

Banner Medicare Advantage Plus PPO ofrecido por Banner Health Insurance Group

Aviso Anual de Cambios para el 2022

Actualmente está inscrito como miembro de Banner Medicare Advantage Plus. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto habla sobre los cambios.*

- **Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTA: Qué cambios se aplican a usted

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan a los servicios que utiliza?
 - Busque en las secciones 1.1 y 1.5 para obtener información sobre los cambios de beneficios y costos para nuestro plan.
- Revise los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
 - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con diferentes costos compartidos?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como la necesidad de nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Se puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - Revise la lista de medicamentos de 2022 y busque en la sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - El costo de sus medicamentos puede haber aumentado desde el año pasado. Hable con su doctor acerca de las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle en costos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite el sitio [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices), haga clic en el enlace "tableros de control" en el medio de la segunda nota hacia la parte inferior de la página. Estos tableros de control destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra

información de precios de medicamentos año a año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus doctores y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus doctores, incluidos los especialistas que ve regularmente, están en nuestra red?
 - ¿Qué pasa con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Busque en la sección 1.3 y 1.4 para obtener información sobre nuestro Directorio de Proveedores.

- Piense en sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo en los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARAR:** Obtenga información sobre opciones de otros planes.

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la contraportada de su manual *Medicare y Usted 2022*.
 - Buscar en la sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELEGIR:** Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, será inscrito en Banner Medicare Advantage Plus.
- Si desea **cambiar a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y 7 de diciembre.

4. **INSCRIBIRSE:** Para cambiar de plan, inscríbese a un plan entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre de 2021**.

- Si no se inscribe en otro plan **antes del 7 de diciembre de 2021**, será inscrito en Banner Medicare Advantage Plus.

- Si se inscribe a otro plan entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Usted será automáticamente dado de baja de su plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Centro de Atención al Cliente al (844) 549-1859 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana.
- Este documento podría estar disponible en otros formatos incluyendo Braille, letra grande u otros formatos alternativos. Para obtener información adicional, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al número de teléfono indicado anteriormente en esta página.
- **La cobertura bajo este plan califica como Cobertura Médica Calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Por favor visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en el sitio www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para más información.

Acerca de Banner Medicare Advantage Plus

- Banner Medicare Advantage Plus PPO tiene un contrato con Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Banner Medicare Advantage Plus. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Banner Medicare Advantage Plus.

Resumen de Costos Importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y los costos de 2022 para Banner Medicare Advantage Plus en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es sólo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.BannerHealth.com/Medicare. También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la sección 1.1 para más información.	\$40	\$25
Cantidades máximas de pagos de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (See Section 1.2 for details.)	De proveedores en la red: \$6500 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$11,300	De proveedores en la red: \$4500 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$9,000

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Visita en el consultorio del doctor	En la Red Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta.	En la Red Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta.
	Consultas con especialista: \$35 de copago por consulta.	Consultas con especialista: \$30 de copago por consulta.
	Fuera de la Red Consultas de atención primaria \$35 de copago por consulta.	Fuera de la Red Consultas de atención primaria: \$35 de copago por consulta.
	Consultas con especialista: \$70 por consulta.	Consultas con especialista: \$70 copago por consulta.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones Incluye hospitalización crítica, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que usted es admitido formalmente en el hospital con una orden del doctor. El día antes de ser dado de alta es su último día de hospitalización.</p>	En la Red	Fuera de la Red
	Por periodo de beneficio:	Por periodo de beneficio:
	\$275 de copago por días 1 al 5.	\$275 de copago por días del 1 al 5.
	\$0 de copago por días 6 al 90.	\$0 de copago por día del 6 al 90.
\$0 de copago por día para los días de reserva de por vida días 91 al 150.	\$0 de copago por día para los días de reserva de por vida días del 91 al 150.	
Fuera de la Red	Fuera de la Red	
Por periodo de beneficio: 40% coseguro por días 1 al 90.	Por periodo de beneficio: 40% coseguro por días 1 al 90.	

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$200</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa Inicial de Cobertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: \$2 • Nivel 2: \$12 • Nivel 3: \$47 • Nivel 4: \$100 • Nivel 5: 29% • Nivel 6: \$0 • Programa de Ahorro de Insulinas Selectas para personas mayores de la Parte D. No es un plan participante. 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa Inicial de Cobertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: \$0 • Nivel 2: \$5 • Nivel 3: \$47 • Nivel 4: \$100 • Nivel 5: 33% <p>Nivel 6: Los Medicamentos de Cuidado Selecto se movieron a el Nivel 1 de Genéricos Preferidos \$35 de copago por un mes de suplemento del programa de Insulinas Selectas Para Personas Mayores de la Parte D. Para ver que medicamentos son Insulinas Selectas, vea la Lista de Medicamentos más actualizada que proveemos electrónicamente. Puede identificar las Insulinas Selectas por las letras “SSM” en la Lista de Medicamentos. Si tiene preguntas acerca de la Lista de Medicamentos, también puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente (puede encontrar los números telefónicos en la sección 7.1 de este folleto)</p>

Aviso Anual de Cambios para 2022

Tabla de Contenido

Resumen de Costos Importantes para 2022.....	1
SECCIÓN 1 Cambios a los Beneficios y Costos para el año Próximo	6
Sección 1.1 – Cambios a la Prima Mensual	6
Sección 1.2 – Cambios a las Cantidades Máximas que Paga de su Bolsillo	6
Sección 1.3 – Cambios a la Red de Proveedores	7
Sección 1.4 – Cambios a la Red de Farmacias	8
Sección 1.5 – Cambios a los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	8
Sección 1.6 – Cambios a la Cobertura para Medicamentos Recetados de la Parte D	18
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos	22
SECCIÓN 3 Decidir Qué Plan Elegir.....	24
Sección 3.1 – Si desea permanecer en Banner Medicare Advantage Plus	24
Sección 3.2 – Si desea cambiar de planes	24
SECCIÓN 4 Fecha Límite para Cambio de Planes.....	25
SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito Sobre Medicare	26
SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados.....	26
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?.....	27
Sección 7.1 – Obtener Ayuda de <i>Banner Medicare Advantage Plus</i>	27
Sección 7.2 – Obtener Ayuda de Medicare	27

SECCIÓN 1 Cambios a los Beneficios y Costos para el Año Próximo

Sección 1.1 – Cambios a la Prima Mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).	\$40	\$25
Beneficios Opcionales Suplementales Paquete Dental Completo	\$20.20	\$20.20 No hay cambio para el siguiente año de beneficio.

- Su prima mensual se incrementará si se requiere que pague una penalidad de por vida por haberse enlistado de manera tardía en la parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea por lo menos tan efectiva como Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) por 63 días o más.
- Si su ingreso se incrementó, podría tener que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si usted está recibiendo “Ayuda Adicional” con el costo de sus medicamentos recetados. Por favor vea la Sección 7 en relación con “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios a las Cantidades Máximas de Pagos de su Bolsillo

Para protegerlo, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto paga "de su bolsillo" durante el año. A estos límites se les llama "cantidades máximas de pagos de bolsillo". Una vez que alcance esta cantidad, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos Parte A y Parte B por el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Cantidad máxima de pagos de su bolsillo en la red</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores en la red cuentan para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Los costos de los medicamentos recetados no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p>	\$6,500	<p>\$4,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>
<p>Cantidad máxima de su bolsillo combinada</p> <p>Su costo por servicios médicos (como copagos) de proveedores dentro y fuera de la red cuentan hacia la cantidad máxima de su bolsillo combinada. La prima de su plan y los costos por recetas para pacientes ambulatorios para medicamentos recetados no cuentan hacia la cantidad máxima de su bolsillo para servicios médicos.</p>	\$11,300	<p>Una vez que haya pagado \$9,000 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, usted no pagará nada por sus servicios cubiertos de las Partes A y B para proveedores dentro y fuera de la red por el resto del año.</p>

Sección 1.3 – Cambios a la Red de Proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Un *Directorio de Proveedores* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.BannerHealth.com/Medicare. También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener información actualizada del proveedor o solicitar que le enviemos un *Directorio de Proveedores* por correo. **Revise el *Directorio de Proveedores de 2022* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, doctores y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Hay varias razones por las que su proveedor podría dejar su plan, pero si su doctor o especialista ya no pertenece a nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a doctores y especialistas calificados.

- Haremos un esfuerzo de buena fe, para avisarle con al menos 30 días de anticipación de que su proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no se está siendo administrada adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

- Si se entera de que su doctor o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención médica.

Sección 1.4 – Cambios en la Red de Farmacias

Las cantidades que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surte en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestra red cambió más de lo usual para 2022. Un *Directorio de Farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.BannerHealth.com/Medicare. También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener información actualizada del proveedor o solicitar que le enviemos un *Directorio de Farmacias* por correo. **Revise el *Directorio de Farmacias de 2022* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) todavía se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* en su *Evidencia de Cobertura 2022*.

Servicios del programa de tratamiento para opioides

Los miembros de nuestro plan con desorden de uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratamiento a través del Programa de Tratamiento de uso de Opio (OTP, por sus siglas en inglés) que incluye los siguientes servicios:

- Opioides aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos.
- Distribución y administración de medicamentos MAT (si corresponde)
- Consejería de uso de sustancias
- Exámenes de toxicología
- Actividades de consumo
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (proximo año)
Acupuntura para Dolor Crónico en la Espalda Baja	En la Red Paga \$40 de copago por consulta para acupuntura cubierta por Medicare para dolor crónico en la espalda baja.	Fuera de la Red Paga \$30 de copago por consulta para acupuntura cubierta por Medicare para dolor crónico en la espalda baja.
Servicios de Centro Ambulatorio de Cirugía (ASC)	En la Red Usted paga \$275 de copago por consulta.	Fuera de la Red Usted paga \$250 de copago por consulta.
Servicios Cardiológicos Intensivos y de Rehabilitación	En la Red No se requiere autorización.	Fuera de la Red No se requiere autorización ni referencia médica.
Servicios de Quiropráctico cubiertos por Medicare	En la Red No se requiere autorización.	En la Red Algunos proveedores pudieran requerir autorización a través de American Specialty Health.

Costo	2021 (este año)	2022 (proximo año)
Servicios de Quiropráctico de rutina	Paga \$30 de copago por consulta.	Paga \$35 de copago por consulta.
Servicios Dentales Cubiertos por Medicare	Fuera de la Red Paga 50% del total del costo por consulta.	Fuera de la Red Paga 40% del total del costo por consulta.
Servicios Dentales Preventivos (incluye examen oral, limpieza, tratamiento de fluoruro y radiografías)	Fuera de la Red Paga 50% del total del costo por consulta.	Fuera de la Red Paga 40% del total del costo por consulta.
Capacitación sobre Autocontrol de la Diabetes	En la Red Se requiere autorización.	En la Red No se requiere autorización.
Suplementos Diabéticos	En la Red Paga 20% del costo total por artículo. Fuera de la Red Paga 50% del costo total por artículo.	En la Red Paga 0% del costo total por artículo. Fuera de la Red Paga 40% del costo total por artículo.
Zapatos para Pacientes Diabéticos o plantillas	Fuera de la Red Paga 50% del total del costo por artículo	Fuera de la Red Paga 40% del total del costo por artículo
Servicios de Diálisis	En la Red Se requiere autorización.	En la Red No se requiere autorización.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
EKG Después de la Consulta preventiva de “Bienvenido a Banner”	<p style="text-align: center;">En la Red</p> <p style="text-align: center;">Se requiere autorización y referencia médica.</p>	<p style="text-align: center;">En la Red</p> <p style="text-align: center;">No se requiere autorización ni referencia médica.</p>
Examen de Visión Cubierto por Medicare	<p style="text-align: center;">En la Red</p> <p style="text-align: center;">Se requiere autorización y referencia médica.</p> <p style="text-align: center;">Fuera de la Red</p> <p style="text-align: center;">Paga 40% del total del costo por consulta</p>	<p style="text-align: center;">En la Red</p> <p style="text-align: center;">No se requiere autorización ni referencia médica.</p> <p style="text-align: center;">Fuera de la Red</p> <p style="text-align: center;">Paga 50% del total del costo por consulta</p>
Examen de la vista de Rutina	<p style="text-align: center;">Fuera de la Red</p> <p style="text-align: center;">Paga 50% del total del costo por consulta.</p>	<p style="text-align: center;">Fuera de la Red</p> <p style="text-align: center;">Paga 40% del total del costo por consulta</p>
Anteojos Cubiertos por Medicare (un par de anteojos después de una cirugía de cataratas)	<p style="text-align: center;">En la Red</p> <p style="text-align: center;">Se requiere autorización y referencia médica.</p> <p style="text-align: center;">Fuera de la Red</p> <p style="text-align: center;">Paga 50% del total del costo por consulta.</p>	<p style="text-align: center;">En la Red</p> <p style="text-align: center;">No se requiere autorización ni referencia médica.</p> <p style="text-align: center;">Fuera de la Red</p> <p style="text-align: center;">Paga 40% del total del costo por consulta.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Anteojos de Rutina (incluye un par de anteojos o lentes de contacto, lentes y armazón, solo lentes, solo armazón y actualización)	Fuera de la Red Paga 50% del costo total por consulta.	Fuera de la Red Paga 40% del costo total por consulta.
Beneficio para estar en forma	Fuera de la Red Paga 50% del total del costo por consulta.	Fuera de la Red Paga 40% del total del costo por consulta.
Ajuste/Evaluación de audífonos	Fuera de la Red Paga 50% del total del costo por consulta.	Fuera de la Red Paga 40% del costo total por consulta.
Detección de Glaucoma	Se requiere autorización.	No se requiere autorización.
Audífonos (de todo tipo)	En la Red Se requiere autorización y referencia médica Fuera de la Red Paga 50% del costo total por audífono.	En la Red No se requiere autorización ni referencia médica. Fuera de la Red Paga 40% del costo total por audífono.
Exámenes de audición de Rutina	Fuera de la Red Paga 50% del costo total por consulta.	Fuera de la Red Paga 40% del costo total por consulta.
Servicios de Salud en el Hogar	En la Red Se requiere autorización.	En la red No se requiere autorización.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Comidas a domicilio después de una hospitalización</p>	<p>Fuera de la Red Paga 0% del total del costo.</p>	<p>Fuera de la Red Paga 0% del total del costo.</p>
<p>Pacientes Internados Hospital Psiquiátrico</p>	<p>En la Red Por periodo de beneficio: \$300 de copago por días 1 al 5.</p>	<p>En la Red Por periodo de beneficio: Paga \$275 de copago por días 1 al 5.</p>
<p>Servicios de Salud Mental especializados- Sesiones Individuales y de Grupo</p>	<p>En la Red Paga \$35 de copago por consulta individual o de grupo con un psiquiatra. Paga \$40 de copago por terapia individual o de grupo con un psiquiatra.</p> <p>Fuera de la Red Paga \$40 de copago por terapia individual o de grupo con un psiquiatra. Paga \$70 de copago por terapia individual o de grupo con otros profesionales de salud mental calificados por Medicare.</p>	<p>En la Red Paga \$30 de copago por consulta individual o de grupo con un psiquiatra u otros profesionales de salud mental calificados por Medicare.</p> <p>Fuera de la red Paga \$40 de copago por consulta individual o de grupo con un psiquiatra o con otros profesionales de salud mental calificados por Medicare.</p>
<p>Otros Servicios Profesionales de Cuidado de Salud</p>	<p>En la Red Paga \$40 de copago por consulta.</p> <p>Fuera de la Red Paga 40% del total del costo por consulta.</p>	<p>En la Red Paga \$30 de copago por consulta.</p> <p>Fuera de la Red Paga \$70 de copago por consulta.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios de Sangre para Pacientes Ambulatorios.	<p style="text-align: center;">En la Red</p> <p style="text-align: center;">Se requiere autorización.</p> <p style="text-align: center;">Fuera de la Red</p> <p style="text-align: center;">Paga 0% del total del costo por consulta.</p>	<p style="text-align: center;">En la Red</p> <p style="text-align: center;">No se requiere autorización.</p> <p style="text-align: center;">Fuera de la Red</p> <p style="text-align: center;">Paga 40% del total del costo por consulta.</p>
Servicios de Observación en Hospital para Pacientes Ambulatorios	<p style="text-align: center;">En la Red</p> <p style="text-align: center;">Paga \$275 de copago por consulta.</p> <p style="text-align: center;">Se requiere autorización.</p>	<p style="text-align: center;">En la Red</p> <p style="text-align: center;">Paga \$250 de copago por consulta.</p> <p style="text-align: center;">No se requiere autorización.</p>
Cirugía en Hospital para Pacientes Ambulatorios	<p style="text-align: center;">En la Red</p> <p style="text-align: center;">Paga \$275 de copago por cirugía ambulatoria.</p>	<p style="text-align: center;">En la Red</p> <p style="text-align: center;">Paga \$250 de copago por cirugía ambulatoria.</p>
Servicios de Abuso de Sustancias Ambulatoria para Sesiones Individuales y de Grupo	<p style="text-align: center;">En la Red</p> <p style="text-align: center;">Paga \$35 de copago por consulta individual o de grupo.</p> <p style="text-align: center;">Se requiere autorización y referencia médica.</p> <p style="text-align: center;">Fuera de la Red</p> <p style="text-align: center;">Paga \$40 de copago por consulta individual o de grupo.</p>	<p style="text-align: center;">En la Red</p> <p style="text-align: center;">Paga \$20 de copago por consulta individual o de grupo.</p> <p style="text-align: center;">No se requiere autorización o referencia médica.</p> <p style="text-align: center;">Fuera de la Red</p> <p style="text-align: center;">Paga \$70 de copago por consulta individual o de grupo.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Artículos de Venta Libre	<p>Usted recibe \$50 cada tres meses, y cualquier cantidad no utilizada no pasa al siguiente periodo.</p> <p>Banner Health se ha asociado con Incomm como nuestro proveedor contratado para los beneficios de artículos de venta libre.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>Paga 0% del total del costo.</p>	<p>Usted recibe \$50 cada 3 meses, y cualquier cantidad no utilizada pasa al siguiente periodo.</p> <p>Banner Health se asociará con Solutran como proveedor contratado para los beneficios de venta libre.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>Paga 40% del total del costo.</p>
Servicios de Especialista (excluyendo Servicios Psiquiátricos)	<p>En la Red</p> <p>Paga \$35 de copago por consulta.</p> <p>Referencia requerida por algunos proveedores.</p>	<p>En la Red</p> <p>Paga \$30 de copago por consulta</p> <p>No se requiere referencia de proveedor contratado por Banner a proveedor contratado por Banner.</p>
Servicios de Podiatra cubiertos por Medicare	<p>En la Red</p> <p>Paga \$40 de copago por consulta.</p>	<p>En la Red</p> <p>Paga \$30 de copago por consulta.</p>
Servicios Psiquiátricos Sesiones Individuales y de Grupo	<p>En la Red</p> <p>Paga \$35 de copago por consulta.</p>	<p>En la Red</p> <p>Paga \$30 de copago por consulta.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios Pulmonares de Rehabilitación	<p style="text-align: center;">En la Red</p> <p>Paga \$20 de copago por consulta.</p> <p>Se requiere autorización y referencia médica.</p> <p style="text-align: center;">Fuera de la Red</p> <p>Paga 40% del total del costo por consulta.</p>	<p style="text-align: center;">En la Red</p> <p>Paga \$30 de copago por consulta.</p> <p>No se requiere autorización o referencia médica.</p> <p style="text-align: center;">Fuera de la Red</p> <p>Paga \$70 de copago por consulta.</p>
Terapia Escalonada Medicamentos de la Parte B de Medicare	No se aplica.	Los planes Banner Medicare Advantage utilizarán la terapia escalonada de la Parte B. La terapia escalonada es una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que los planes Banner Medicare Advantage cubran el medicamento que su doctor puede haber recetado inicialmente.

**Programa de Diseño
de Seguros Basados en
el Valor (VBID)**

No participan en el programa.

Los planes Banner Medicare Advantage participarán en el programa VBID de Medicare. Usted paga un copago de \$0 por estos beneficios:

1. **Todos** los miembros del plan Banner Medicare Advantage serán elegibles para los siguientes beneficios de VBID:

- Planificación de Bienestar y Atención Médica (WHP): Los miembros pueden participar en una de las tres clases de bienestar
- Planificación Avanzada de Atención Médica (ACP)

2. Los miembros que han sido diagnosticados con diabetes, y/o desorden musculoesquelético (MSD) y que aceptan participar en un programa de administración de atención médica **podrían** calificar para uno o más de nuestros programas VBID. Estos programas tienen beneficios adicionales diseñados para ayudar a controlar las afecciones crónicas anteriores:

- Fisiólogo del ejercicio para la diabetes
- Terapia sencilla por solicitud (MSD)
- Modificaciones en el hogar (MSD) – hasta \$300 para perillas de puertas que cumplen con la Ley de

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
		Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) y hasta \$2,000 para rampas permanentes, por año calendario.
Cuidado de Emergencia Alrededor del mundo	Fuera de la Red No se aplica.	Fuera de la Red Paga \$90 de copago por consulta. Usted está cubierto por hasta \$25,000 por año calendario.

Sección 1.6 – Cambios en la Cobertura para Medicamentos Recetados de la Parte D

Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o "Lista de Medicamentos". Una copia de nuestra lista de medicamentos se proporciona electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra lista de medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede:

- **Hablar con su doctor (u otro prescriptor) y pídale al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales solicitar una excepción antes del próximo año.**
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o a nuestro Centro de Atención al Cliente.

- **Hablar con su doctor (o prescriptor) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

La mayoría de los cambios de la Lista de Medicamentos son nuevos por el principio de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios que son permitidos por las reglas de Medicare.

A partir de 2022, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o menor y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambos.

Esto significa, por ejemplo, que, si está tomando un medicamento de marca que se está reemplazando o se está moviendo a un nivel de costo compartido más alto, no siempre recibirá un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos u obtenga el suministro de un mes de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún obtendrá información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de que se realice el cambio.

Cuando hacemos estos cambios en la lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su doctor (u otro prescriptor) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer a la lista de Medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de Cobertura).

Cambios en los Costos de los Medicamentos Recetados

Nota: Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional"), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.** Nosotros hemos incluido un adjunto por separado, llamado "Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos Recetados, (también denominada Cláusula Adicional para Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula Adicional LIS), que le informa sobre sus costos de medicamentos. Debido a que recibe "Ayuda Adicional" y no ha recibido este adjunto con este kit, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente y solicite el "LIS Rider".

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos". Cuánto paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentra (puede buscar en el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año a las dos primeras etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la Etapa de Periodo sin Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, busque en su *Resumen de Beneficios* o en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cobertura* que se localiza en nuestro sitio web www.BannerHealth.com/Medicare. También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente y solicitar que se le envíe por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Cambios a la Etapa del Deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	El deducible es de \$150. Durante esta etapa, usted paga \$0, \$2 y \$12 costo compartido por medicamentos en los Niveles 6,1 y 2 (respectivamente) y el costo completo de medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios a sus Costos Compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de Cobertura*.

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Durante esta etapa, el plan paga su propia parte del costo de los medicamentos y **usted paga su parte del costo.**

Los costos en esta línea son para un suministro de un mes (31 días) cuando obtiene sus medicamentos recetados en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido preferido o de medicamentos recetados para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de Medicamentos.

Su costo por un mes de suministro llenado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:

Genéricos Preferidos:

Paga \$2 por prescripción.

Genéricos:

Paga \$12 por prescripción.

Marca Preferida:

Paga \$47 por prescripción.

Marca no preferida:

Paga \$100 por prescripción.

Nivel Especial:

Paga 30% del costo total.

Medicamentos de Cuidado Selectos:

Paga \$0 por prescripción.

Insulinas Selectas:

Programa de Ahorro de Insulinas Selectas para Personas Mayores de la Parte D

- No participa.

Su costo por un mes de suministro llenado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:

Genéricos Preferidos:

Paga \$0 por prescripción.

Genéricos:

Paga \$5 por prescripción.

Marca Preferida:

Paga \$47 por prescripción.

Marca no preferida:

Paga \$100 por prescripción.

Nivel Especial:

Paga 33% del costo Total.

Medicamentos de Cuidado Selectos:

Medicamentos de Cuidado Selectos se han movido al Nivel de los Preferidos Genéricos. Usted paga \$0 por prescripción por genéricos preferidos.

Insulinas Selectas:

Usted paga \$35 de copago por prescripción al mes por Insulinas Selectas.

Una vez que el total del costo de sus medicamentos alcanza

Una vez que haya alcanzado \$4,130, pasará a la siguiente etapa (Etapa de Periodo sin Cobertura).	\$4,430, usted pasa a la siguiente etapa (Etapa de Periodo sin Cobertura)
---	---

Cambios a la Etapa de Período sin Cobertura y en la Etapa de Cobertura Catastróficas

La Etapa de Período sin Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastróficas, son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a ninguna de las dos etapas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

Banner Medicare Advantage Plus ofrece cobertura adicional durante el Periodo de Interrupción para Insulinas Selectas. Durante la Etapa de Periodo sin Cobertura, el costo de su bolsillo para Insulinas Selectas debe ser \$35 por prescripción por mes.

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Nurse Now – Línea de Asesoramiento de Enfermería 24/7	Línea de Asesoramiento de Enfermería Nurse Now 24/7 Número de teléfono: (844) 259-9494	Banner Nurse On-Call es el nuevo nombre de Nurse Now. El número de teléfono de Banner Nurse On-Call es (602) 747-7990 ó (888) 747-7990, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM)</p>	<p>Banner Health se asocia con MedImpact como nuestro PBM.</p>	<p>Banner Health se asociará con Express Scripts, Inc. (ESI) como nuestro PBM. Puede haber algunos cambios en sus beneficios, incluidas actualizaciones menores de medicamentos en el formulario y una red ampliada de farmacias para obtener sus medicamentos recetados. ESI también será el proveedor preferido para ciertos suministros médicos.</p>
<p>Solicitudes de Reembolso de Medicamentos Recetados de la Parte D</p>	<p>Si pagó el costo total de una receta y desea solicitar el reembolso del plan, puede enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo del medicamento que ha recibido.</p> <p>Envíenos por correo su solicitud de reembolso, junto con cualquier factura o recibo, a esta dirección:</p> <p>Banner Plus Attn: Customer Care Center 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756</p>	<p>Si pagó el costo total de una receta y desea solicitar el reembolso del plan, puede enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo del medicamento que ha recibido.</p> <p>Envíe por correo o fax su solicitud de reembolso, junto con cualquier factura o recibo, a la dirección / número de fax a continuación:</p> <p>Express Scripts Attn: Medicare Part D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718</p> <p>Número de Fax: (608) 741-5483</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Dirección del sitio web – Planes de Banner Medicare Advantage	La dirección del sitio web de Banner Medicare Advantage Plus es: www.BannerMA.com	La dirección del sitio web de Banner Medicare Advantage Plus será: www.BannerHealth.com/Medicare

SECCIÓN 3 Cómo Decidir qué Plan Elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en Banner Medicare Advantage Plus

Para permanecer en nuestro plan, no es necesario hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o no cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se inscribirá automáticamente en nuestro Banner Medicare Advantage Plus.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de planes

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2022, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente a tiempo.
- *O bien*, puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, por favor vea la Sección 1.1 relacionada con una penalidad potencial por no inscribirse a tiempo en la parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2022*, llame a su programa estatal de ayuda de seguro médico, consulte la Sección 5 o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área utilizando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Vaya a <https://www.medicare.gov/plan->

[compare](#). Aquí, puede encontrar información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.

Paso 2: Cambie su Cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de Banner Medicare Advantage Plus.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se le dará de baja automáticamente de Banner Medicare Advantage Plus.

- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:

Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Centro de Servicio al Cliente (en la Sección 8.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).

O bien, comuníquese con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite ser dado de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha Límite para Cambio de Planes

Si desea cambiar a un plan diferente o Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2022.

¿Hay otros periodos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, que reciben "Ayuda Adicional" que pagan por sus medicamentos, que tienen o están dejando la cobertura del empleador y que se mudan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año.

Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta su opción de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito Sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico de Arizona (Arizona SHIP).

El Programa Estatal de Ayuda sobre Seguro Médico de Arizona (Arizona SHIP) es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a personas con Medicare. Los consejeros del El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico de Arizona (Arizona SHIP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar al El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico de Arizona (Arizona SHIP) llamando al (800) 432-4040. Para más información sobre Arizona SHIP, visite su sitio web (des.az.gov).

SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito para “Ayuda Adicional”, también llamado subsidio para personas de bajos ingresos. Si califica, Medicare podría pagar 75% o más de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califican, no tienen un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional”, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7 am y las 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones); o
 - Su oficina estatal de Medicaid (aplicaciones).
- **Asistencia de participación en los gastos de prescripción para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia estatal y estado serológico respecto del VIH, los bajos ingresos definidos por el Estado y la condición de personas sin seguro o insuficientemente asegurado.

Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costos compartidos con receta a través de ADAP de Arizona. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al (602) 364-3610 o al (800) 334-1540.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Obtener ayuda de *Banner Medicare Advantage Plus*

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Por favor llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al (844) 549-1859. (Usuarios de TTY, llamen al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2022* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener más información, busque en la *Evidencia de Cobertura de Banner Medicare Advantage Plus*. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.BannerHealth.com/Medicare. También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.BannerHealth.com/Medicare. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

Sección 7.2 – Obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el Sitio Web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov/plan-compare>).

Lea *Medicare y Usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. Cada año, en el otoño, este folleto se envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

