

# Resumen de Beneficios para 2023

Este es un resumen de los medicamentos y los servicios de salud cubiertos por Banner Medicare Advantage Plus PPO, del 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023.

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No se enumeran todos los servicios que cubrimos ni figuran todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura (EOC). Puede verlo en línea en [www.BannerHealth.com/MA](http://www.BannerHealth.com/MA) o puede ponerse en contacto con nuestro Centro de Atención al Cliente.

## 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) 549-1859; TTY 711.

Si no es miembro de este plan, llame sin cargo alguno al (844) 556-7685; TTY 711.

Nuestro sitio web: [www.BannerHealth.com/MA](http://www.BannerHealth.com/MA).

## ¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Banner Medicare Advantage Plus, 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 los siguientes condados en Arizona: Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma.

## ¿Qué doctores, hospitales y farmacias puedo usar?

Banner Medicare Advantage Plus 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 por 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 el directorio de proveedores y el directorio de farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web: [www.BannerHealth.com/MA](http://www.BannerHealth.com/MA). También puede llamarnos y le enviaremos una copia del directorio de proveedores y del directorio de farmacias.

## ¿Qué cubrimos?

Al igual que 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 describen en este folleto.

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

- Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web: [www.BannerHealth.com/MA](http://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 Plus 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 en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual actual de *Medicare y Usted*. Consúltelo en línea en [www.medicare.gov](http://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 Plus PPO 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 su Evidencia de Cobertura para obtener más información.

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

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>Maricopa y Pinal</b>	<b>Pima y Santa Cruz</b>	<b>Yuma</b>
Prima Mensual del Plan	\$25 al mes. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.		
Deducible	\$0 deducible del plan.		
Responsabilidad del gasto máximo que paga de su bolsillo	Límite anual de \$4,350 para gastos de bolsillo para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. Límite anual combinado de \$8,700 para gastos de bolsillo para los servicios que recibe de proveedores dentro y fuera de la red.		
Cobertura de hospitalizaciones**	Por período de beneficio*: <u>Dentro de la red:</u> Días 1-5: copago de \$275 por día, Días 6-90: copago de \$0 por día. <u>Fuera de la red:</u> Días 1-90: Coseguro del 40% por día.		
Cobertura de hospitalización de pacientes externos (cubierta por Medicare)**	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$250 por consulta. <u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$275 por consulta. <u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$250 por consulta. <u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.
Servicios en un Centro quirúrgico ambulatorio (cubiertos por Medicare)**	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$250 por consulta. <u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$275 por consulta. <u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$250 por consulta. <u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
Consultas con el Doctor (cubiertas por Medicare) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atención primaria</li> <li>○ Especialistas**</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 por consulta.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Copago de \$35 por consulta.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$30 por consulta.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Copago de \$70 por consulta.</p>		
Atención preventiva (cubierta por Medicare) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen físico anual</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 por consulta.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.</p> <p>Nuestro plan cubre una variedad de servicios preventivos. Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 por consulta.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.</p>		
Atención de Emergencia	<p>Copago de \$90 por consulta.</p> <p>Si ingresa al hospital en un plazo de 24 horas, se le exime del copago.</p>		
Servicios de Urgencia	<p>Copago de \$0 por consulta.</p>		

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
<p>Servicios de Diagnóstico/Laboratorio/Imágenes (cubiertos por Medicare)**</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de Radiología diagnóstica (como las resonancias magnéticas y las tomografías computarizadas)</li> <li>○ Servicios de laboratorio</li> <li>○ Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li> <li>○ Radiografías para Pacientes externos</li> <li>○ Servicios de Radiología terapéutica (como la radioterapia para el cáncer)</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$125 por consulta.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$10 por consulta.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$10 por consulta.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$20 por consulta.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Copago de \$27 por consulta.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$60 por consulta.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.</p>		

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
<p>Servicios Auditivos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen auditivo cubierto por Medicare</li> <li>○ Examen auditivo de rutina</li> <li>○ Adaptación/Evaluación de Audífonos de Rutina</li> <li>○ Audífonos</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 por consulta.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 por consulta, una vez por año calendario.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 por consulta, una vez por año calendario.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 para audífono(s).</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% para audífonos.</p> <p>Audífonos (todos los tipos): límite de cobertura anual de \$1,000, ambos oídos combinados.</p>		
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios dentales cubiertos por Medicare</li> <li>○ Servicios dentales preventivos</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u> Coseguro del 0% por consulta.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 por consulta.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La visita al consultorio incluye una combinación de examen y limpieza.</li> <li>• Examen oral: 1 examen cada 6 meses</li> <li>• Limpieza: 1 limpieza cada 6 meses</li> <li>• Tratamiento de fluoruro: 1 tratamiento al año</li> <li>• Radiografía(s) dental(es): 1 conjunto de rayos X de molares al año</li> </ul>		

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Beneficios complementarios opcionales: servicios dentales completos**</p>	<p>\$23.50 de prima mensual adicional.</p> <p>Límite de cobertura de \$1,000 anuales para servicios dentales completos.</p> <p>A continuación, encontrará más detalles sobre el beneficio dental complementario opcional.</p>		
<p>Servicios de la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen de la vista cubierto por Medicare</li> <li>○ Anteojos cubiertos por Medicare</li> <li>○ Examen ocular de rutina</li> <li>○ Anteojos suplementarios</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 por consulta (incluida una prueba anual de glaucoma).</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 50% por consulta.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 para anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por par.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 por un examen de la vista anual de rutina.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 para anteojos de rutina.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por par.</p> <p>Límite de cobertura de \$200 cada año para anteojos y lentes de contacto de rutina cubiertos por el plan, dentro y fuera de la red en conjunto.</p>		

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
<p>Servicios de salud mental (cubiertos por Medicare)**</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta para pacientes internados</li> <li>○ Consulta de terapia ambulatoria individual y grupal</li> </ul>	<p>Por período de beneficio*:</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Días 1-5: copago de \$275 por día, Días 6-90: copago de \$0 por día.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Días 1-90: Coseguro del 40% por día.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$30 por consulta individual o grupal.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Copago de \$40 por consulta individual o grupal.</p>		
<p>Centro de enfermería especializada (cubierto por Medicare)**</p>	<p>Por período de beneficio*:</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Días 1-20: copago de \$0 por día. Días 21-100: copago de \$178 por día.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Días 1-100: copago de \$195 por día.</p>		
<p>Servicios de rehabilitación (cubiertos por Medicare)**</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta de terapia ocupacional</li> <li>○ Consulta de terapia física y del habla</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$40 por consulta.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$40 por consulta.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$30 por consulta.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$30 por consulta.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$40 por consulta.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$40 por consulta.</p>
<p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.</p>			



<b>Primas y Beneficios</b>	<b>Maricopa y Pinal</b>	<b>Pima y Santa Cruz</b>	<b>Yuma</b>
Ambulancia (cubiertos por Medicare)	Copago de \$250 por transporte terrestre o aéreo cubierto por Medicare. El costo compartido se aplica a cada viaje sencillo.		
Transporte (no emergencias)	No está cubierto.		
Medicamentos de la Parte B de Medicare**	<u>Dentro de la red:</u> Coseguro del 20% para medicamentos de quimioterapia.  <u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40%.  <u>Dentro de la red:</u> Coseguro del 20% para otros medicamentos de la Parte B.  <u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40%.		

\* El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada 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.

Los servicios con \*\* pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa del plan.

## Beneficios de medicamentos con receta

Como se muestra a continuación, hay “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare bajo Banner Medicare Advantage Plus. 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](http://www.BannerHealth.com/MA).

<b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA</b>	
<b>Etapas de medicamentos con receta</b>	<b>Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma</b>
<b>Etapas del deducible</b>	No hay deducible para Banner Medicare Advantage Plus.
<b>Etapas de cobertura inicial</b>	Como el plan no tiene un deducible, comienza en la Etapa 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 sus medicamentos alcancen los \$4,660. Los costos totales anuales de los medicamentos son el total de los costos de los medicamentos pagados tanto por usted como por Medicare. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias de venta por correo.
<b>Etapas de interrupción de la cobertura</b>	<p>En esta etapa, hará un copago de \$0 para medicamentos de Nivel 1.</p> <p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una etapa sin cobertura (también llamada “agujero de donut”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza cuando el costo total anual de los medicamentos (incluido lo que ha pagado nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$4,660.</p> <p>Una vez que entra en el período sin cobertura, pagará el 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos, hasta que sus costos alcancen un total de \$7,400, que es el final del período sin cobertura. No todo el mundo entrará en el período sin cobertura.</p>
<b>Etapas de cobertura para catástrofes</b>	<p>Luego 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 \$7,400, usted pagará el más elevado de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• –ya sea– coseguro del 5% del costo del medicamento</li> <li>• –o– \$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que es tratado como genérico y \$10.35 para todos los demás medicamentos.</li> </ul> <p>Nuestro plan paga el resto del costo.</p>

## Etapa de cobertura inicial: Banner Medicare Advantage Plus

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.

En este cuadro se muestra su parte del costo cuando recibe un **suministro para un mes** de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

NIVEL	Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma		
	Costo compartido minorista estándar	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)	Costo compartido fuera de la red
<b>Nivel 1:</b> Genérico preferido	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Nivel 2:</b> Genérico	Copago de \$5	Copago de \$5	Copago de \$5
<b>Nivel 3:</b> Marca preferida	Copago de \$47	Copago de \$47	Copago de \$47
<b>Nivel 4:</b> Marca no preferida	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100
<b>Nivel 5:</b> Especialidad	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%
<b>Insulinas selectas</b>	Copago de \$35	Copago de \$35	Copago de \$35

**Mensaje importante acerca de lo que usted debe pagar por la insulina** - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre.

Su parte del costo cuando recibe un **suministro para largo plazo (90 días)** de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

NIVEL	Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma	
	Costo compartido minorista estándar	Costo compartido estándar de venta por correo
<b>Nivel 1:</b> Genérico preferido	Copago de \$0	Copago de \$0

NIVEL	Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma	
Nivel 2: Genérico	Copago de \$15	Copago de \$10
Nivel 3: Marca preferida	Copago de \$141	Copago de \$141
Nivel 4: Marca no preferida	Copago de \$300	Copago de \$300
Nivel 5: Especialidad	No hay suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No hay venta por correo para medicamentos de Nivel 5.
Insulinas selectas	Copago de \$105	Copago de \$105

### Etapa sin cobertura: Banner Medicare Advantage Plus

#### Costo compartido de venta minorista y por correo

MARICOPA, PIMA, PINAL, SANTA CRUZ Y YUMA			
NIVEL	MEDICAMENTOS CUBIERTOS	SUMINISTRO DE UN MES	SUMINISTRO DE TRES MESES
Nivel 1: Genérico preferido	Todos	Copago de \$0	Copago de \$0
Insulinas selectas		Copago de \$35	Copago de \$105

**Mensaje importante acerca de lo que usted debe pagar por la insulina** - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre.

#### Insulinas selectas del modelo de ahorro para adultos mayores de la Parte D

El modelo de ahorro para adultos mayores de la Parte D permite a los planes de la Parte D participantes ofrecer un amplio conjunto de insulinas selectas a un copago de \$35 máximo por un suministro de un mes a lo largo de las etapas de cobertura inicial y etapas sin cobertura de medicamentos de la Parte D.

Para saber cuáles insulinas selectas son parte de este modelo, visite [www.BannerHealth.com/MA](http://www.BannerHealth.com/MA) para

consultar la Lista de Medicamentos más reciente, o llame al (844) 549-1859, TTY 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, para obtener una copia impresa. Las insulinas selectas están marcadas con las letras "SSM" en la Lista de Medicamentos.

## OTROS BENEFICIOS

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
Prevención de abuso de sustancias para pacientes externos	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$30 por consulta individual o grupal.  <u>Fuera de la red:</u> Copago de \$70 por consulta individual o grupal.		
Rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$20 por consulta.  <u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.		
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)** <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$30 por consulta.  <u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.		
Consultas al Quiropráctico <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cubiertas por Medicare**</li> <li>○ De rutina</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$20 por consulta.  <u>Fuera de la red:</u> Copago de \$70 por consulta.  <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$35 por consulta.  <u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.  6 consultas de rutina por año calendario.		
Servicios de salud en el hogar	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 por consulta.  <u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 50% por consulta.		

## OTROS BENEFICIOS

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
<p>Equipos/suministros médicos (cubiertos por Medicare)**</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)</li> <li>○ Prótesis (p. ej., soporte, extremidades artificiales)</li> <li>○ Suministros para la diabetes</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u> Coseguro del 20%.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 50%.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Coseguro del 20%.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 50%.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Coseguro del 0% para los suministros para diabéticos cubiertos por Medicare. Coseguro del 20% para calzado terapéutico cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% para los suministros para diabéticos cubiertos por Medicare. Coseguro del 40% para calzado terapéutico cubierto por Medicare.</p>		
<p>Entrenamiento para autocontrol de la diabetes</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 por consulta.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por consulta.</p>		
<p>Comidas</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 por comida.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% por comida.</p> <p>Para los miembros dados de alta de un hospital o de una estancia en un Centro de Enfermería Especializada (SNF), hasta 12 comidas entregadas en el hogar del miembro.</p>		

## OTROS BENEFICIOS

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
Beneficio de acondicionamiento físico Silver&Fit®	<p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 para clases/kits de acondicionamiento físico.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% para beneficios de acondicionamiento físico.</p> <p>Clases/kits de acondicionamiento físico provistos por Silver&amp;Fit.</p> <p>Silver&amp;Fit es uno de los mayores y más diversos programas de envejecimiento saludable y ejercicio a nivel nacional, que se centra en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de membresía al centro de acondicionamiento físico</li> <li>• Programa de videos de acondicionamiento físico digital para hacer en el hogar</li> <li>• Programa de envejecimiento saludable.</li> </ul>		
Artículos de salud de venta libre (OTC)	<p>El plan cubre hasta \$50 cada tres meses dentro y fuera de la red en conjunto.</p> <p>La cantidad que no se utiliza se transfiere al siguiente período.</p>		
Línea de asesoramiento de enfermería: guardia de enfermería de Banner	<p><u>Dentro de la red:</u> 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.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 40% para la línea de asesoramiento de enfermería.</p>		
Atención de emergencia en todo el mundo	<p>Copago de \$90 por consulta.</p>		

<b>OTROS BENEFICIOS</b>			
<b>Primas y Beneficios</b>	<b>Maricopa y Pinal</b>	<b>Pima y Santa Cruz</b>	<b>Yuma</b>
Servicios de telesalud	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0-\$40 por consulta.  <u>Fuera de la red:</u> PCP: copago de \$35 por consulta Atención de urgencia: copago de \$0 por consulta. Especialistas: copago de \$70 por consulta. Otros profesionales: copago de \$70 por consulta. Salud mental: copago de \$40 por consulta. OT: coseguro del 40% por consulta. PT/ST: coseguro del 40% por consulta	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0-\$30 por consulta.  <u>Fuera de la red:</u> PCP: copago de \$35 por consulta Atención de urgencia: copago de \$0 por consulta. Especialistas: copago de \$70 por consulta. Otros profesionales: copago de \$70 por consulta. Salud mental: copago de \$40 por consulta. OT: coseguro del 40% por consulta. PT/ST: coseguro del 40% por consulta	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0-\$40 por consulta.  <u>Fuera de la red:</u> PCP: copago de \$35 por consulta Atención de urgencia: copago de \$0 por consulta. Especialistas: copago de \$70 por consulta. Otros profesionales: copago de \$70 por consulta. Salud mental: copago de \$40 por consulta. OT: coseguro del 40% por consulta. PT/ST: coseguro del 40% por consulta
Prueba de detección de cáncer colorrectal	Recompensa de \$25 OTC por completar el año durante el año de beneficios del plan.		
Prueba de detección de cáncer de mama	Recompensa de \$25 OTC por completar el año durante el año de beneficios del plan.		

Banner Medicare Advantage Plus ofrece la oportunidad de personalizar su cuidado con un paquete opcional de beneficios dentales complementarios. Puede inscribirse en este paquete opcional de beneficios dentales complementarios cuando se inscriba en nuestro plan o durante el período de elección anual. Si tiene preguntas, puede llamarnos al (844) 549-1859, TTY 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

<b>BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS OPCIONALES–BENEFICIOS DENTALES COMPLETOS</b>	
<b>Primas y Beneficios</b>	<b>Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma</b>
Prima mensual adicional	\$23.50
Beneficio anual máximo	\$1,000 anuales



<b>BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS OPCIONALES–BENEFICIOS DENTALES COMPLETOS</b>	
<b>Primas y Beneficios</b>	<b>Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma</b>
Deducible anual	\$0
Restauraciones: dentro y fuera de la red**	<p>Coseguro del 20%-Empastes de amalgama y resina, infiltración de resina de una lesión incipiente de superficie lisa, incrustaciones o restauraciones, restauraciones protectoras, recementado o readhesivo de incrustación, restauración, restauración parcial, corona</p> <p>Coseguro del 50%-Coronas, reconstrucción de muñón, retención de la espiga por diente, perno y corona, cada perno adicional, reparación de corona necesaria por falla de material de restauración</p>
Endodoncia: dentro y fuera de la red**	Coseguro del 50%-Pulpotomía y desbridamiento pulpar grueso del diente, conductos radiculares y retratamiento del conducto radicular anterior; apicectomía/cirugía perirradicular y obturación retrógrada
Periodoncia: dentro y fuera de la red**	Coseguro del 50%-Gingivectomía/gingivoplastia, procedimiento de colgajo gingival, cirugía ósea, alargamiento clínico de la corona; raspado periodontal y alisado radicular, desbridamiento de toda la boca
Extracciones: dentro y fuera de la red**	<p>Coseguro del 20%-Extracciones y coronectomía</p> <p>Coseguro del 50%-Cierre de fístula oral-antral, cierre primario de una perforación de seno, alveoloplastia, vestibuloplastia, extirpación de exostosis lateral (maxilar o mandíbula), extirpación de <i>torus palatinus</i>, reducción de tuberosidad ósea, extirpación de <i>torus mandibularis</i>, frenulectomía, frenuloplastia, escisión de tejido hiperplásico, escisión de encía pericoronal</p>
Prostodoncia, otras cirugías orales/maxilofaciales, otros servicios: dentro y fuera de la red**	<p>Coseguro del 20%-Ajustes, reparaciones, reparación de la base o la estructura o reemplazo de un diente o broche faltante o roto, adición de un diente, adición de un broche en las prótesis dentales, rebasado y rebasado de las prótesis dentales, acondicionamiento del tejido</p> <p>Coseguro del 50%-Dentaduras removibles: completas, parciales, inmediatas, sobredentaduras, dentaduras parciales fijas, ponentes y retenedores, coronas de retención</p>

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 han aceptado prestar servicios a una tarifa dentro de la red. Si acude a un dentista de la red, no se le puede facturar más que la tarifa de la red.

Póngase en contacto con nuestro Centro de Atención al Cliente para conocer los detalles de los beneficios, o visite la página web [www.BannerHealth.com/MA](http://www.BannerHealth.com/MA).