuloplastia: 1 por arco toda la vida. • Extirpación de exostosis: 2 por arco toda la vida. • Extirpación de torus palatinus: 1 toda la vida. • Reducción de la tuberocidad ósea: 2 por arco de por vida.

	• Regeneración tisular guiada: 1 cada 60 meses. • Frenectomía, frenulectomía o frenuloplastia: 1 por arco toda la vida.

Servicios dentales *(continuación)*

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Servicios dentales integrales *(continuación)*	La cobertura integral incluye lo siguiente *(continuación)*: **Servicios generales adjuntos: Coseguro del 50%** • Consulta: 1 por proveedor, por ubicación. • Llamada a institución o centro quirúrgico: 6 por año. • Aplicación de un medicamento desensibilizante: 2 cada 12 meses. • Tratamiento de las complicaciones (postoperatorias): 1 por año. • Análisis oclusal, caso montado: 1 cada 60 meses. • Ajuste oclusal: 1 cada 12 meses. Se requiere autorización previa para todos los servicios dentales integrales, excepto para la prostodoncia removible.

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a condiciones, limitaciones, exclusiones y máximos. Consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener detalles.

Los dentistas de la red aceptaron prestar servicios a una tarifa de la red. Si acude a un dentista de la red, no se le puede facturar más que la tarifa de la red.

Servicios de la vista

Este plan incluye una cantidad máxima de $250 de beneficio anual *(asignación)* para monturas o lentes de contacto *(adaptación y lentes de contacto)*. Los anteojos *(lentes y monturas)* o los lentes de contacto *(suministro anual)* están limitados a uno cada año hasta la asignación anual.

- Anteojos monofocales, bifocales alineados y trifocales alineados cubiertos todos los años.
- Lentes estándar progresivos cubiertos todos los años.
- Ahorro promedio del 20%-25% en mejoras adicionales para lentes.

Todos los costos que superen las asignaciones anuales o las mejoras adicionales de los lentes le corresponden al miembro. Debe utilizar un proveedor de la red VSP Advantage para estos servicios.

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Examen ocular *(cubierto por Medicare)*	**Coseguro del 0%** Incluye una prueba anual de detección de glaucoma.
Anteojos *(cubiertos por Medicare)*	**Coseguro del 20%** para anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cirugía de cataratas.

Servicios de la vista *(continuación)*

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Examen ocular de rutina	**Copago de $0** por un examen de la vista anual de rutina *(refracción ocular)*. Límite de 1 examen por año.
Anteojos suplementarios	Este plan incluye una cantidad máxima de **$250** de beneficio anual *(asignación)* para monturas o lentes de contacto *(adaptación y lentes de contacto)*. **Copago de $25** para anteojos de rutina *(lentes y monturas).* **Copago de $0** para lentes de contacto de rutina *(en vez de anteojos)*.

Servicios de salud mental

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Servicios de salud mental para pacientes externos ***(sesiones individuales o grupales)***	**Copago de $25**
Servicios psiquiátricos para pacientes externos ***(sesiones individuales o grupales)***	**Copago de $25**
Servicios de programas intensivos para pacientes externos	**Copago de $55** Puede requerir autorización previa.
Programa de hospitalización parcial	**Copago de $55** Puede requerir autorización previa.

Centro de Enfermería Especializada y servicios de rehabilitación

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Centro de Enfermería Especializada ***(cubierto por Medicare)***	Por período de beneficio: **Copago de $0 por día para los días 1-20.** **Copago de $178 por día para los días 21-100.** Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios para un Centro de Enfermería Especializada *(Skilled Nursing Facility, SNF)* cubierto por Medicare. El período de beneficios comienza el día en que usted va a un SNF. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención especializada para pacientes internados en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios. Se requiere autorización previa.
Servicios de rehabilitación cardíaca	**Copago de $25** Se requiere autorización previa.
Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva	**Copago de $25** Se requiere autorización previa.
Consultas de terapia ocupacional	**Copago de $0** Se requiere autorización previa.
Consultas de fisioterapia y logopedia	**Copago de $0** Se requiere autorización previa.
Servicios de rehabilitación pulmonar	**Copago de $20**

Servicios de ambulancia y transporte

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Servicios de ambulancia	**Copago de $265** por transporte terrestre o aéreo cubierto por Medicare. El costo compartido se aplica a cada viaje sencillo. Puede requerir autorización previa.
Transporte de rutina ***(no urgente)***	**No está cubierto.**

Medicamentos de la Parte B de Medicare

Los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Medicamentos para quimioterapia o radiación	**Coseguro del 0% al 20%** para medicamentos para quimioterapia o radiación. Se requiere autorización previa.
Insulina de la Parte B de Medicare	**Coseguro del 0% al 20%, hasta un máximo de $35 por mes.**
Otros medicamentos de la Parte B	**Coseguro del 0% al 20%** para otros medicamentos de la Parte B de Medicare. Se requiere autorización previa.

El costo compartido que se muestra es lo máximo que pagará por los medicamentos con receta de la Parte B. Pagará menos por determinados medicamentos.

Otros Beneficios

Atención quiropráctica

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Consulta quiropráctica ***(cubierta por Medicare)***	**Copago de $20** Se requiere autorización previa.
Consulta quiropráctica de rutina	**Copago de $35** Límite de 6 consultas por año.

Capacitación para el autocontrol de la diabetes

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	**Copago de $0**

Servicios de diálisis y para la enfermedad renal

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Servicios de diálisis *(cubiertos por Medicare)*	**Coseguro del 20%**
Servicios educativos sobre la enfermedad renal	**Copago de $0** Se requiere derivación.

Beneficio de acondicionamiento físico

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Beneficio de acondicionamiento físico: Silver&Fit®	**Copago de $0** para acceder a clubes, clases y kits de acondicionamiento físico. Clases/kits de acondicionamiento físico provistos por el programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit® es uno de los mayores y más diversos programas de envejecimiento saludable y ejercicio a nivel nacional, que se centra en lo siguiente: • Membresía del centro de acondicionamiento físico • Video digital de acondicionamiento físico y herramientas de acondicionamiento físico para el hogar • Envejecimiento saludable El programa Silver&Fit® es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc., una filial de American Specialty Health Incorporated *(ASH)*. Silver&Fit® y su logotipo son marcas registradas de ASH y se utilizan con autorización en este documento. La entrega de kits depende de la disponibilidad y está sujeta a cambios. La participación del centro de acondicionamiento físico puede variar según la ubicación y está sujeta a cambios.

Cuidado de los pies *(servicios de podiatría)*

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Exámenes y tratamiento para los pies *(cubiertos por Medicare)*	**Copago de $0** Se requiere autorización previa.

Entrega de comidas a domicilio

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Entrega de comidas	Usted paga un **copago de $0** por un máximo de 14 comidas entregadas en el domicilio del miembro inmediatamente después de una cirugía o de cada hospitalización en un hospital o en un Centro de Enfermería Especializada. Las comidas deben pedirse en un plazo de 30 días después del alta. Se requiere autorización previa.

Atención médica a domicilio

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Atención médica a domicilio	**Copago de $0** Puede requerir autorización previa.

Equipo médico y suministros

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Equipo médico duradero *(p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)*	**Coseguro del 20%** Puede requerir autorización previa.
Prótesis	**Coseguro del 20%** Puede requerir autorización previa.

(p. ej., soporte, extremidades artificiales)	

Equipo médico y suministros *(continuación)*

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Calzado y plantillas para diabéticos	**Coseguro del 20%** para calzado terapéutico y plantillas cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.
Suministros para diabéticos	**Copago de $0** para suministros para diabéticos cubiertos por Medicare. Los suministros y servicios para diabéticos están limitados a determinados fabricantes. Cuando los suministros para diabéticos se obtienen en una farmacia, los suministros de insulina selecta están disponibles con un **copago de $0**. Para obtener una lista de los suministros de insulina selecta que tienen un copago de $0, consulte el formulario de su plan que se encuentra en nuestro sitio web, en *www.BannerHealth.com/MA*. Puede requerir autorización previa.

Línea de asesoramiento de enfermería

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Nurse On Call	**Copago de $0** para recibir consejos de atención médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de un profesional de enfermería para ayudar a responder sus preguntas inmediatas sobre atención médica.

Tratamiento para abuso de sustancias para pacientes externos

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Tratamiento para abuso de sustancias para pacientes externos ***(sesiones individuales o grupales)***	**Copago de $20**

Beneficio de artículos de venta libre *(OTC)*

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Beneficios OTC	Cada trimestre en el que está inscrito en el plan, recibe una asignación de **$65** que se carga en su *tarjeta &more* para comprar artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC), como aspirinas, vitaminas, preparados para el resfriado y la tos, y vendas. Los artículos OTC son medicamentos sin receta que normalmente un plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Puede obtener más información y acceder a sus beneficios visitando *andmorehealth.com*, descargando la aplicación móvil andmore o llamando al 1-855-AND-MORE *(1-855-263-6673, TTY 711)*. Los fondos no utilizados no se transfieren y caducan cada tres meses. Para ver los detalles completos del programa, la ubicación de la tienda, y los términos y las condiciones, visite *andmorehealth.com* o llame al 1-855-AND-MORE *(1-855-263-6673; TTY 711)* de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excepto los días feriados. 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.

Recompensas

Recompensa	
Consulta anual de bienestar	**Recompensa de $25** por hacerla durante el año de beneficios del plan.
Prueba de detección de cáncer colorrectal	**Recompensa de $25** por hacerla durante el año de beneficios del plan.
Vacuna antigripal	**Recompensa de $25** por recibir la vacuna antigripal anual durante el año de beneficios del plan.

Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos *(SSBCI)*

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Beneficios SSBCI para alimentos y productos o servicios	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)*. Cada trimestre en el que está inscrito en el plan, recibe una asignación de **$65** que se carga en su *tarjeta &more*. Además de los artículos OTC, también puede usar su asignación para comprar alimentos y productos saludables o pagar gastos de servicios públicos. **Alimentos y productos saludables** Alimentos aprobados, como productos agrícolas, lácteos, carnes y mariscos, productos congelados, productos envasados y bebidas. Determinados artículos, como alcohol, dulces, gaseosas y postres, no están cubiertos debido a las normas de Medicare. **Servicios públicos** Los gastos de servicios públicos, como gas, electricidad y agua, de proveedores de servicios públicos selectos. Puede obtener más información y acceder a sus beneficios visitando *andmorehealth.com*, descargando la aplicación móvil andmore o llamando al 1-855-AND-MORE *(1-855-263-6673, TTY 711)*. Los fondos no utilizados no se transfieren y caducan cada tres meses. Para ver los detalles completos del programa, la ubicación de la tienda, y los términos y las condiciones, visite *andmorehealth.com* o llame al 1-855-AND-MORE *(1-855-263-6673; TTY 711)* de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excepto los días feriados.

Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos *(SSBCI) (continuación)*

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Beneficios SSBCI para alimentos y productos o servicios *(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, insuficiencia cardíaca crónica y enfermedades pulmonares crónicas. No todos los miembros que tengan una enfermedad crónica calificarán, ya que se pueden aplicar otros criterios para brindar la cobertura. 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.

Servicios de telesalud

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Servicios de telesalud *(cubiertos por Medicare)*	**Copago de $0 a $25** Puede requerir autorización previa.

Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare

Como se muestra a continuación, hay "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare en virtud de Banner Medicare Advantage Prime. Cuánto paga por un medicamento depende de en cuál de estas etapas se encuentra en el momento en que obtiene una receta surtida o rellenada. Es posible que obtenga medicamentos de una farmacia fuera de la red con el mismo costo que una farmacia dentro de la red. Llámenos o acceda a nuestra *Evidencia de cobertura* en línea, en *www.BannerHealth.com/MA*.

Etapas de medicamentos con receta	
Límite que paga de su bolsillo	**$2,100**
Deducible de medicamentos con receta	No hay deducible para los medicamentos del Nivel 1 y del Nivel 2. La cobertura de los medicamentos de estos niveles comienza en la Etapa de cobertura inicial. Hay un deducible de **$440** para los medicamentos del Nivel 3, del Nivel 4 y del Nivel 5. Usted paga el costo total de sus medicamentos de estos niveles hasta que alcanza la cantidad del deducible. Una vez alcanzada la cantidad del deducible, pasará a la Etapa de cobertura inicial.
Límite de cobertura inicial	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte hasta que los costos totales anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo alcancen los **$2,100**. Los costos totales anuales que paga de su bolsillo por los medicamentos son el total de los costos de copagos o coseguros pagados por usted. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias de venta por correo.
Cobertura para catástrofes	Después de que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo *(incluidos los medicamentos comprados mediante su farmacia minorista y mediante pedido por correo)* alcancen los **$2,100**, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no debe pagar nada.

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red solamente si usted no puede utilizar una farmacia de la red. Los medicamentos con receta que obtenga de una farmacia fuera de la red se cubren al mismo costo compartido que los de una farmacia dentro de la red. Para obtener más información sobre su beneficio de medicamentos con receta, llámenos o consulte la *Evidencia de cobertura* en línea, en *www.BannerHealth.com/MA*.

Etapa de cobertura inicial

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento.

Suministro para un mes

En este cuadro, se muestra su parte del costo cuando recibe un **suministro para un mes *(31 días)*** de un medicamento recetado de la Parte D cubierto:

Nivel	Lo que le corresponde pagar	
	Minorista estándar	Estándar de pedido por correo
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de $5	Copago de $5
Nivel 3: medicamentos de marca comercial preferidos	Copago de $47	Copago de $47
Nivel 4: medicamentos de marca comercial no preferidos	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%
Nivel 5: medicamentos de especialidad	Coseguro del 28%	Coseguro del 28%

En este cuadro, se muestra su parte del costo cuando recibe un **suministro para un mes *(31 días)*** de una insulina recetada de la Parte D cubierta:

Nivel	Lo que le corresponde pagar	
	Minorista estándar	Estándar de pedido por correo
Nivel 1: insulina cubierta	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2: insulina cubierta	Usted paga un coseguro del 25% o un copago de $5, lo que sea menor.	Usted paga un coseguro del 25% o un copago de $5, lo que sea menor.
Nivel 3: insulina cubierta	Usted paga un coseguro del 25% o un copago de $35, lo que sea menor.	Usted paga un coseguro del 25% o un copago de $35, lo que sea menor.
Nivel 4: insulina cubierta	Usted paga un coseguro del 25% o un copago de $35, lo que sea menor.	Usted paga un coseguro del 25% o un copago de $35, lo que sea menor.

Suministro a largo plazo

En este cuadro, se muestra su parte del costo cuando recibe un **suministro a largo plazo *(90 días)*** de un medicamento recetado de la Parte D cubierto:

Nivel	Lo que le corresponde pagar	
	Minorista estándar	Estándar de pedido por correo
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de $15	Copago de $10
Nivel 3: medicamentos de marca comercial preferidos	Copago de $141	Copago de $94
Nivel 4: medicamentos de marca comercial no preferidos	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%
Nivel 5: medicamentos de especialidad	No hay suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No hay suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.

En este cuadro, se muestra su parte del costo cuando recibe un **suministro a largo plazo *(90 días)*** de una insulina recetada de la Parte D cubierta:

Nivel	Lo que le corresponde pagar	
	Minorista estándar	Estándar de pedido por correo
Nivel 1: insulina cubierta	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2: insulina cubierta	Usted paga un coseguro del 25% o un copago de $15, lo que sea menor.	Usted paga un coseguro del 25% o un copago de $10, lo que sea menor.
Nivel 3: insulina cubierta	Usted paga un coseguro del 25% o un copago de $105, lo que sea menor.	Usted paga un coseguro del 25% o un copago de $70, lo que sea menor.
Nivel 4: insulina cubierta	Usted paga un coseguro del 25% o un copago de $105, lo que sea menor.	Usted paga un coseguro del 25% o un copago de $70, lo que sea menor.
Nivel 5: insulina cubierta	No hay suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No hay suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.

Si recibe “Ayuda adicional”:

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, tendrá un deducible de $0. Antes de alcanzar el límite anual de **$2,100** que paga de su bolsillo, pagará uno de los siguientes según su nivel de “Ayuda adicional”:

- Medicamentos genéricos *(incluidos los medicamentos de marca que se tratan como genéricos)*: $0, $1.60 o $5.10 *(por cada receta)*
- Todos los demás medicamentos: $0, $4.90 o $12.65 *(por cada receta)*

Después de alcanzar el límite anual de $2,100 que paga de su bolsillo, pagará $0 durante el resto del año calendario, independientemente del nivel de “Ayuda adicional” que reciba. Habrá información adicional disponible en su cláusula adicional del Subsidio por bajos ingresos *(Low-Income Subsidy, LIS)*.

El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija, cuándo pase a otra etapa del beneficio de la Parte D y si califica para recibir “Ayuda adicional”. Para averiguar si califica para recibir “Ayuda adicional”, comuníquese con la Oficina de Seguridad Social (Social Security Office) llamando al 1-800-772-1213 *(TTY: 1-800-325-0778)* de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Para obtener más información sobre su beneficio de medicamentos con receta, llámenos o acceda a la *Evidencia de cobertura* en línea, en *www.BannerHealth.com/MA*.

Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D: Nuestro plan cubre muchas vacunas sin ningún costo para usted.

Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las insulinas de la Parte D: No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido que tenga o la etapa de la Parte D en la que se encuentre.

Consulte la Lista de medicamentos para conocer los medicamentos, las vacunas y las insulinas cubiertos. Puede encontrar una copia de la Lista de medicamentos en nuestro sitio web: *www.BannerHealth.com/MA*.

Banner Medicare Advantage

Banner Medicare Advantage Prime HMO

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 844-549-1857, 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 844-549-1857, 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 844-549-1857, 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 844-549-1857 (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 844-549-1857, 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 844-549-1857، 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 844-549-1857, 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 844-549-1857, 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 844-549-1857, 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 844-549-1857, 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 844-549-1857, 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、844-549-1857（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 844-549-1857، TTY 711 از ساعت 8 صبح تا 8 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید.

Syriac: ܟܬܒܝܢ ܕܝܠܢ ܬܫܡܫܬܐ ܕܡܬܪܓܡܢܘܬܐ ܕܠܬܬܐ ܕܡܬܬܝܗܒܝܢ ܟܝܢܐ ܕܡܬܬܝܗܒܝܢ ܟܝܢܐ ܕܝܠܟܘܢ.
ܠܡܠܬܘܢ ܟܝܢ ܕܡܬܬܝܗܒܝܢ ܡܬܚܢܝܢ، ܡܝܢ ܚܦܝ ܠܟ 844-549-1857، TTY 711، ܡܢ 8 ܨܒܚܐ ܠܟ 8 ܡܠܝܐ،
ܫܒܥܐ ܝܘܡܝܢ ܫܒܥܐ.

Serbian: Pružamo besplatne jezičke usluge, kao i pomoćna sredstva i usluge zarad lakše komunikacije. Da biste zatražili ove besplatne usluge, pozovite nas na 844-549-1857, TTY 711, svakog dana od 8 ujutru do 8 uveče.

Thai: เราให้บริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรี รวมถึงให้ความช่วยเหลือและบริการสนับสนุนอื่นๆ หากต้องการขอรับบริการฟรีเหล่านี้ โปรดติดต่อเราทางหมายเลข 844-549-1857, TTY 711 เวลา 8 a.m. ถึง 8 p.m. ทุกวัน