

# Resumen de Beneficios para 2024

Este es un resumen de los medicamentos y los servicios de salud cubiertos por Banner Medicare Advantage Dual HMO D-SNP, del 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

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 (Evidence of Coverage, EOC). Puede verla 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 (877) 874-3930; TTY 711.

Si no es miembro de este plan, llame sin cargo alguno al (877) 874-3938; TTY 711.

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

## ¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Banner Medicare Advantage Dual, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y en Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS), o Medicaid, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Arizona: Cochise, Gila, Graham, Greenlee, La Paz, Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma.

Este plan es un Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan , D-SNP) para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. La cantidad que cubre Medicaid depende de sus ingresos, recursos y otros factores.

Puede inscribirse en este plan si se encuentra en una de estas categorías de Medicaid:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Obtiene la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y también es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y Parte B de Medicare de los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, salvo los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D (si procede).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Medicaid paga su prima de la Parte B y proporciona todos los beneficios de Medicaid. Usted es elegible para todos los beneficios de Medicaid. En ocasiones, también puede ser elegible para una ayuda limitada de la agencia estatal de Medicaid para pagar las cantidades de los costos compartidos de Medicare. Por lo general, su costo compartido es de 0% cuando el servicio es cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Puede haber casos en los que tenga que pagar los costos compartidos cuando un servicio o beneficio no esté cubierto por Medicaid.
- **Doble elegibilidad para beneficios completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Medicaid puede proporcionar una ayuda limitada para el costo compartido de Medicare. Medicaid también ofrece beneficios completos de Medicaid. Usted es elegible para todos los beneficios de Medicaid. En ocasiones, también puede ser elegible para una ayuda limitada de la oficina estatal de Medicaid para pagar las cantidades de los costos compartidos de Medicare. Por lo general, su costo compartido es de 0% cuando el servicio es cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Puede haber casos en los que tenga que pagar los costos compartidos cuando un servicio o beneficio no esté cubierto por Medicaid.

Si su categoría de elegibilidad de Medicaid cambia, su costo compartido también puede aumentar o disminuir. Debe volver a certificar su inscripción en Medicaid para seguir recibiendo su cobertura de Medicare.

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

Banner Medicare Advantage Dual tiene una red de doctores, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los 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 recetados 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 Dual 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 & You* (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 Dual HMO D-SNP tiene contratos con Medicare y Medicaid. 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, o los copagos o el coseguro podrían cambiar el 1 de enero de cada año.

La elegibilidad para el costo compartido de \$0 de la Parte D no está asegurada y será determinada por Banner Medicare Advantage Dual HMO D-SNP después de la inscripción, según los criterios de elegibilidad.

**Costo compartido de Medicare: si tiene todos los beneficios de Medicaid o es un Beneficiario calificado de Medicare Plus, pagará \$0 por sus servicios cubiertos por Medicare, como se indica en el costo compartido de la tabla.**

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>AHCCCS Complete Care (ACC)</b>	<b>Arizona Long Term Care System (ALTCS)</b>
Prima mensual del plan	<b>\$0</b> al mes.	<b>\$0</b> al mes.
Deducible	<b>El deducible es de \$0.</b>	<b>El deducible es de \$0.</b>
Responsabilidad del gasto máximo que paga de su bolsillo	Límite anual de <b>\$8,850</b> para gastos de su bolsillo para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red para servicios cubiertos por Medicare.  Para los servicios cubiertos por AHCCCS (Medicaid), consulte la sección "Beneficios para 2024, Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona, Planes para Necesidades Especiales de Medicare Advantage para Miembros con Doble Elegibilidad" en este documento.	Límite anual de <b>\$8,850</b> para gastos de su bolsillo para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red para servicios cubiertos por Medicare.  Para los servicios cubiertos por AHCCCS (Medicaid), consulte la sección "Beneficios para 2024, Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona, Planes para Necesidades Especiales de Medicare Advantage para Miembros con Doble Elegibilidad" en este documento.
Cobertura de hospitalizaciones**	<b>Copago de \$0.</b>	<b>Copago de \$0.</b>
Cobertura de hospitalización de pacientes externos (cubierta por Medicare)**	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.
Servicios en un Centro quirúrgico ambulatorio (cubiertos por Medicare)**	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.

Primas y Beneficios	AHCCCS Complete Care (ACC)	Arizona Long Term Care System (ALTCS)
Consultas con el Doctor (cubiertas por Medicare) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atención primaria</li> <li>○ Especialistas**</li> </ul>	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p> <p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p>	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p> <p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p>
Atención preventiva (cubierta por Medicare) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen físico anual</li> </ul>	<p><b>Copago de \$0</b> 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><b>Copago de \$0</b> por consulta.</p>	<p><b>Copago de \$0</b> 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><b>Copago de \$0</b> por consulta.</p>
Atención de Emergencia	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p>	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p>
Servicios de Urgencia	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p>	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p>
Servicios de Diagnóstico/ Laboratorio/Imágenes (cubierta por Medicare)** <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de Radiología diagnóstica (como las resonancias magnéticas y las tomografías computarizadas)</li> </ul>	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p>	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p>

Primas y Beneficios	AHCCCS Complete Care (ACC)	Arizona Long Term Care System (ALTCS)
<p>Servicios de Diagnóstico/ Laboratorio/Imágenes (cubierta por Medicare)** (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <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><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p>	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p>
<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> </ul>	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p> <p><b>Copago de \$0</b> por consulta, 1 vez por año calendario.</p> <p><b>Copago de \$0</b> por consulta, 1 vez por año calendario.</p>	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p> <p><b>Copago de \$0</b> por consulta, 1 vez por año calendario.</p> <p><b>Copago de \$0</b> por consulta, 1 vez por año calendario.</p>

Primas y Beneficios	AHCCCS Complete Care (ACC)	Arizona Long Term Care System (ALTCS)
<p>Servicios Auditivos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Audífonos</li> </ul>	<p><b>Copago de \$0</b> para audífono(s).</p> <p>Audífonos (todos los tipos): límite de cobertura anual de \$3,300, ambos oídos combinados. Cubre los audífonos, las piezas de mantenimiento, las reparaciones y los gastos de adaptación. Cualquier costo superior a \$3,300 le corresponde a usted; los audífonos adicionales no están cubiertos.</p>	<p><b>Copago de \$0</b> para audífono(s).</p> <p>Audífonos (todos los tipos): límite de cobertura anual de \$3,300, ambos oídos combinados. Cubre los audífonos, las piezas de mantenimiento, las reparaciones y los gastos de adaptación. Cualquier costo superior a \$3,300 le corresponde a usted; los audífonos adicionales no están cubiertos.</p>
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios dentales cubiertos por Medicare</li> <li>○ Servicios dentales completos cubiertos</li> </ul>	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p> <p><b>Copago de \$0</b> por consulta para servicios no rutinarios, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prótesis y otras cirugías orales/maxilofaciales.</p>	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p> <p><b>Copago de \$0</b> por consulta para servicios no rutinarios, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prótesis y otras cirugías orales/maxilofaciales.</p>

Primas y Beneficios	AHCCCS Complete Care (ACC)	Arizona Long Term Care System (ALTCS)
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios dentales preventivos</li> </ul>	<p><b>Copago de \$0</b> 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: hasta 1 cada 6 meses (2 por año calendario)</li> <li>• Limpieza: hasta 1 cada 6 meses (2 por año calendario)</li> <li>• Tratamiento de fluoruro: hasta 1 tratamiento por año calendario</li> <li>• Radiografía(s) dental(es): 1 conjunto de rayos X de molares cada 12 meses</li> </ul> <p>Existe un límite máximo combinado de cobertura del plan de \$4,000 para servicios dentales completos y preventivos por año. Cualquier costo superior a \$4,000 le corresponde a usted.</p>	<p><b>Copago de \$0</b> 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: hasta 1 cada 6 meses (2 por año calendario)</li> <li>• Limpieza: hasta 1 cada 6 meses (2 por año calendario)</li> <li>• Tratamiento de fluoruro: hasta 1 tratamiento por año calendario</li> <li>• Radiografía(s) dental(es): 1 conjunto de rayos X de molares cada 12 meses</li> </ul> <p>Existe un límite máximo combinado de cobertura del plan de \$4,000 para servicios dentales completos y preventivos por año. Cualquier costo superior a \$4,000 le corresponde a usted.</p>

Primas y Beneficios	AHCCCS Complete Care (ACC)	Arizona Long Term Care System (ALTCS)
<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 de la vista de rutina</li> <li>○ Anteojos suplementarios</li> </ul>	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta (incluida una prueba de detección de glaucoma al año).</p> <p><b>Coseguro del 0%</b> para anteojos o lentes de contactos cubiertos por Medicare después de cirugía de cataratas.</p> <p><b>Copago de \$0</b> por un examen de la vista anual de rutina (refracción ocular).</p> <p><b>Copago de \$0</b> para anteojos de rutina. Límite de cobertura de \$400 para anteojos. Los anteojos (lentes y monturas) están limitados a un par cada año, y los lentes de contacto son ilimitados cada año. Cualquier costo superior a \$400 le corresponde a usted.</p>	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta (incluida una prueba de detección de glaucoma al año).</p> <p><b>Coseguro del 0%</b> para anteojos o lentes de contactos cubiertos por Medicare después de cirugía de cataratas.</p> <p><b>Copago de \$0</b> por un examen de la vista anual de rutina (refracción ocular).</p> <p><b>Copago de \$0</b> para anteojos de rutina. Límite de cobertura de \$400 para anteojos. Los anteojos (lentes y monturas) están limitados a un par cada año, y los lentes de contacto son ilimitados cada año. Cualquier costo superior a \$400 le corresponde a usted.</p>
<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><b>Copago de \$0.</b></p> <p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta individual o grupal.</p>	<p><b>Copago de \$0.</b></p> <p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta individual o grupal.</p>

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>AHCCCS Complete Care (ACC)</b>	<b>Arizona Long Term Care System (ALTCS)</b>
Centro de enfermería especializada (cubierto por Medicare)**	<b>Copago de \$0.</b>	<b>Copago de \$0.</b>
Servicios de rehabilitación (cubiertos por Medicare)** <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta de terapia ocupacional</li> <li>○ Consulta de terapia física y del habla</li> </ul>	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.  <b>Coseguro del 0%</b> por consulta.	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.  <b>Coseguro del 0%</b> por consulta.
Ambulancia (cubiertos por Medicare)	<b>Coseguro del 0%</b> por transporte terrestre y aéreo cubierto por Medicare.	<b>Coseguro del 0%</b> por transporte terrestre y aéreo cubierto por Medicare.
Transporte (no urgente)	<b>Copago de \$0</b> por 36 viajes sencillos al año a ubicaciones aprobadas por el plan.	No está cubierto.
Medicamentos de la Parte B de Medicare**	<b>Coseguro del 0%</b> para medicamentos de quimioterapia.  <b>Coseguro del 0%</b> para otros medicamentos de la Parte B.	<b>Coseguro del 0%</b> para medicamentos de quimioterapia.  <b>Coseguro del 0%</b> para otros medicamentos de la Parte B.

\* 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

Debido a que usted es elegible para Medicaid, usted califica y está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus costos 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 Dual. Cuánto paga por un medicamento depende de en cuál de estas etapas se encuentra en el momento en que obtiene una receta surtida o rellena. Si recibe la “Ayuda adicional” para pagar el programa de medicamentos con receta de Medicare, tiene derecho a una cantidad reducida de costos compartidos de LIS. Las cantidades de costos compartidos de LIS se eximen en todas las etapas de los medicamentos y usted no paga nada.

<b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA</b>	
<b>Etapas de medicamentos con receta</b>	<b>Banner Medicare Advantage Dual</b>
<b>Etapas del deducible</b>	<p><b>\$0*</b></p> <p>* Este plan se presentó con el deducible estándar de la Parte D de <b>\$0</b>. Sin embargo, como usted recibe la “Ayuda Adicional” para pagar su cobertura de medicamentos con receta, no pagará la totalidad de los <b>\$8,000</b> de su bolsillo. En su lugar, pagará su parte del costo del subsidio por bajos ingresos (Low-income subsidy, LIS) o de la “Ayuda adicional” por receta. Como parte de este plan, su costo compartido de LIS no se aplica a ninguno de los medicamentos de la Parte D en la Etapa del deducible.</p>
<b>Etapas de cobertura inicial</b>	<p>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 <b>\$5,030</b>. Los costos totales anuales de los medicamentos son el total de los costos de los medicamentos pagados tanto por usted como por Medicare. Sin embargo, como usted recibe la “Ayuda Adicional” para pagar su cobertura de medicamentos con receta, no pagará la totalidad de los <b>\$5,030</b> de su bolsillo. En su lugar, pagará su parte del costo del subsidio por bajos ingresos (Low-income subsidy, LIS) o de la “Ayuda adicional” por receta. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias de venta por correo. Como parte de este plan, su costo compartido de LIS no se aplica a ninguno de los medicamentos de la Parte D en la Etapa de cobertura inicial.</p>
<b>Etapas del período sin cobertura</b>	<p>No hay interrupción de la cobertura para los miembros de Banner Medicare Advantage Dual. Cuando deja la Etapa de cobertura inicial, usted pasa a la Etapa de cobertura para catástrofes. Usted califica para la Etapa de cobertura para catástrofes cuando los costos de su bolsillo han alcanzado los <b>\$5,030</b> para el año calendario. Como parte de este plan, su costo compartido de LIS no se aplica a ninguno de los medicamentos de la Parte D en la Etapa del período sin cobertura.</p>

## BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Etapas de medicamentos con receta	Banner Medicare Advantage Dual
<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 <b>\$8,000</b>, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no debe pagar nada.</p> <p>Como parte de este plan, su costo compartido de LIS no se aplica a ninguno de los medicamentos de la Parte D en la Etapa de cobertura para catástrofes.</p>

### Banner Medicare Advantage Dual

Si recibe la “Ayuda adicional” para pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, tiene derecho a una cantidad reducida de costos compartidos de LIS. Su cantidad de costos compartidos de LIS para los medicamentos de la Parte D queda eximida y no paga nada en ninguna de las etapas de pago de medicamentos.

NIVEL	Banner Medicare Advantage Dual
	<b>Suministro de un mes o tres meses</b>
<b>Medicamentos genéricos, incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos</b>	<b>Copago de \$0</b>
<b>Todos los demás medicamentos</b>	<b>Copago de \$0</b>

*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. Las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red están cubiertas con el mismo costo compartido que una farmacia dentro de la red.*

*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](http://www.BannerHealth.com/MA).*

## OTROS BENEFICIOS

Beneficios	AHCCCS Complete Care (ACC)	Arizona Long Term Care System (ALTCS)
Prevención de abuso de sustancias para pacientes externos	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta individual o grupal.	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta individual o grupal.
Rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.
Cuidado de los pies (servicios de podología) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare**</li> <li>○ Cuidado de rutina de los pies</li> </ul>	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.  <b>Copago de \$0</b> por consulta. 6 consultas de rutina por año calendario.	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.  <b>Copago de \$0</b> por consulta. 6 consultas de rutina por año calendario.
Consultas quiroprácticas <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cubiertas por Medicare**</li> <li>○ De rutina</li> </ul>	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.  <b>Copago de \$0</b> por consulta. 6 consultas de rutina por año calendario.	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.  <b>Copago de \$0</b> por consulta. 6 consultas de rutina por año calendario.
Servicios de salud en el hogar	<b>Copago de \$0</b> por consulta.	<b>Copago de \$0</b> por consulta.

## OTROS BENEFICIOS

Beneficios	AHCCCS Complete Care (ACC)	Arizona Long Term Care System (ALTCS)
<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>○ Para suministros para diabéticos y calzado o plantillas terapéuticos</li> </ul>	<p><b>Coseguro del 0%.</b></p> <p><b>Coseguro del 0%.</b></p> <p><b>Coseguro del 0%.</b></p>	<p><b>Coseguro del 0%.</b></p> <p><b>Coseguro del 0%.</b></p> <p><b>Coseguro del 0%.</b></p>
Entrenamiento para autocontrol de la diabetes	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.
Comidas	<p><b>Copago de \$0.</b></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> <p>Las comidas deben ordenarse dentro de los 30 días después de haber sido dado de alta.</p>	No está cubierto.

## OTROS BENEFICIOS

Beneficios	AHCCCS Complete Care (ACC)	Arizona Long Term Care System (ALTCS)
Beneficio de acondicionamiento físico Silver&Fit®	<p><b>Copago de \$0.</b></p> <p>Silver &amp; Fit® Programa de Envejecimiento Saludable y Ejercicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membresía en gimnasios participantes</li> <li>• Un kit de acondicionamiento físico en el hogar por año de beneficios</li> <li>• El programa Get Started, que proporciona un plan de ejercicios personal</li> <li>• Videos de entrenamiento digital en el sitio web y la aplicación móvil de Silver&amp;Fit</li> <li>• Sesiones individuales de Silver&amp;Fit Healthy Aging Coaching por teléfono</li> </ul>	No está cubierto.
Artículos de salud de venta libre (OTC)	<p><b>Copago de \$0.</b></p> <p>El plan cubre hasta \$250 cada tres meses.</p> <p>La cantidad que no se utiliza se transfiere al siguiente trimestre; los fondos caducarán el 12/31/2024.</p>	<p><b>Copago de \$0.</b></p> <p>El plan cubre hasta \$250 cada tres meses.</p> <p>La cantidad que no se utiliza se transfiere al siguiente trimestre; los fondos caducarán el 12/31/2024.</p>
Línea de asesoramiento de enfermería: enfermera de guardia	<p><b>Copago de \$0</b> 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><b>Copago de \$0</b> 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>
Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI) - Tarjeta de Alimentos Saludables	<p><b>\$75 por trimestre</b> para alimentos y productos saludables y nutritivos de los proveedores participantes.</p> <p>Los beneficios mencionados son parte del programa suplementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros calificarán.</p> <p>La cantidad que no se utiliza se transfiere al siguiente trimestre; los fondos caducarán el 12/31/2024.</p>	<p><b>\$75 por trimestre</b> para alimentos y productos saludables y nutritivos de los proveedores participantes.</p> <p>Los beneficios mencionados son parte del programa suplementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros calificarán.</p> <p>La cantidad que no se utiliza se transfiere al siguiente trimestre; los fondos caducarán el 12/31/2024.</p>

## OTROS BENEFICIOS

Beneficios	AHCCCS Complete Care (ACC)	Arizona Long Term Care System (ALTCS)
Servicios de telesalud	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.
Diálisis	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.
Prueba de detección de cáncer colorrectal	Recompensa de <b>\$25</b> para OTC por completar el año durante el año de beneficios del plan.	Recompensa de <b>\$25</b> para OTC por completar el año durante el año de beneficios del plan.
Prueba de detección de cáncer de mama	Recompensa de <b>\$25</b> para OTC por completar el año durante el año de beneficios del plan.	Recompensa de <b>\$25</b> para OTC por completar el año durante el año de beneficios del plan.

## Beneficios para 2024, Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona, Planes para Necesidades Especiales de Medicare Advantage para Miembros con Doble Elegibilidad

Para que usted pueda entender mejor sus opciones de atención médica, la siguiente tabla señala sus cargos por ciertos servicios bajo el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Medicaid), como una persona que tiene Medicare y Medicaid.

Su responsabilidad de los costos compartidos de Medicare se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

- Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB): **\$0**. Su cantidad de costos compartidos de Medicare serán pagados por su Plan de Salud de Medicaid a menos que se indique lo contrario a continuación.
- No QMB con las Partes A y B de Medicare: su cantidad de costos compartidos de Medicare serán pagados por su Plan de Salud de Medicaid únicamente cuando el beneficio también esté cubierto por Medicaid.

Beneficio	Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>con</u> <u>doble elegibilidad</u> <u>QMB</u> – Usted paga:	Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>sin</u> <u>doble elegibilidad</u> <u>QMB</u> – Usted paga:	Como miembro de Banner Medicare Advantage Dual (consulte la sección anterior para obtener detalles sobre la cobertura de beneficios) Usted paga:
<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS AGUDOS Y A LARGO PLAZO (1)</b>			
Hospitalización	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
Hospitalización como paciente de salud conductual	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
Servicios de centros de enfermería	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
Consulta de atención médica en el hogar	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
Consulta con el doctor de atención primaria (PCP)	<b>\$0</b>	<b>\$0</b> para consultas de chequeo, y <b>\$0 a \$4</b> para otras consultas dependiendo de la elegibilidad (2) para personas de 21 años en adelante (2). <b>\$0</b> para personas de 20 años y menores.	Coseguro del <b>0%</b>

Beneficio	Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>con doble elegibilidad QMB</u> – Usted paga:	Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>sin doble elegibilidad QMB</u> – Usted paga:	Como miembro de Banner Medicare Advantage Dual (consulte la sección anterior para obtener detalles sobre la cobertura de beneficios) Usted paga:
<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS AGUDOS Y A LARGO PLAZO (1)</b>			
Consulta con un especialista	<b>\$0</b>	<b>\$0</b> para consultas de chequeo, y <b>\$0 a \$4</b> para otras consultas dependiendo de la elegibilidad (2) para personas de 21 años en adelante. <b>\$0</b> para personas de 20 años y menores.	<b>Coseguro del 0%</b>
Servicios cubiertos por Medicare, incluyendo administración de casos crónicos/complejos, etc.	<b>\$0</b>	<b>\$0</b> para personas de 20 años y menores. <i>No está cubierto para personas de 21 años en adelante.</i>	<b>Copago de \$0</b>
Consultas quiroprácticas	<b>\$0</b>	<b>\$0</b> para personas de 20 años y menores; de \$0 a \$2.30 para personas mayores de 21 años según la elegibilidad (2) para un máximo de 20 consultas médicamente necesarias a partir del 1 de octubre de cada año (podrían autorizarse visitas adicionales si son médicamente necesarias).	<b>Coseguro del 0%</b>
Consulta con Servicios de podología	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>Coseguro del 0%</b>
Consulta ambulatoria para salud conductual	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>Coseguro del 0%</b>

Beneficio	Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>con doble elegibilidad QMB</u> – Usted paga:	Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>sin doble elegibilidad QMB</u> – Usted paga:	Como miembro de Banner Medicare Advantage Dual (consulte la sección anterior para obtener detalles sobre la cobertura de beneficios) Usted paga:
<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS AGUDOS Y A LARGO PLAZO (1)</b>			
Consulta para atención ambulatoria por abuso de sustancias	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>Coseguro del 0%</b>
Consulta ambulatoria en centro quirúrgico o centro hospitalario	<b>\$0</b>	De <b>\$0 a \$3</b> dependiendo en la elegibilidad (2) para personas de 21 años en adelante. <b>\$0</b> para personas de 20 años y menores.	<b>Coseguro del 0%</b>
Servicios de ambulancia	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>Coseguro del 0%</b>
Servicios de emergencia	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>Coseguro del 0%</b>
Consulta de Atención médica urgente	<b>\$0</b>	De <b>\$0 a \$4</b> dependiendo de la elegibilidad (2) para personas de 21 años en adelante. <b>\$0</b> para personas de 20 años y menores.	<b>Coseguro del 0%</b>
Consulta por terapia ocupacional/física/del habla ambulatoria	<b>\$0</b>	De <b>\$0 a \$3</b> dependiendo en la elegibilidad (2) para personas de 21 años en adelante. <b>\$0</b> para personas de 20 años y menores.	<b>Coseguro del 0%</b>
Equipo médico duradero	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>Coseguro del 0%</b>

Beneficio	Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>con</u> <u>doble elegibilidad</u> <u>QMB</u> – Usted paga:	Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>sin</u> <u>doble elegibilidad</u> <u>QMB</u> – Usted paga:	Como miembro de Banner Medicare Advantage Dual (consulte la sección anterior para obtener detalles sobre la cobertura de beneficios) Usted paga:
<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS AGUDOS Y A LARGO PLAZO (1)</b>			
Dispositivos protésicos	\$0	\$0. <i>La extremidad o articulación controlada por un microprocesador de miembros inferiores no está cubierta para personas de 21 años en adelante.</i>	Coseguro del 0%
Capacitación para autocontrol de la diabetes y suministros (cuando se ofrece como parte de una consulta con el PCP)	\$0	\$0	Coseguro del 0%
Servicios de procedimientos de diagnóstico, radiografías y laboratorio (incluidos los servicios de diagnóstico y pruebas de COVID-19)	\$0	\$0	Coseguro del 0%
Prueba de detección colorrectal	\$0	\$0	\$0
Vacunas contra la gripe y neumonía	\$0	\$0	\$0
Mamografía	\$0	\$0	\$0
Examen de papanicolaou y pélvico	\$0	\$0	\$0
Prueba de detección de cáncer de próstata	\$0	\$0	\$0
Diálisis renal o terapia alimenticia para la enfermedad renal en fase terminal	\$0	\$0	Coseguro del 0%

Beneficio	Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>con doble elegibilidad QMB</u> – Usted paga:	Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>sin doble elegibilidad QMB</u> – Usted paga:	Como miembro de Banner Medicare Advantage Dual (consulte la sección anterior para obtener detalles sobre la cobertura de beneficios) Usted paga:
<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS AGUDOS Y A LARGO PLAZO (1)</b>			
Medicamentos recetados (3)	<b>\$0</b>	De <b>\$0</b> a <b>\$2.30</b> dependiendo de la elegibilidad (2) para personas de 21 años en adelante. <b>\$0</b> para personas de 20 años y menores.	<b>\$0</b>
Exámenes de Audición, Pruebas de Audición de Rutina y Evaluaciones de ajuste para Audífonos	<b>\$0</b> para personas de 20 años y menores. <i>No está cubierto para personas de 21 años en adelante.</i>	<b>\$0</b> para personas de 20 años y menores. <i>No está cubierto para personas de 21 años en adelante.</i>	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta para exámenes auditivos cubiertos por Medicare.  <b>Copago de \$0</b> por consulta para servicios auditivos de rutina.
Audífonos	<b>\$0</b> para personas de 20 años y menores. <i>No está cubierto para personas de 21 años en adelante.</i>	<b>\$0</b> para personas de 20 años y menores. <i>No está cubierto para personas de 21 años en adelante.</i>	<b>Copago de \$0</b>
Examen de la vista de rutina, anteojos, lentes de contacto, lentes y armazón	<b>\$0</b> para personas de 20 años y menores. <i>No está cubierto para personas mayores de 21 años, a menos que se necesiten después de una cirugía de cataratas.</i>	<b>\$0</b> para personas de 20 años y menores. <i>No está cubierto para personas de 21 años en adelante.</i>	<b>Copago de \$0</b>

Beneficio	Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>con doble elegibilidad QMB</u> – Usted paga:	Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>sin doble elegibilidad QMB</u> – Usted paga:	Como miembro de Banner Medicare Advantage Dual (consulte la sección anterior para obtener detalles sobre la cobertura de beneficios) Usted paga:
<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS AGUDOS Y A LARGO PLAZO (1)</b>			
Servicios dentales de emergencia para adultos	<b>\$0</b> para personas de 21 años en adelante. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.</i>	<b>\$0</b> para personas de 21 años en adelante. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.</i>	<b>Coseguro del 0%</b>
Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>Miembros del Plan ACC:</b> <b>copago de \$0</b> hasta 36 viajes sencillos por año a lugares aprobados por el plan (servicios de uso compartido de vehículo, camioneta y transporte médico)  <b>Miembros del Plan ALTCS:</b> <b>No está cubierto</b>

Beneficio	Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>con doble elegibilidad QMB</u> – Usted paga:	Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>sin doble elegibilidad QMB</u> – Usted paga:	Como miembro de Banner Medicare Advantage Dual (consulte la sección anterior para obtener detalles sobre la cobertura de beneficios) <b>Usted paga:</b>
<b>SOLO PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS A LARGO PLAZO (1)</b>			
Servicios de centros de enfermería	El costo compartido es determinado por AHCCCS	El costo compartido es determinado por AHCCCS	No está cubierto
Servicios para dar descanso	<b>\$0.</b> Sujeto a un límite de 600 horas por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.	<b>\$0.</b> Sujeto a un límite de 600 horas por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.	No está cubierto
Servicios basados en el hogar y la comunidad	Contribución de los miembros determinado por AHCCCS	Contribución de los miembros determinado por AHCCCS	No está cubierto
Servicios dentales preventivos para adultos (4)	<b>\$0</b> para personas de 21 años en adelante. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.	<b>\$0</b> para personas de 21 años en adelante. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.	<b>\$0</b>

1. Los programas agudos de Medicaid incluyen AHCCCS Complete Care (ACC), las Autoridades Regionales de Salud Conductual (Regional Behavioral Health Authorities, RBHA) y el Plan de Salud Integral del Departamento de Seguridad Infantil de Mercy Care (Mercy Care Department of Child Safety Comprehensive Health Plan, Mercy Care DCS CHP). Los programas de Medicaid de Cuidado a Largo Plazo incluyen ancianos y discapacitados físicos (Elderly and Physically Disabled, E-PD) y la División de Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities, DDD).
2. Consulte el sitio web de AHCCCS para obtener información adicional sobre los costos compartidos, el copago y los beneficios de los beneficiarios
3. Las cantidades del copago de la Parte D de Medicare son responsabilidad exclusiva del beneficiario. Los planes de salud de AHCCCS no pueden ayudar con el pago de estas cantidades, excepto los medicamentos de salud conductual para aquellos beneficiarios que se determine que son gravemente enfermos mentales (Seriously Mentally Ill, SMI) que utilizan fondos permitidos no pertenecientes al Título XIX.
4. Además de los servicios dentales de emergencia para adultos descritos anteriormente.

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).

## Banner Medicare Advantage Dual HMO D-SNP Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-874-3930, TTY 711. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-874-3930, TTY 711. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-874-3930, TTY 711。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-874-3930, TTY 711。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-874-3930, TTY 711. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-874-3930, TTY 711. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-874-3930, TTY 711 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-874-3930, TTY 711. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-874-3930, TTY 711 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-874-3930, ТТТ 711. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-874-3930، تTY 711. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-874-3930, TTY 711 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-874-3930, TTY 711. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-874-3930, TTY 711. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-874-3930, TTY 711. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-874-3930, TTY 711. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-874-3930, TTY 711 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。