

## ***Banner Medicare Advantage Prime (HMO) ofrecido por Banner Medicare Advantage***

### **Aviso anual de cambios para 2024**

Usted está actualmente inscrito como miembro de Banner Medicare Advantage Prime. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para acceder a un Resumen de costos importantes, incluida la prima.**

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [www.BannerHealth.com/MA](http://www.BannerHealth.com/MA). (También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*).

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

---

#### **Qué hacer ahora**

##### **1. PREGUNTE:** Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
  - Revise los cambios en los costos de la atención médica (doctor, hospital).
  - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
  - Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la “Lista de Medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente sigan estando cubiertos.
- Verifique si sus doctores de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

##### **2. COMPARE:** Conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024).

- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en Banner Medicare Advantage Prime.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto cancelará su inscripción en Banner Medicare Advantage Prime.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

**Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener más información, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al (844) 549-1857 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos como braille, letra grande u otros formatos alternativos. Para obtener más información, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al número de teléfono indicado anteriormente.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

**Información de Banner Medicare Advantage Prime**

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

H5843\_MApd01424\_M

## ***Aviso anual de cambios para 2024***

### **Tabla de Contenido**

<b>Resumen de costos importantes para 2024</b>	<b>.....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Cambios en los beneficios y costos para el próximo año</b>	<b>7</b>
Sección 1.1	Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2	Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo	7
Sección 1.3	Cambios en las redes de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4	Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos	8
Sección 1.5	Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D	11
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Cómo decidir qué plan elegir</b>	<b>15</b>
Sección 2.1	Si desea seguir inscrito en Banner Medicare Advantage Prime	15
Sección 2.2	Si desea cambiar de plan	15
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Plazo para el cambio de plan</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>¿Tiene preguntas?</b>	<b>17</b>
Sección 6.1	Cómo recibir ayuda de Banner Medicare Advantage Prime	17
Sección 6.2	Cómo recibir ayuda de Medicare	18

## Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para Banner Medicare Advantage Prime en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
<b>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</b> Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	\$2,775	\$2,775
<b>Visitas al consultorio del doctor</b>	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta.  Visitas de especialista: copago de \$0 por consulta.	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta.  Visitas de especialista: copago de \$0 por consulta.
<b>Hospitalizaciones</b>	Por período de beneficio: Días 1-7: copago de \$195 por día.  Días 8-90: copago de \$0 por día.	Por período de beneficio: Días 1-3: copago de \$150 por día.  Días 4-90: copago de \$0 por día.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p>	<p>Deducible: \$0</p>
	<p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p>	<p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 1: copago de \$0</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 1: copago de \$0 Usted paga un copago de \$0 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 2: copago de \$5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 2: copago de \$5 Usted paga un copago de \$5 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 3: copago de \$47 Usted paga un copago de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 3: copago de \$47 Usted paga un copago de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 4: copago de \$100</li> <li>• Medicamentos de Nivel 5: coseguro del 33%</li> </ul> <p>Cobertura para catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</li> <li>• Por cada medicamento con receta, usted paga la mayor de las siguientes sumas: un pago equivalente al 5% del costo del medicamento (esto se denomina “coseguro”) o un copago (\$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que es tratado como genérico y \$10.35 para todos los demás medicamentos).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 4: copago de \$100</li> </ul> <p>Usted paga un copago de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 5: coseguro del 33%</li> </ul> <p>Cobertura para catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no debe pagar nada.</li> </ul>

## SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0  No hay cambio para el año de beneficios próximo.
<b>Beneficios complementarios opcionales – Beneficios dentales completos</b>	Los servicios dentales completos y preventivos están cubiertos como parte de su paquete de beneficios.	Los servicios dentales completos y preventivos están cubiertos como parte de su paquete de beneficios.

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea al menos equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditada”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar una cantidad adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

### Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo para el año. Este límite se denomina la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Una vez que alcance esta cantidad, por lo general, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B por el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</b> Los costos de sus servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.	\$2,775	\$2,775 Una vez que haya pagado \$2,775 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto del año calendario. No hay cambio para el año de beneficios próximo.

### Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran disponibles en nuestro sitio web: [www.BannerHealth.com/MA](http://www.BannerHealth.com/MA). También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores y farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio, y se lo enviaremos por correo en un plazo de tres días hábiles.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2024* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias de 2024* para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, doctores, especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si algún cambio realizado a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente para que podamos asistirlo.

### Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

Estamos cambiando los costos y beneficios del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.



Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b></p>	<p>Por atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare por período de beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-7: copago de \$195 por día.</li> <li>• Días 8-90: copago de \$0 por día.</li> </ul>	<p>Por atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare por período de beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-3: copago de \$150 por día.</li> <li>• Días 4-90: copago de \$0 por día.</li> </ul>
<p><b>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</b></p>	<p>Para hospitalizaciones de salud mental cubiertas por Medicare por período de beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-7: copago de \$195 por día.</li> <li>• Días 8-90: copago de \$0 por día.</li> </ul>	<p>Para hospitalizaciones de salud mental cubiertas por Medicare por período de beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-3: copago de \$150 por día.</li> <li>• Días 4-90: copago de \$0 por día.</li> </ul>
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b></p>	<p>Del 1/1/2023 al 3/31/2023 Usted paga un coseguro del 20% por los medicamentos para quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>Del 4/1/2023 al 12/31/2023 Usted paga un coseguro del 0% al 20% por los medicamentos para quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 0% al 20% por los medicamentos para quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p>	<p>Del 1/1/2023 al 3/31/2023 Usted paga un coseguro del 20% para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Del 4/1/2023 al 12/31/2023 Usted paga un coseguro del 0% al 20% para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Del 1/1/2023 al 6/30/2023 Usted paga un coseguro del 20% para insulina cubierta por la Parte B de Medicare.</p> <p>Del 7/1/2023 al 12/31/2023 Usted paga un copago de \$35 para insulina cubierta por la Parte B.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 0% al 20% para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 para insulina cubierta por la Parte B de Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p><b>Artículos de venta libre</b></p>	<p>Usted hace un copago de \$0 por medicamentos OTC y productos relacionados con la salud elegibles. El plan cubre hasta \$150 cada tres meses.</p>	<p>Usted hace un copago de \$0 por medicamentos OTC y productos relacionados con la salud elegibles. El plan cubre hasta \$160 cada tres meses.</p>
<p><b>Atención de la vista (anteojos no cubiertos por Medicare)</b></p>	<p>Las lentes de los anteojos aisladas <u>no</u> se cubren.</p> <p>Las monturas de los anteojos aisladas <u>no</u> se cubren.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por las lentes de los anteojos aisladas (1 par de lentes de anteojos al año).</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por las monturas de los anteojos aisladas (1 par de monturas de anteojos al año).</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Atención de la vista (anteojos no cubiertos por Medicare) (continuación)</b>	Usted paga un copago de \$25 por las lentes de contacto (1 par de lentes de contacto al año).  Límite de cobertura de \$200 al año para anteojos y lentes de contacto de rutina cubiertos por el plan.	Usted paga un copago de \$25 por las lentes de contacto (lentes de contacto ilimitadas al año).  Límite de cobertura de \$200 al año para anteojos y lentes de contacto de rutina cubiertos por el plan.

## Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D

### Cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de Medicamentos”. Le enviamos una copia electrónica de nuestra “Lista de Medicamentos”.

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”, que pueden incluir la eliminación o incorporación de medicamentos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o cambios en su nivel de costo compartido. **Revise la “Lista de Medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de Medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considera inseguros o los que un fabricante de productos ha retirado del mercado. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea para ofrecer la lista de medicamentos más vigente.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos a principios de año o durante el mismo, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su doctor para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener más información.

## Cambios en los costos de los medicamentos con receta

**Nota:** Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le hemos enviado un folleto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos con Receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula Adicional para Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula Adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibe este folleto para el 9/30/2023 (o después de 30 días en el caso de los nuevos afiliados), llame a nuestro Centro de Atención al Cliente y solicite la Cláusula Adicional LIS.

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura para catástrofes).

### Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b>	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

**Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (31 días) cuando le surten su receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos se cubren sin costo alguno para usted.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándar:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos:</b> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p><b>Medicamentos genéricos:</b> Usted paga un copago de \$5 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca comercial preferidos:</b> Usted paga un copago de \$47 por receta. Usted paga un copago de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándar:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos:</b> Usted paga un copago de \$0 por receta. Usted paga un copago de \$0 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos genéricos:</b> Usted paga un copago de \$5 por receta. Usted paga un copago de \$5 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos de marca comercial preferidos:</b> Usted paga un copago de \$47 por receta. Usted paga un copago de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p> <p>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, búsquelos en la “Lista de Medicamentos”.</p>	<p><b>Medicamentos no preferidos:</b> Usted paga un copago de \$100 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de especialidad:</b> Usted paga un coseguro del 33% por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p><b>Medicamentos no preferidos:</b> Usted paga un copago de \$100 por receta. Usted paga un copago de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos de especialidad:</b> Usted paga un coseguro del 33% por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

**Cambios en las etapas del período sin cobertura y de cobertura para catástrofes**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura para catástrofes, son para personas con costos elevados en concepto de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura para catástrofes.**

**A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura para catástrofes, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Banner Medicare Advantage Prime

**Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito en nuestro plan Banner Medicare Advantage Prime.

### Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiar de plan, siga estos pasos:

#### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiarse 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, consulte la Sección 1.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder) ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), consulte el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2). Como recordatorio, Banner Medicare Advantage ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y las cantidades de costos compartidos.

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en Banner Medicare Advantage Prime se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en Banner Medicare Advantage Prime se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.

- *O BIEN*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

#### ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otro momento del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

### SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se llama Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona al (800) 432-4040. Para obtener más información sobre el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona, visite su sitio web ([des.az.gov](https://des.az.gov)).



## SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes, y pida por un representante. Los mensajes automatizados se encuentran disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o bien a
  - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, que también estén cubiertos por el ADAP, califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de Arizona ADAP. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Arizona ADAP al (602) 364-3610 o (800) 334-1540.

## SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

### Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Banner Medicare Advantage Prime

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al (844) 549-1857 (solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

## **Lea su *Evidencia de cobertura de 2024* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2024* para Banner Medicare Advantage Prime. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web: [www.BannerHealth.com/MA](http://www.BannerHealth.com/MA). También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web: [www.BannerHealth.com/MA](http://www.BannerHealth.com/MA). 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 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

Puede llamar 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.

### **Visite el sitio web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024)**

Consulte el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024). Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 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.

## Banner Medicare Advantage Prime HMO

### 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 1-844-549-1857, 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 1-844-549-1857, 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 1-844-549-1857, 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 1-844-549-1857, 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 1-844-549-1857, 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 1-844-549-1857, 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 1-844-549-1857, 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 1-844-549-1857, 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 1-844-549-1857, 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 1-844-549-1857, TTY 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 1-844-549-1857, TTY 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 1-844-549-1857, 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 1-844-549-1857, 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 1-844-549-1857, 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 1-844-549-1857, 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 1-844-549-1857, 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、1-844-549-1857, 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。