

# Resumen de Beneficios para 2025

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 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

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 a.m. a 8 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 el 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 AHCCCS (Medicaid). La cantidad que cubre AHCCCS (Medicaid) depende de sus ingresos, recursos y otros factores.

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

- **Beneficios completos de doble elegibilidad (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** AHCCCS (Medicaid) puede proporcionar una ayuda limitada para el costo compartido de Medicare. AHCCCS (Medicaid) también ofrece beneficios completos de Medicaid. Usted es elegible para todos los beneficios de AHCCCS (Medicaid). En ocasiones, también puede ser elegible para una ayuda limitada de AHCCCS (Medicaid) para pagar las cantidades del costo compartido de Medicare. Por lo general, su costo compartido es de 0% cuando el servicio es cubierto tanto por Medicare como por AHCCCS (Medicaid). Puede haber casos en los que tenga que pagar el costo compartido cuando un servicio o beneficio no esté cubierto por AHCCCS (Medicaid).
- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Obtiene la cobertura de AHCCCS (Medicaid) del costo compartido de Medicare y también es elegible para los beneficios completos de AHCCCS (Medicaid). AHCCCS (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).
- **Otra doble elegibilidad para beneficios completos (Freedom to Work):** Obtiene Medicare, pero no cumple con los criterios de ingresos para calificar como miembro QMB+ o beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+); sin embargo, se determina que reúne los requisitos para los beneficios completos de AHCCCS (Medicaid) (miembro de Freedom to Work). AHCCCS (Medicaid) no proporcionará el pago de las primas de la Parte A ni Parte B de Medicare.

Si su categoría de elegibilidad de AHCCCS (Medicaid) cambia, su costo compartido también puede aumentar o disminuir. Debe volver a certificar su inscripción en AHCCCS (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, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

La elegibilidad para el beneficio de alimentos y productos, el transporte no médicamente necesario aprobado por el plan y 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 el Beneficio completo de doble elegibilidad, es un Beneficiario calificado de Medicare Plus o tiene otro Beneficio completo de doble elegibilidad (Freedom to Work), pagará \$0 por sus servicios cubiertos por Medicare, como se indica en el costo compartido de la tabla.**

Primas y Beneficios	Lo que le corresponde pagar
<p>Los beneficios enumerados con lo siguiente:            * Pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa del plan.            ** Pueden requerir una derivación de su proveedor.</p>	
Prima mensual del plan	<b>\$0</b> al mes.
Deducible	<b>\$0</b>
Responsabilidad del gasto máximo que paga de su bolsillo	<p>Límite anual de <b>\$9,350</b> para gastos de su bolsillo para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Para los servicios cubiertos por AHCCCS (Medicaid), consulte la sección “Beneficios para 2025, 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.</p>
Cobertura de hospitalizaciones*	<p><b>Copago de \$0</b></p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días por período de beneficios para hospitalizaciones cubiertas por Medicare.</p> <p>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.</p> <p>No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p>
Servicios hospitalarios para pacientes externos (cubiertos por Medicare)*	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.
Servicios en un Centro quirúrgico ambulatorio (cubiertos por Medicare)*	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.

Primas y Beneficios	Lo que le corresponde pagar
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>
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>
Atención de Emergencia	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p>
Servicios de Urgencia	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p>
Servicios de análisis de laboratorio/ exámenes/radiológicos de diagnóstico (cubiertos por Medicare)* <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de Radiología diagnóstica (como las resonancias magnéticas y las tomografías computarizadas)</li> <li>○ Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li> <li>○ Servicios de laboratorio</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>

Primas y Beneficios	Lo que le corresponde pagar
<p>Servicios de análisis de laboratorio/ exámenes/radiológicos de diagnóstico (cubiertos por Medicare)* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <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> <li>○ Audífonos</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>Copago de \$0</b> para audífono(s).</p> <p>Cantidad máxima de cobertura del plan de \$3,300 por año (para 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>Debe utilizar los proveedores contratados de la red Banner para estos servicios.</p>

Primas y Beneficios	Lo que le corresponde pagar
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios dentales cubiertos por Medicare</li> <li>○ Servicios dentales preventivos</li> <li>○ Servicios dentales integrales</li> </ul>	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</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 2 exámenes por año</li> <li>• Limpieza: hasta 2 limpiezas por año calendario</li> <li>• Tratamiento de fluoruro: hasta 2 tratamientos por año calendario</li> <li>• Radiografía(s) dental(es): hasta 1 conjunto de rayos X de molares por año calendario</li> </ul> <p><b>Copago de \$0</b> por consulta para servicios dentales integrales. La cobertura incluye lo siguiente:</p> <p>Servicios de restauración</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empastes: uno por diente cada 36 meses</li> <li>• Coronas, pernos, muñón, pasadores: uno por diente cada 60 meses</li> <li>• Recementado/readhesivo de corona: después de 6 meses de la colocación inicial</li> </ul> <p>Endodancia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 por diente toda la vida para pulpotomía o conductos radiculares</li> </ul> <p>Periodoncia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía ósea: 1 cada 24 meses por cuadrante</li> <li>• Raspado periodontal y alisado radicular: 1 cada 24 meses por cuadrante</li> <li>• Desbridamiento de toda la boca: 1 cada 36 meses</li> <li>• Mantenimiento periodontal: 1 cada 3 meses</li> </ul> <p>Prostodoncia removible</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 dentadura removible completa, parcial o inmediata cada 60 meses</li> <li>• Ajustes después de los 6 meses de la colocación</li> <li>• Reparación de base y rebasados cada 36 meses después de los 6 meses de la colocación</li> </ul> <p>Prostodoncia fija</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentaduras fijas (puentes): 1 cada 60 meses por diente</li> <li>• Recementado de dentaduras parciales fijas después de los 6 meses de la colocación</li> </ul> <p>Cirugía oral y maxilofacial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extracciones: 1 por diente toda la vida</li> </ul>

Primas y Beneficios	Lo que le corresponde pagar
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios dentales integrales (continuación)</li> </ul>	<p>Servicios generales adjuntos</p> <p>Límite de cobertura combinado de \$4,000 por año calendario para servicios dentales preventivos e integrales de rutina cubiertos por el plan. El costo de todas las consultas se deducirá de la cantidad de la cobertura anual. Cualquier costo superior a \$4,000 le corresponde a usted.</p> <p>Debe utilizar los proveedores dentales contratados de la red Banner para estos servicios.</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 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 (monturas y lentes) o lentes de contacto de rutina. Asignación anual de \$200 para monturas o lentes de contacto (adaptación). Los anteojos (lentes y monturas) están limitados a uno cada año, y los lentes de contacto son ilimitados hasta la asignación del plan cada año.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteojos monofocales, bifocales alineados y trifocales alineados cubiertos todos los años.</li> <li>• Lentes estándar progresivos cubiertos todos los años.</li> <li>• Ahorro promedio de 20-25% en mejoras adicionales para lentes.</li> </ul> <p>Todos los costos que superen las asignaciones o las mejoras adicionales de los lentes le corresponden al miembro.</p> <p>Debe utilizar los proveedores de la red VSP Advantage para estos servicios.</p>

Primas y Beneficios	Lo que le corresponde pagar
<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>Centro de enfermería especializada (cubierto por Medicare)*</p>	<p><b>Copago de \$0</b></p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios para un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) cubierto por Medicare.</p> <p>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.</p> <p>No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p>
<p>Servicios de rehabilitación (cubiertos por Medicare)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</li> <li>○ Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) intensivos</li> <li>○ Consulta de terapia ocupacional*</li> <li>○ Consulta de fisioterapia y logopedia*</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>



Primas y Beneficios	Lo que le corresponde pagar
<p>Servicios de rehabilitación (cubiertos por Medicare) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de rehabilitación pulmonar</li> </ul>	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p>
<p>Ambulancia (cubiertos por Medicare)*</p>	<p><b>Coseguro del 0%</b> por transporte terrestre y aéreo cubierto por Medicare.</p>
<p>Transporte: de rutina (no urgente)</p>	<p><b>Copago de \$0</b> por un máximo de 36 viajes sencillos durante el año de beneficios actual a lugares relacionados con la salud médicamente necesarios aprobados por el plan usando servicios de uso compartido de vehículo, camioneta y transporte médico.</p> <p>Limitado a los proveedores de lugares relacionados con la salud médicamente necesarios cubiertos por el plan y no cubiertos por Medicare ni Medicaid:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de quiropráctica de rutina</li> <li>• Servicios dentales</li> <li>• Servicios auditivos/de audífonos</li> <li>• Podiatría</li> <li>• Otros lugares relacionados con la salud médicamente necesarios aprobados por el plan</li> </ul> <p>El límite de 36 viajes sencillos se comparte con los servicios de transporte de Diseño de Seguro Basado en el Valor (Value-Based Insurance Design, VBID) a lugares relacionados con la salud que no sean médicamente necesarios y estén aprobados por el plan. Consulte la fila Diseño de Seguro Basado en el Valor (VBID) – Servicios de transporte que está más adelante en este documento para obtener información adicional.</p> <p>Cada viaje sencillo no debe superar las 50 millas. Un viaje es un traslado sencillo; un viaje redondo son dos viajes.</p> <p>Los servicios de transporte deben solicitarse 72 horas antes de la cita programada.</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare*</p>	<p><b>Coseguro del 0%</b> para quimioterapia o radiación y otros medicamentos de la Parte B.</p> <p><b>Coseguro del 0%</b> para insulina y otros medicamentos de la Parte B.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare están sujetos a los requisitos de tratamiento escalonado.</p>

## OTROS BENEFICIOS

Beneficios	Lo que le corresponde pagar
<p>Atención quiropráctica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cubierta por Medicare*</li> <li>○ De rutina</li> </ul>	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p> <p><b>Copago de \$0</b> por consulta.</p> <p>6 consultas de rutina por año calendario.</p>
Entrenamiento para autocontrol de la diabetes	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.
Diálisis**	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.
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> </ul> <p>Sesiones individuales de Silver&amp;Fit® Healthy Aging Coaching por teléfono</p>
<p>Cuidado de los pies (servicios de podología)</p> <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>	<p><b>Coseguro del 0%</b> por consulta.</p> <p><b>Copago de \$0</b> por consulta.</p> <p>6 consultas de rutina por año calendario.</p>
Entrega de comidas a domicilio	No está cubierto.
Servicios de salud en el hogar	<b>Copago de \$0</b> por consulta.

## OTROS BENEFICIOS

Beneficios	Lo que le corresponde pagar
<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>
Línea de asesoramiento de enfermería: Nurse on Call	<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.
Prevención de abuso de sustancias para pacientes externos	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta individual o grupal.
Asignación para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	<p><b>Copago de \$0</b></p> <p>Recibe \$270 cada 3 meses para comprar medicamentos OTC y productos relacionados con la salud elegibles.</p> <p>La cantidad que no se utiliza no se transfiere al siguiente trimestre.</p>
<p>Recompensas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recompensa por completar la Consulta anual de bienestar</li> <li>○ Recompensa por completar la prueba de detección de cáncer colorrectal</li> <li>○ Recompensa por recibir la vacuna antigripal anual</li> </ul>	<p>Recompensa de <b>\$25</b> por completar el año durante el año de beneficios del plan.</p> <p>Recompensa de <b>\$25</b> por completar el año durante el año de beneficios del plan.</p> <p>Recompensa de <b>\$25</b> por completar el año durante el año de beneficios del plan.</p>

## OTROS BENEFICIOS

Beneficios	Lo que le corresponde pagar
Servicios de telesalud (cubiertos por Medicare)*	<b>Coseguro del 0%</b> por consulta.
Diseño de Seguro Basado en el Valor (VBID) – Alimentos y productos	<p><b>\$60</b> por trimestre para alimentos y productos saludables y nutritivos de los proveedores participantes.</p> <p>Los miembros que reúnen los requisitos para el subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS) serán elegibles para el beneficio para alimentos y productos.</p> <p>La cantidad que no se utiliza se transfiere al siguiente trimestre; los fondos caducarán el 12/31/2025.</p> <p>La elegibilidad para el beneficio para alimentos y productos no está asegurada y será determinada por Banner Medicare Advantage Dual después de la inscripción, según los criterios de elegibilidad.</p>
Diseño de Seguro Basado en el Valor (VBID) – Servicios de transporte	<p><b>Copago de \$0</b> por un máximo de 36 viajes sencillos durante el año de beneficios actual a lugares relacionados con la salud no médicamente necesarios aprobados por el plan usando servicios de uso compartido de vehículo, camioneta y transporte médico. Los miembros que reúnen los requisitos para el subsidio por bajos ingresos (LIS) serán elegibles para estos servicios.</p> <p>Limitado a los proveedores de lugares relacionados con la salud no médicamente necesarios cubiertos por el plan y no cubiertos por Medicare ni Medicaid:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficios OTC</li> <li>• Beneficios para alimentos y productos</li> <li>• Centros de acondicionamiento físico Silver&amp;Fit®</li> <li>• Clases/programas de bienestar</li> <li>• Otros lugares relacionados con la salud no médicamente necesarios aprobados por el plan</li> </ul> <p>El límite de 36 viajes sencillos se comparte con los servicios de transporte (de rutina) a lugares relacionados con la salud que sean médicamente necesarios y estén aprobados por el plan. Consulte la fila Servicios de transporte – De rutina (no urgente) que está antes en este documento para obtener información adicional.</p> <p>Cada viaje sencillo no debe superar las 50 millas. Un viaje es un traslado sencillo; un viaje redondo son dos viajes.</p> <p>Los servicios de transporte deben solicitarse 72 horas antes de la cita programada.</p> <p>La elegibilidad para el transporte no médicamente necesario aprobado por el plan no está asegurada y será determinada por Banner Medicare Advantage Dual después de la inscripción, según los criterios de elegibilidad.</p>

## 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 rellenada. 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.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	
Etapas de medicamentos con receta	Lo que le corresponde pagar
<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>\$2,000</b> de su bolsillo. En su lugar, pagará su costo compartido del subsidio por bajos ingresos (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>\$2,000</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>\$2,000</b> de su bolsillo. En su lugar, pagará su costo compartido del subsidio por bajos ingresos (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 de cobertura para catástrofes</b>	<p>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 <b>\$2,000</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>

## BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

### Lo que le corresponde pagar por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D

**Suministro de un mes o tres meses**

Copago de \$0

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

*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).*

### **Beneficios para 2025, 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 (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.

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

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>			
Consultas quiroprácticas	\$0	\$0 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).	Coseguro del 0%
Consulta con Servicios de podología	\$0	\$0	Coseguro del 0%
Consulta ambulatoria para salud conductual	\$0	\$0	Coseguro del 0%
Consulta para atención ambulatoria por abuso de sustancias	\$0	\$0	Coseguro del 0%
Consulta ambulatoria en centro quirúrgico o centro hospitalario	\$0	De \$0 a \$3 dependiendo en la elegibilidad (2) para personas de 21 años en adelante. \$0 para personas de 20 años y menores.	Coseguro del 0%
Servicios de ambulancia	\$0	\$0	Coseguro del 0%
Servicios de emergencia	\$0	\$0	Coseguro del 0%
Consulta de Atención médica urgente	\$0	De \$0 a \$4 dependiendo de la elegibilidad (2) para personas de 21 años en adelante. \$0 para personas de 20 años y menores.	Coseguro del 0%



<b>Beneficio</b>	<b>Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>con doble elegibilidad QMB</u> – Usted paga:</b>	<b>Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>sin doble elegibilidad QMB</u> – Usted paga:</b>	<b>Como miembro de Banner Medicare Advantage Dual</b> <i>(consulte la sección anterior para obtener detalles sobre la cobertura de beneficios)</i> <b>Usted paga:</b>
<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS AGUDOS Y A LARGO PLAZO (1)</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>
Dispositivos protésicos	<b>\$0</b>	<b>\$0.</b> <i>La extremidad o articulación controlada por un microprocesador de miembros inferiores no está cubierta para personas de 21 años en adelante.</i>	<b>Coseguro del 0%</b>
Capacitación para autocontrol de la diabetes y suministros (cuando se ofrece como parte de una consulta con el PCP)	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>Coseguro del 0%</b>
Consulta con un trabajador de la salud de la comunidad (Community Health Worker, CHW)	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>Copago de \$0</b>
Servicios de procedimientos de diagnóstico, radiografías y laboratorio (incluidos los servicios de diagnóstico y pruebas de COVID-19)	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>Coseguro del 0%</b>
Prueba de detección colorrectal	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>Copago de \$0</b>
Vacunas contra la gripe y neumonía	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>Copago de \$0</b>
Mamografía	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>Copago de \$0</b>
Examen de papanicolaou y pélvico	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>Copago de \$0</b>
Prueba de detección de cáncer de próstata	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<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) <b>Usted paga:</b>
<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS AGUDOS Y A LARGO PLAZO (1)</b>			
Diálisis renal o terapia alimenticia para la enfermedad renal en fase terminal	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>Coseguro del 0%</b>
Medicamentos recetados (3)	<b>\$0</b>	De <b>\$0 a \$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>Copago de \$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>
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>

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>PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS AGUDOS Y A LARGO PLAZO (1)</b>			
Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia	\$0	\$0	<b>Copago de \$0</b> por servicios de transporte de rutina (hasta 36 viajes sencillos durante el año de beneficios actual a lugares relacionados con la salud que sean médicamente necesarios y estén aprobados por el plan) usando servicios de uso compartido de vehículo, camioneta y transporte médico. El límite de 36 viajes sencillos se comparte con los servicios de transporte de Diseño de Seguro Basado en el Valor (VBID) a lugares relacionados con la salud que no sean médicamente necesarios y estén aprobados por el plan.
<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. Sujeto a un límite de 600 horas por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.</b>	<b>\$0. Sujeto a un límite de 600 horas por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.</b>	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

<b>Beneficio</b>	<b>Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>con doble elegibilidad QMB</u> – Usted paga:</b>	<b>Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>sin doble elegibilidad QMB</u> – Usted paga:</b>	<b>Como miembro de Banner Medicare Advantage Dual</b> <i>(consulte la sección anterior para obtener detalles sobre la cobertura de beneficios)</i> <b>Usted paga:</b>
<b>Solo programas de Medicaid de cuidados a largo plazo (1)</b>			
Servicios dentales preventivos para adultos (4)	<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>Copago de \$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, ТТУ 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。