

2021

Resumen de Beneficios

Pima | Maricopa | Pinal

Banner Medicare Advantage Prime HMO H5843, 001, 002



2021 Resumen de Beneficios

Este es un resumen de los servicios de medicamentos y de salud cubiertos por Banner Medicare Advantage Prime HMO desde el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021.

La información de beneficio suministrada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No incluye todos los servicios que cubrimos ni incluye todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de Cobertura". También puede obtener nuestra Evidencia de Cobertura en línea en: www.BannerMA.com.



Horario de Oficina

Puede llamarnos de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana.



Cómo Contactarnos

Si es miembro de este plan, llamada sin cargo (844) 549-1857; usuarios de TTY llamen al 711. Si no es miembro de este plan, llamada sin cargo (844) 549-1858; usuarios de TTY llamen al 711. Nuestro sitio web: www.BannerMA.com



¿Quién puede Inscribirse?

Para inscribirse en Banner Prime, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, y residir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Arizona:

PBP 001: **Maricopa & Pinal**

PBP 002: **Pima**



¿Cuáles Doctores, Hospitales y Farmacias puedo Utilizar?

Banner Prime tiene una red de doctores, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa los proveedores que no están en nuestra red, puede que el plan no pague estos servicios. Por lo general, debe utilizar las farmacias de la red para surtir sus recetas para medicamentos cubiertos de la Parte D.

Puede ver el directorio de proveedores y directorio de farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web: www.BannerMA.com. O, llámenos y le enviaremos una copia del directorio de proveedores y farmacias.

¿Qué Cubrimos?

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

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

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

- Puede ver el formulario del plan completo (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web: www.BannerMA.com
- O, llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

Consejos para Comparar sus Opciones de Medicare

Este Resumen de Beneficios le brinda un resumen de lo que cubre Banner Prime y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes sus Resumen de Beneficios. O, utilice el Buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov.
- Si desea saber más sobre la cobertura y costos de Medicare Original, consulte su manual actualizado "Medicare y Usted". Puede verlo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Información Importante

Banner Medicare Advantage Prime HMO es una Organización de Mantenimiento de la Salud con un contrato de Medicare. La inscripción en Banner Medicare Advantage Prime HMO depende de la renovación del contrato.

Banner Medicare Advantage Prime HMO cumple con leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina basándose en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (844) 549-1857 (TTY: 711).

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de Banner Medicare Advantage Prime HMO, excepto en situaciones de emergencia. Favor de llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para más información, incluyendo el costo compartido que corresponde para servicios fuera de la red.

Banner Medicare Advantage Prime HMO

Beneficios de Salud	Maricopa Pinal	Pima
Prima Mensual del Plan	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Prima de la Parte B de Medicare	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Las primas de la Parte B de Medicare y las primas del plan no se aplican a su límite de cantidad máxima de su bolsillo.	
Deducible	Este plan no tiene deducibles médicos.	Este plan no tiene deducibles médicos.
Responsabilidad Máxima de su Bolsillo	Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al mantener límites anuales en los costos de su bolsillo por la atención médica y de hospital. Su límite anual en este plan: • \$4,450 por servicios que reciba de proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite en los costos de su bolsillo, seguirá recibiendo cobertura de servicios de hospital y médicos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año. Consulte el manual "Medicare y Usted" para servicios cubiertos por Medicare. Tenga en cuenta que tendrá que seguir pagando sus primas mensuales y costos compartidos para sus medicamentos recetados de la Parte D.	Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al mantener límites anuales en los costos de su bolsillo por la atención médica y de hospital. Su límite anual en este plan: • \$4,450 por servicios que reciba de proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite en los costos de su bolsillo, seguirá recibiendo cobertura de servicios de hospital y médicos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año. Consulte el manual "Medicare y Usted" para servicios cubiertos por Medicare. Tenga en cuenta que tendrá que seguir pagando sus primas mensuales y costos compartidos para sus medicamentos recetados de la Parte D.
Cobertura para Pacientes Internados	Se requiere referencia médica y autorización previa.	
Paciente en un Hospital	\$200 de copago por día para los días 1 hasta el 7	\$200 de copago por día para los días 1 hasta el 7
Periodo de Beneficio como Paciente en un Hospital	Nosotros cubrimos hasta 90 días de hospitalización. El costo compartido comienza el día que es internado y termina el día que lo dan de alta. Un periodo de beneficio comienza el día que es admitido al hospital como paciente interno. El periodo de beneficio termina cuando no ha recibido ninguna atención médica como paciente interno por 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital después de terminar un periodo de beneficio, comienza uno nuevo. No hay límite al número de periodos de beneficio. Si le autorizan atención médica como paciente internado en un hospital fuera de la red después de su condición médica de emergencia se estabilice, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.	
Cobertura para Pacientes Ambulatorios	Se requiere referencia médica y autorización previa.	
Hospital Ambulatorio	Usted paga \$225 de copago	Usted paga \$225 de copago

Banner Medicare Advantage Prime HMO

Beneficios de Salud	Maricopa Pinal	Pima
Consultas con un Doctor	• Cobertura incluye ciertos servicios de Telesalud adicionales, incluyendo: Servicios necesarios urgentemente; consultas con un PCP; especialistas; especialistas en salud mental para sesiones individuales o grupales; servicios psiquiátricos para sesiones individuales o grupales; proveedores de terapia ocupacional, física y/ del habla como se permite por Medicare. Consulte las secciones específicas para el costo compartido. • Usted tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por Telesalud. Si elije obtener uno de estos servicios por Telesalud, debe utilizar un proveedor que ofrece el servicio Telesalud. • Por lo general, el servicio Telesalud debe ser con un proveedor con quien tiene y/o estableció una relación y usa un sistema de comunicación audiovisual que permite la comunicación en tiempo real. • Puede requerirse autorización previa y/o referencia médica de su PCP.	
Primario	Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago
Especialista	Usted paga \$30 de copago	Usted paga \$25 de copago
Atención Médica Preventiva	Cualquier otro servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año contractual será cubierto. Costo adicional compartido pueden aplicarse cuando se prestan otros servicios.	
▪ Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal ▪ Asesoramiento del uso inapropiado del alcohol ▪ Medida de masa ósea ▪ Análisis para detección del cáncer del seno (mamografías) ▪ Enfermedad cardiovascular (terapia comportamental) ▪ Análisis para detección de enfermedad cardiovascular ▪ Análisis para detección del cáncer cervical y vaginal ▪ Análisis para detección del cáncer colorrectal ▪ Detectar la depresión ▪ Análisis para detección de diabetes ▪ Análisis para detección del VIH <i>*Consulte la siguiente página</i>	Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago

Banner Medicare Advantage Prime HMO

Beneficios de Salud	Maricopa Pinal	Pima
<i>Continuación...</i> - Servicios de terapia médica de nutrición - Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP) - Detectar obesidad y asesoramiento - Análisis para detección del cáncer de próstata - Análisis para detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento - Asesoramiento para dejar el tabaco - Vacunas, incluyendo vacunas contra la gripe, vacunas contra la Hepatitis B, vacunas contra Neumococo - Visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" (una sola vez) - Consulta de bienestar anual	Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago
Emergencias	Si lo internan en un hospital dentro de 24 horas, se exime su copago. Si necesita atención médica como paciente internado después de estabilizarse su condición médica de emergencia fuera de la red, su costo compartido puede ser menos si regresa a un hospital de la red. Cobertura limitada en los Estados Unidos y sus territorios.	
	Usted paga \$90 de copago	Usted paga \$90 de copago
Atención de Urgencias	Cobertura limitada en los Estados Unidos y sus territorios. Cobertura puede que este disponible a través de Telesalud.	
	Usted paga \$40 de copago	Usted paga \$30 de copago
Servicios de Radiología Diagnóstica (ej. MRI, CT)	Se requiere referencia médica y autorización previa.	
Pruebas de Diagnóstico, Procedimientos y Servicios de Laboratorio	Usted paga \$10 de copago	Usted paga \$10 de copago

Banner Medicare Advantage Prime HMO

Beneficios de Salud	Maricopa Pinal	Pima
Radiografías para Paciente Ambulatorio	Usted paga \$20 de copago	Usted paga \$20 de copago
Servicios de radiología para diagnóstico general (tal como resonancias magnéticas, tomografías)	Usted paga \$125 de copago	Usted paga \$125 de copago
Servicios de radiología para diagnóstico complejo (tal como resonancias magnéticas, tomografías)	Usted paga \$200 de copago	Usted paga \$200 de copago
Servicios de radiología terapéuticos	Usted paga \$60 de copago	Usted paga \$60 de copago
Servicios Auditivos (Cubierto por Medicare)	Examen de audición cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del oído.	
Examen de audición para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio	Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago
Servicios de audición (suplementarios)	Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada dos años para audífonos y servicios. Costo de todos los exámenes – incluyendo examen de audición anual – será deducido de la cantidad de cobertura total. Se requiere autorización previa para audífonos.	
Examen de audición de rutina una vez al año para ajustes/evaluación	Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago
Audífonos (ambos oídos combinados)	Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago
Servicios Dentales (cubierto por Medicare)	Se requiere referencia médica y autorización previa.	
Procedimientos dentales cubiertos por Medicare	Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago
Servicios Dentales (Servicios Dentales Preventivos)	Servicios Dentales Preventivos • Consulta incluye un conjunto de examen y limpieza (hasta 1 cada seis meses, máximo 2 por año). • Examen bucal (hasta 1 cada seis meses) • Limpieza (hasta 1 cada seis meses) • Tratamiento de flúor (hasta 1 cada año, tratamiento debe llevarse a cabo durante una consulta preventiva) • Radiografías dentales (hasta 1 conjunto de radiografías cada año, debe llevarse a cabo durante una consulta preventiva) No se requiere autorización y/o referencia médica para servicios dentales preventivos.	

Banner Medicare Advantage Prime HMO

Beneficios de Salud	Maricopa Pinal	Pima
Atención Dental Preventiva	Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago
Servicios Dentales Completos (No cubiertos por Medicare)	Beneficios dentales adicionales están disponibles con una prima mensual por separado. Favor de consultar la página de "Beneficios Adicionales Opcionales" para más detalles.	
Exclusiones en la Cobertura Dental	Nuestro plan no cubre lo siguiente: Implantes dentales; procedimientos dentales únicamente por razones cosméticas/estéticas; costo por no ir a citas dentales; procedimientos dentales que no son consistentes con las normas de ADA como se indica en el Manual de Proveedores de DentaQuest.	
Servicios Oculares	Cubrimos: •Un examen ocular de rutina cubierto por año. El costo de la consulta de rutina anual no será deducido de la cantidad de cobertura total para beneficios relacionados con la vista. El costo compartido de la consulta puede aplicarse si otros servicios del doctor son llevados a cabo durante el examen ocular. •Lentes y lentes de contacto. Los anteojos incluyen lentes y armazón. Los lentes de contacto incluyen equipo y coste de ajuste, hasta la cantidad cubierta. La cobertura incluye recibir los lentes y lentes de contacto en un periodo de cobertura. Se requiere referencia médica y autorización previa para el examen ocular y anteojos y lentes de contacto cubiertos por Medicare.	
Examen ocular cubierto por Medicare incluyendo detección de glaucoma anualmente	Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago
Servicios Oculares (Suplementarios)	Beneficio cubierto está limitado a \$200 cada 2 años para lentes de contacto y coste de ajuste o anteojos (lentes y/o armazón).	
Examen Ocular (Rutina, uno por año)	Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago
Lentes (Armazón/lentes de contacto)	Usted paga \$25 de copago	Usted paga \$25 de copago
Servicios de Salud Mental	Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. La atención médica en hospital como internado no se aplica a servicios mentales como paciente interno proporcionados en un hospital general. Algunos servicios pueden estar disponibles a través de Telesalud. Puede aplicarse referencia médica y autorización previa.	

Banner Medicare Advantage Prime HMO

Beneficios de Salud	Maricopa Pinal	Pima
Salud Mental para Paciente Interno	Usted paga \$225 de copago por los días 1 hasta el 7	Usted paga \$225 de copago por los días 1 hasta el 7
Periodo de Beneficio para Salud Mental como paciente Interno	Se requiere referencia médica y autorización previa. Cubrimos hasta 90 días de estadía en hospital. El costo compartido comienza el día que es ingresado y termina el día que lo dan de alta. Un periodo de beneficio comienza el día que es admitido al hospital como paciente interno. El periodo de beneficio termina cuando no ha recibido ninguna atención médica como paciente interno por 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital después de terminar un periodo de beneficio, comienza uno nuevo. No hay límite al número de periodos de beneficio. Si le autorizan atención médica como paciente internado en un hospital fuera de la red después de su condición médica de emergencia se establezca, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.	
Consulta de terapia grupal como paciente ambulatorio y Consulta de terapia individual como paciente ambulatorio	Usted paga \$35 de copago	Usted paga \$35 de copago
Consulta de terapia grupal como paciente ambulatorio para tratar abuso de sustancias Consulta de terapia individual como paciente ambulatorio para tratar abuso de sustancias	Usted paga \$30 de copago	Usted paga \$30 de copago
Centro de Enfermería Especializada (SNF)	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada (SNF). Se requiere referencia médica y autorización previa.	
Estadía como paciente interno en un SNF	Usted paga \$0 de copago por días 1 hasta el 20 Usted paga \$178 de copago por días 21 hasta 100	Usted paga \$0 de copago por días 1 hasta el 20 Usted paga \$178 de copago por días 21 hasta 100
Periodo de Beneficio SNF	Un periodo de beneficio comienza el día que entra a un centro de enfermería especializada (SNF). El periodo de beneficio termina cuando no ha recibido ninguna atención médica en un SNF por 60 días consecutivos. Si ingresa a un SNF después de que un periodo de beneficio haya terminado, comienza uno nuevo.	
Terapia de Rehabilitación	Se requiere referencia médica y autorización previa.	

Banner Medicare Advantage Prime HMO

Beneficios de Salud	Maricopa Pinal	Pima
Consulta de terapia ocupacional, Consulta de terapia física y terapia de lenguaje y del habla	Usted paga \$35 de copago	Usted paga \$40 de copago
Servicios de Rehabilitación Cardíaca Servicios de Rehabilitación Cardíaca Intensiva	Usted paga \$25 de copago	Usted paga \$45 de copago
Ambulancia	El costo compartido se aplica en viajes de ida. Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia no de emergencia.	
Transportación Terrestre	Usted paga \$265 de copago	Usted paga \$250 de copago
Transporte	No está cubierto.	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Un copago aparte para la consulta puede aplicarse si se prestan otros servicios al mismo tiempo de la consulta. Se requiere referencia médica y autorización previa.	
Medicamento para la Quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro	20% de coseguro
Servicios Quirúrgicos Ambulatorios	Se requiere referencia médica y autorización previa.	
Centro Quirúrgico Ambulatorio y Cirugía Ambulatoria	Usted paga \$225 de copago	Usted paga \$225 de copago

Banner Medicare Advantage Prime HMO

Beneficios de Medicamentos Recetados

Puede que obtenga medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de red. Favor de llamarnos o consulte nuestra Evidencia de Cobertura en línea. Cada medicamento en la lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los 6 niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más elevado es el número de nivel de costo compartido, mayor es el costo del medicamento.

Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos (Nivel de Costo Compartido Más Bajo)

Nivel 2 – Medicamentos Genéricos

Nivel 3 – Medicamentos de Marca Preferidos

Nivel 4 – Medicamentos de Marca No Preferidos

Nivel 5 – Medicamentos Especializados (Nivel de Costo Compartido Más Alto)

Nivel 6 – Medicamentos Selectivos (Ciertos medicamentos \$0 de copago)

1. Etapa de Deducible

Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año. Durante la Etapa de Deducible, pagará todos los costos de medicamentos recetados de su parte D hasta que cumpla con el deducible del plan.

	Maricopa Pinal	Pima
Deducible Anual de la Parte D	\$150	\$200

Una vez que cumpla con el deducible, cambiará a la Etapa de Cobertura Inicial.

2. Etapa de Cobertura Inicial

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o coseguro.

- **“Copago”** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta.
- **“Coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que surte una receta.

La tabla en la siguiente página muestra su parte del costo cuando obtiene un suministro de un mes para medicamentos recetados cubiertos por la Parte D:

Nivel	Costo compartido	Costo compartido para atención de largo plazo	Costo compartido fuera de la red
Nivel 1 Costo Compartido (Medicamentos Genéricos Preferidos)	\$2.00 Copago	\$2.00 Copago	\$2.00 Copago
Nivel 2 Costo Compartido (Medicamentos Genéricos No Preferidos)	\$12.00 Copago	\$12.00 Copago	\$12.00 Copago
Nivel 3 Costo Compartido (Medicamentos de Marca Preferidos)	\$47.00 Copago	\$47.00 Copago	\$47.00 Copago
Nivel 4 Costo Compartido (Medicamentos de Marca No Preferidos)	\$100.00 Copago	\$100.00 Copago	\$100.00 Copago
Nivel 5 Costo Compartido (Medicamentos Especializados)			
Maricopa Pinal	30% Coseguro	30% Coseguro	30% Coseguro
Pima	29% Coseguro	29% Coseguro	29% Coseguro
Nivel 6 Costo Compartido (Medicamentos Selectivos)	\$0 Copago	\$0 Copago	\$0 Copago

Su costo compartido cuando obtiene un suministro de largo plazo (90 días) de un medicamento recetado de la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (en la red)	Costo compartido para envíos por correo
Nivel 1 Costo Compartido (Medicamentos Genéricos Preferidos)	\$6.00 Copago	\$4.00 Copago
Nivel 2 Costo Compartido (Medicamentos Genéricos No Preferidos)	\$36.00 Copago	\$24.00 Copago
Nivel 3 Costo Compartido (Medicamentos de Marca Preferidos)	\$141.00 Copago	\$141.00 Copago
Nivel 4 Costo Compartido (Medicamentos de Marca No Preferidos)	\$300.00 Copago	\$300.00 Copago
Nivel 5 Costo Compartido (Medicamentos Especializados)	N/A	N/A
Nivel 6 Costo Compartido (Medicamentos Selectivos)	\$0 Copago	\$0 Copago

Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales de medicamentos” durante todo el año (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) lleguen a \$4,130. Cuando llegue al límite de costo total de medicamentos de \$4,130, usted deja la Etapa de Cobertura Inicial y entra a la Etapa de Intervalo sin Cobertura.

3. Etapa de Intervalo sin Cobertura

Cuando está en la Etapa de Intervalo sin Cobertura, el Programa de Descuento de Intervalo sin Cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricante para medicamentos de marca. Usted sólo paga 25% del precio negociado y una porción de tarifa por receta para medicamentos de marca. Ambas, la cantidad que usted paga y la cantidad descontada por el fabricante cuentan hacia sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado y lo transfieren a la cobertura de intervalo.

También recibe alguna cobertura para ciertos medicamentos. Usted no paga más de \$2.00 para un suministro de un mes para medicamentos genéricos preferidos (nivel 1) y \$0 para medicamentos selectivos (nivel 6), y el plan paga el resto. La cantidad pagada por el plan no cuenta hacia sus gastos de bolsillo. Únicamente la cantidad que usted paga cuenta y lo transfieren por la cobertura de intervalo.

Puede continuar pagando el precio reducido para medicamentos de marca, genéricos preferidos y algunos selectivos y no más del 25% de los costos de medicamentos genéricos hasta que sus pagos de gastos de bolsillo alcancen una cantidad máxima que Medicare a fijado. En el 2021, esa cantidad es de \$6,550.

Medicare tiene normas sobre que cuenta y lo que no cuenta hacia sus gastos de bolsillo. Cuando llegue al límite de gasto de bolsillo de \$6,550, usted deja la Etapa de Intervalo sin Cobertura y entra a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

4. Etapa de Cobertura Catastrófica.

Usted califica para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcancen el límite de \$6,550 en el año calendario. Una vez en la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos para sus medicamentos.

Su parte del costo para un medicamento cubierto será el coseguro o un copago, cualquiera que sea la cantidad más grande:

- – ya sea – Un coseguro de 5% del costo del medicamento.
- –o– \$3.70 para un medicamento genérico o medicamento que se trata igual que un medicamento genérico y \$9.20 para todos los otros medicamentos.

Beneficios Adicionales

Banner Medicare Advantage Prime HMO		
Beneficios de Salud	Maricopa Pinal	Pima
Programa de Comidas a Domicilio	Para miembros dados de alta de un hospital o centro de enfermería especializada, cubrimos hasta 12 comidas entregadas a domicilio del miembro. Las comidas deben ordenarse dentro de 30 días de haber sido dado de alta. Se requiere autorización previa.	
Beneficio de Comidas	Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago
Beneficio para la Salud Física	Ofrecemos el beneficio para la salud física llamado Silver&Fit®, uno de los Programas de Envejecimiento Saludable y Ejercicios para Personas de la Tercera Edad más diversos en la nación. Es una iniciativa tridimensional la cual se enfoca en: 1) Programa de Membresía para Gimnasios, 2) Programa de Videos de Salud Física Digitales con Herramientas para la Salud Física en Casa, y 3) Programa de Envejecimiento Saludable.	
Silver&Fit	No hay costo alguno para clases o kits para salud física proporcionado por Silver&Fit	No hay costo alguno para clases o kits para salud física proporcionado por Silver&Fit
Servicios de Podología	Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare si tiene daño de nervios causado por la diabetes y/o reúne ciertas condiciones. Se requiere referencia médica y autorización previa.	
Atención Médica de los Pies cubierta por Medicare	Usted paga un copago de \$35	Usted paga un copago de \$30
Equipo Médico/Suministros	Cubrimos todo el equipo médico duradero necesario por motivos médicos cubiertos por Medicare Original. Se requiere autorización previa.	
Equipo Médico Duradero (ej. sillas de ruedas, oxígeno)	Usted paga 20% de coseguro	Usted paga 20% de coseguro
Prótesis (ej. soportes, extremidades artificiales)	Usted paga 20% de coseguro	Usted paga 20% de coseguro

Banner Medicare Advantage Prime HMO

Beneficios de Salud	Maricopa Pinal	Pima
Suministros y servicios para Diabéticos (limitado a fabricantes específicos)	Usted paga 20% de coseguro	Usted paga 20% de coseguro
Productos de Salud Sin Receta	La cantidad depositada no se acumula de un periodo al próximo. Los artículos sin receta únicamente pueden ser comprados por el inscrito. Los miembros deben usar la tarjeta de lealtad y vendedores aprobados.	
Tarjeta OTC	\$50 de cantidad depositada cada 3 meses	\$50 de cantidad depositada cada 3 meses
Quiropráctica	Beneficio cubierto por Medicare y hasta seis consultas de quiropráctico de rutina por año.	
Manipulación de la columna para corregir una subluxación	Usted paga un copago de \$20	Usted paga un copago de \$20
Atención Médica Quiropráctica de Rutina	Usted paga un copago de \$35	Usted paga un copago de \$35
Nurse on Call	Consejos médicos disponibles las 24 horas del día, 7 días de la semana de parte de enfermeras para ayudar a responder sus preguntas médicas inmediatas. Debe ser una llamada de comunicación dentro de la red. Sin costo.	
Atención Médica a Domicilio	Se requiere una referencia médica y autorización previa.	
Atención Médica a Domicilio	Usted paga un copago de \$0	Usted paga un copago de \$0
Diálisis Renal	Se requiere una referencia médica y autorización previa.	
Diálisis Renal	Usted paga 20% de coseguro	Usted paga 20% de coseguro

Beneficios Dentales Opcionales

Banner Medicare Advantage Prime ofrece una oportunidad para personalizar su atención médica con un beneficio dental suplementario opcional. Puede añadir estos beneficios adicionales cuando se inscribe en nuestro plan o durante el Periodo de Inscripción Anual. La información a continuación le explicará sobre el beneficio dental opcional que puede añadir a su plan. Si tiene preguntas llámenos al (844) 549–1858 TTY 711, de 8 a.m. a 8 pm., los 7 días de la semana.

Prima Mensual	\$20.20
Beneficio Máximo	\$1,000 por año
Deducible	\$0
Restauración Dental	
	Dentro de la Red
Empastes de amalgama y resina, infiltración de resina de una lesión incipiente de superficie lisa, incrustaciones y recubrimientos, piezas dentales	20%
Volver a cementar o pegar, incrustaciones, recubrimientos, restauración parcial, coronas	20%
Coronas, reconstrucción de muñones, retención con clavos de fijación por diente, perno y corona, reparación de corona requerida por un fallo en el material restaurativo.	50%
Endodoncia	
	Dentro de la Red
Pulpotomía y desbridamiento pulpar macroscópico del diente, tratamiento de conducto radicular y retratamiento de un conducto radicular previo	50%
Cirugía apicectomía y periradicular y empaste retrogrado	50%
Periodoncia	
	Dentro de la Red
Gingivectomía- gingivoplastia, procedimiento de colgajo gingival, cirugía ósea, alargamiento quirúrgico de la corona	50%
Raspado periodontal y alisado radicular, desbridamiento en toda la boca	50%

Extracciones	
	Dentro de la Red
Extracciones y coronectomía	20%
Cierre de fistula boco antral, cierre primario de una perforación de sinusitis	50%
Alveoloplastía, vestibuloplastía	50%
Extirpación de la exostosis lateral (maxilar o mandíbula), extirpación del torus palatinus	50%
Reducción de la tuberosidad ósea, extirpación del torus mandibularis	50%
Frenulectomía, frenuloplastia, escisión de tejido hiperplásico, escisión de tejido gingival pericoronario	50%
Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	
	Dentro de la Red
Dentaduras postizas removibles - completas, parciales, inmediatas, sobredentaduras inmediatas, dentaduras fijas parciales pónticos y retenedores, coronas retenedoras	50%

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a condiciones, limitaciones, exclusiones y montos máximos. Por favor, consulte su Evidencia de cobertura para obtener más detalles.

*Los dentistas de la red han acordado brindar servicios a una tarifa para servicios dentro de la red. Si consulta a un dentista de la red, no se le puede facturar más que la tarifa para servicios dentro de la red.