

Resumen de Beneficios para 2024

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

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No se enumeran todos los servicios que cubrimos ni figuran todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC). Puede verla en línea en www.BannerHealth.com/MA o puede ponerse en contacto con nuestro Centro de Atención al Cliente.

Horas de oficina

Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Cómo comunicarse con nosotros

Si es miembro de este plan, llame sin cargo alguno al (844) 549-1857; TTY 711.

Si no es miembro de este plan, llame sin cargo alguno al (844) 549-1858; TTY 711.

Nuestro sitio web: www.BannerHealth.com/MA.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Banner Medicare Advantage Prime, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Arizona: Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma.

¿Qué doctores, hospitales y farmacias puedo usar?

Banner Medicare Advantage Prime tiene una red de doctores, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

Por lo general, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.

Puede ver el directorio de proveedores y el directorio de farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web: www.BannerHealth.com/MA. También puede llamarnos y le enviaremos una copia del directorio de proveedores y del directorio de farmacias.

¿Qué cubrimos?

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

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

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

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

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto de *Resumen de beneficios* es una breve descripción de lo que cubre Banner Medicare Advantage Prime y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pida a los otros planes su folleto de *Resumen de Beneficios*, o utilice el Buscador de Planes de Medicare en www.medicare.gov
- Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual actual de *Medicare & You* (Medicare y Usted). Consúltelo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Banner Medicare Advantage Prime HMO tiene un contrato con Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Se podrían aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas, o los copagos o el coseguro podrían cambiar el 1 de enero de cada año.

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
Prima mensual del plan	\$0 al mes. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$0 al mes. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$0 al mes. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$0 deducible del plan.	\$0 deducible del plan.	\$0 deducible del plan.
Responsabilidad del gasto máximo que paga de su bolsillo	Límite anual de \$2,775 para gastos de bolsillo para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.	Límite anual de \$2,775 para gastos de bolsillo para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.	Límite anual de \$2,775 para gastos de bolsillo para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.
Cobertura de hospitalizaciones**	Por período de beneficio*: Días 1-3: copago de \$125 por día. Días 4-90: copago de \$0 por día.	Por período de beneficio*: Días 1-7: copago de \$175 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.
Cobertura de hospital para pacientes externos (cubierta por Medicare)**	Copago de \$175 por consulta.	Copago de \$175 por consulta.	Copago de \$175 por consulta.
Servicios en un Centro quirúrgico ambulatorio (cubiertos por Medicare)**	Copago de \$175 por consulta.	Copago de \$175 por consulta.	Copago de \$175 por consulta.
Consultas con el Doctor (cubiertas por Medicare) <ul style="list-style-type: none"> ○ Atención primaria ○ Especialistas** 	Copago de \$0 por consulta. Copago de \$0 por consulta.	Copago de \$0 por consulta. Copago de \$10 por consulta.	Copago de \$0 por consulta. Copago de \$0 por consulta.

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
<p>Atención preventiva (cubierta por Medicare)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen físico anual 	<p>Copago de \$0 por consulta.</p> <p>Nuestro plan cubre una variedad de servicios preventivos. Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p> <p>Copago de \$0 por consulta.</p>	<p>Copago de \$0 por consulta.</p> <p>Nuestro plan cubre una variedad de servicios preventivos. Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p> <p>Copago de \$0 por consulta.</p>	<p>Copago de \$0 por consulta.</p> <p>Nuestro plan cubre una variedad de servicios preventivos. Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p> <p>Copago de \$0 por consulta.</p>
Atención de Emergencia	Copago de \$90 por consulta.	Copago de \$90 por consulta.	Copago de \$90 por consulta.
Servicios de Urgencia	Copago de \$0 por consulta.	Copago de \$0 por consulta.	Copago de \$0 por consulta.
<p>Servicios de Diagnóstico/ Laboratorio/Imágenes (cubierta por Medicare)**</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de Radiología diagnóstica (como las resonancias magnéticas y las tomografías computarizadas) ○ Servicios de laboratorio ○ Pruebas y procedimientos de diagnóstico 	<p>Copago de \$125 por consulta.</p> <p>Copago de \$0 por consulta.</p> <p>Copago de \$0 por consulta.</p>	<p>Copago de \$125 a \$200 por consulta.</p> <p>Copago de \$0 a \$10 por consulta.</p> <p>Copago de \$0 a \$10 por consulta.</p>	<p>Copago de \$125 a \$200 por consulta.</p> <p>Copago de \$0 a \$10 por consulta.</p> <p>Copago de \$0 a \$10 por consulta.</p>

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
<p>Servicios de Diagnóstico/Laboratorio/Imágenes (cubierta por Medicare)** (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Radiografías para pacientes externos ○ Servicios de Radiología terapéutica (como la radioterapia para el cáncer) 	<p>Copago de \$0 por consulta.</p> <p>Copago de \$60 por consulta.</p>	<p>Copago de \$15 por consulta.</p> <p>Copago de \$60 por consulta.</p>	<p>Copago de \$0 por consulta.</p> <p>Copago de \$60 por consulta.</p>
<p>Servicios Auditivos</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen auditivo cubierto por Medicare ○ Examen auditivo de rutina ○ Adaptación/Evaluación de Audífonos de Rutina 	<p>Copago de \$0 por consulta.</p> <p>Copago de \$0 por consulta, una vez por año calendario.</p> <p>Copago de \$0 por consulta, una vez por año calendario.</p>	<p>Copago de \$0 por consulta.</p> <p>Copago de \$0 por consulta, una vez por año calendario.</p> <p>Copago de \$0 por consulta, una vez por año calendario.</p>	<p>Copago de \$0 por consulta.</p> <p>Copago de \$0 por consulta, una vez por año calendario.</p> <p>Copago de \$0 por consulta, una vez por año calendario.</p>

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
<p>Servicios Auditivos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Audífonos 	<p>Copago de \$0 para audífono(s).</p> <p>Audífonos (todos los tipos): límite de cobertura anual de \$1,000, ambos oídos combinados. Cubre los audífonos, las reparaciones, las piezas de mantenimiento y los gastos de adaptación. Cualquier costo superior a \$1,000 le corresponde a usted; los audífonos adicionales no están cubiertos.</p>	<p>Copago de \$0 para audífono(s).</p> <p>Audífonos (todos los tipos): límite de cobertura anual de \$1,000, ambos oídos combinados. Cubre los audífonos, las reparaciones, las piezas de mantenimiento y los gastos de adaptación. Cualquier costo superior a \$1,000 le corresponde a usted; los audífonos adicionales no están cubiertos.</p>	<p>Copago de \$0 para audífono(s).</p> <p>Audífonos (todos los tipos): límite de cobertura anual de \$1,000, ambos oídos combinados. Cubre los audífonos, las reparaciones, las piezas de mantenimiento y los gastos de adaptación. Cualquier costo superior a \$1,000 le corresponde a usted; los audífonos adicionales no están cubiertos.</p>
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios dentales cubiertos por Medicare ○ Servicios dentales completos cubiertos 	<p>Coseguro del 20% por consulta.</p> <p>Copago de \$0 por consulta para servicios no rutinarios, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prótesis y otras cirugías orales/maxilofaciales.</p>	<p>Copago de \$0 por consulta.</p> <p>Consulte a continuación los Beneficios complementarios opcionales: beneficios dentales completos.</p>	<p>Coseguro del 20% por consulta.</p> <p>Copago de \$0 por consulta para servicios no rutinarios, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prótesis y otras cirugías orales/maxilofaciales.</p>

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios dentales preventivos 	<p>Copago de \$0 por consulta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La visita al consultorio incluye una combinación de examen y limpieza. • Examen oral: hasta 1 examen cada 6 meses (2 por año calendario) • Limpieza: hasta 1 limpieza cada 6 meses (2 por año calendario) • Tratamiento de fluoruro: hasta 1 tratamiento por año calendario • Radiografía(s) dental(es): 1 conjunto de rayos X de molares cada 12 meses <p>Existe un límite máximo combinado de cobertura del plan de \$5,000 para servicios dentales completos y preventivos por año. Cualquier costo superior a \$5,000 le corresponde a usted.</p>	<p>Copago de \$0 por consulta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La visita al consultorio incluye una combinación de examen y limpieza. • Examen oral: hasta 1 examen cada 6 meses (2 por año calendario) • Limpieza: hasta 1 limpieza cada 6 meses (2 por año calendario) • Tratamiento de fluoruro: hasta 1 tratamiento por año calendario • Radiografía(s) dental(es): 1 conjunto de rayos X de molares cada 12 meses 	<p>Copago de \$0 por consulta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La visita al consultorio incluye una combinación de examen y limpieza. • Examen oral: hasta 1 examen cada 6 meses (2 por año calendario) • Limpieza: hasta 1 limpieza cada 6 meses (2 por año calendario) • Tratamiento de fluoruro: hasta 1 tratamiento por año calendario • Radiografía(s) dental(es): 1 conjunto de rayos X de molares cada 12 meses <p>Existe un límite máximo combinado de cobertura del plan de \$5,000 para servicios dentales completos y preventivos por año. Cualquier costo superior a \$5,000 le corresponde a usted.</p>

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
Beneficios complementarios opcionales – Beneficios dentales completos	Los servicios dentales completos y preventivos están cubiertos como parte de su paquete de beneficios. Consulte la tabla anterior para conocer la cobertura específica.	\$28.50 de prima mensual adicional. Límite de cobertura de \$1,000 anuales para servicios dentales completos.	Los servicios dentales completos y preventivos están cubiertos como parte de su paquete de beneficios. Consulte la tabla anterior para conocer la cobertura específica.
<p>Servicios de la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen de la vista cubierto por Medicare ○ Anteojos cubiertos por Medicare ○ Examen ocular de rutina ○ Anteojos suplementarios 	<p>Coseguro del 0% por consulta (incluida una prueba de detección de glaucoma al año).</p> <p>Coseguro del 20% para anteojos o lentes de contactos cubiertos por Medicare después de cirugía de cataratas.</p> <p>Copago de \$0 por un examen de la vista anual de rutina (refracción ocular).</p> <p>Copago de \$25 para anteojos de rutina.</p> <p>Límite de cobertura de \$200 para anteojos. Los anteojos (lentes y monturas) están limitados a un par cada año, y los lentes de contacto son ilimitados cada año. Cualquier costo superior a \$200 le corresponde a usted.</p>	<p>Coseguro del 0% por consulta (incluida una prueba de detección de glaucoma al año).</p> <p>Coseguro del 20% para anteojos o lentes de contactos cubiertos por Medicare después de cirugía de cataratas.</p> <p>Copago de \$0 por un examen de la vista anual de rutina (refracción ocular).</p> <p>Copago de \$25 para anteojos de rutina.</p> <p>Límite de cobertura de \$200 para anteojos. Los anteojos (lentes y monturas) están limitados a un par cada año, y los lentes de contacto son ilimitados cada año. Cualquier costo superior a \$200 le corresponde a usted.</p>	<p>Coseguro del 0% por consulta (incluida una prueba de detección de glaucoma al año).</p> <p>Coseguro del 20% para anteojos o lentes de contactos cubiertos por Medicare después de cirugía de cataratas.</p> <p>Copago de \$0 por un examen de la vista anual de rutina (refracción ocular).</p> <p>Copago de \$25 para anteojos de rutina.</p> <p>Límite de cobertura de \$200 para anteojos. Los anteojos (lentes y monturas) están limitados a un par cada año, y los lentes de contacto son ilimitados cada año. Cualquier costo superior a \$200 le corresponde a usted.</p>

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
<p>Servicios de salud mental (cubiertos por Medicare)**</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consulta para pacientes internados ○ Consulta de terapia ambulatoria individual y grupal 	<p>Por período de beneficio*: Días 1-3: copago de \$125 por día. Días 4-90: copago de \$0 por día.</p> <p>Copago de \$25 por consulta individual o grupal.</p>	<p>Por período de beneficio*: Días 1-7: copago de \$175 por día. Días 8-90: copago de \$0 por día.</p> <p>Copago de \$25 por consulta individual o grupal.</p>	<p>Por período de beneficio*: Días 1-3: copago de \$150 por día. Días 4-90: copago de \$0 por día.</p> <p>Copago de \$25 por consulta individual o grupal.</p>
<p>Centro de enfermería especializada (cubierto por Medicare)**</p>	<p>Por período de beneficio*: Días 1-20: copago de \$0 por día. Días 21-100: copago de \$178 por día.</p>	<p>Por período de beneficio*: Días 1-20: copago de \$0 por día. Días 21-100: copago de \$178 por día.</p>	<p>Por período de beneficio*: Días 1-20: copago de \$0 por día. Días 21-100: copago de \$178 por día.</p>
<p>Servicios de rehabilitación (cubiertos por Medicare)**</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consulta de terapia ocupacional ○ Consulta de terapia física y del habla 	<p>Copago de \$0 por consulta.</p> <p>Copago de \$0 por consulta.</p>	<p>Copago de \$15 por consulta.</p> <p>Copago de \$15 por consulta.</p>	<p>Copago de \$25 por consulta.</p> <p>Copago de \$25 por consulta.</p>

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
Ambulancia (cubiertos por Medicare) <ul style="list-style-type: none"> ○ El costo compartido se aplica a cada viaje sencillo. 	Copago de \$265 por transporte terrestre o aéreo cubierto por Medicare.	Copago de \$250 por transporte terrestre o aéreo cubierto por Medicare.	Copago de \$265 por transporte terrestre o aéreo cubierto por Medicare.
Transporte (no emergencias)	No está cubierto.	No está cubierto.	No está cubierto.
Medicamentos de la Parte B de Medicare**	Coseguro del 0% al 20% para medicamentos de quimioterapia. Coseguro del 0% al 20% para otros medicamentos de la Parte B.	Coseguro del 0% al 20% para medicamentos de quimioterapia. Coseguro del 0% al 20% para otros medicamentos de la Parte B.	Coseguro del 0% al 20% para medicamentos de quimioterapia. Coseguro del 0% al 20% para otros medicamentos de la Parte B.

* El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Los servicios con ** pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa del plan.

Beneficios de medicamentos con receta

Como se muestra a continuación, hay “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare bajo Banner Medicare Advantage Prime. Cuánto paga por un medicamento depende de en cuál de estas etapas se encuentra en el momento en que obtiene una receta surtida o rellenada. Es posible que obtenga medicamentos de una farmacia fuera de la red con el mismo costo que una farmacia dentro de la red. Llámenos o acceda a nuestra Evidencia de cobertura en línea en www.BannerHealth.com/MA.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	
Etapas de medicamentos con receta	Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma
Etapas del deducible	No hay deducible para Banner Medicare Advantage Prime.
Etapas de cobertura inicial	Como el plan no tiene un deducible, comienza en la Etapa de cobertura inicial. Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$5,030 . Los costos totales anuales de los medicamentos son el total de los costos de los medicamentos pagados tanto por usted como por Medicare. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias de venta por correo.
Etapas del período sin cobertura	<p>En esta etapa, hará un copago de \$0 para medicamentos de Nivel 1.</p> <p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una etapa del período sin cobertura (también llamada “agujero de donut”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza cuando el costo total anual de los medicamentos (incluido lo que ha pagado nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$5,030.</p> <p>Una vez que entra en el período sin cobertura, pagará el 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos, hasta que sus costos alcancen un total de \$8,000, que es el final del período sin cobertura. No todo el mundo entrará en el período sin cobertura.</p>
Etapas de cobertura para catástrofes	Luego de que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo (incluidos los medicamentos comprados mediante su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$8,000 , el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no debe pagar nada.

Etapa de cobertura inicial: Banner Medicare Advantage Prime

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento.

En este cuadro se muestra su parte del costo cuando recibe un **suministro para un mes** de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

NIVEL	Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma		
	Costo compartido minorista estándar	Costo compartido de atención a largo plazo (Long-term care, LTC)	Costo compartido fuera de la red
Nivel 1: Genérico preferido	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: Genérico	Copago de \$5	Copago de \$5	Copago de \$5
Nivel 3: Marca preferida	Copago de \$35 por insulina y copago de \$47 por los demás medicamentos de este nivel	Copago de \$35 por insulina y copago de \$47 por los demás medicamentos de este nivel	Copago de \$35 por insulina y copago de \$47 por los demás medicamentos de este nivel
Nivel 4: Marca no preferida	Copago de \$35 por insulina y copago de \$100 por los demás medicamentos de este nivel	Copago de \$35 por insulina y copago de \$100 por los demás medicamentos de este nivel	Copago de \$35 por insulina y copago de \$100 por los demás medicamentos de este nivel
Nivel 5: Especialidad	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%

Su parte del costo cuando recibe un **suministro para largo plazo (90 días)** de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

NIVEL	Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma	
	Costo compartido minorista estándar	Costo compartido estándar de venta por correo
Nivel 1: Genérico preferido	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: Genérico	Copago de \$15	Copago de \$10
Nivel 3: Marca preferida	Copago de \$105 por insulina y copago de \$141 por los demás medicamentos de este nivel	Copago de \$105 por insulina y copago de \$141 por los demás medicamentos de este nivel
Nivel 4: Marca no preferida	Copago de \$105 por insulina y copago de \$300 por los demás medicamentos de este nivel	Copago de \$105 por insulina y copago de \$300 por los demás medicamentos de este nivel
Nivel 5: Especialidad	No hay suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No hay venta por correo para medicamentos de Nivel 5.

Etaapa del período sin cobertura: Banner Medicare Advantage Prime

Costo compartido de venta minorista y por correo

MARICOPA, PIMA, PINAL, SANTA CRUZ Y YUMA			
NIVEL	MEDICAMENTOS CUBIERTOS	SUMINISTRO DE UN MES	SUMINISTRO DE TRES MESES
Nivel 1: Genérico preferido	Todos	Copago de \$0	Copago de \$0

OTROS BENEFICIOS

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
Prevención de abuso de sustancias para pacientes externos	Copago de \$20 por consulta individual o grupal.	Copago de \$20 por consulta individual o grupal.	Copago de \$20 por consulta individual o grupal.
Rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva	Copago de \$25 por consulta.	Copago de \$40 por consulta para rehabilitación cardíaca. Copago de \$45 por consulta para rehabilitación cardíaca intensiva.	Copago de \$25 por consulta.
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)** <ul style="list-style-type: none"> ○ Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare 	Copago de \$0 por consulta.	Copago de \$25 por consulta.	Copago de \$25 por consulta.
Consultas al Quiropráctico <ul style="list-style-type: none"> ○ Cubiertas por Medicare** ○ De rutina 	Copago de \$20 por consulta. Copago de \$35 por consulta. 6 consultas de rutina por año calendario.	Copago de \$20 por consulta. Copago de \$35 por consulta. 6 consultas de rutina por año calendario.	Copago de \$20 por consulta. Copago de \$35 por consulta. 6 consultas de rutina por año calendario.
Servicios de salud en el hogar	Copago de \$0 por consulta.	Copago de \$0 por consulta.	Copago de \$0 por consulta.

OTROS BENEFICIOS

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
<p>Equipos/suministros médicos (cubiertos por Medicare)**</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) ○ Prótesis (p. ej., soporte, extremidades artificiales) ○ Suministros para la diabetes 	<p>Coseguro del 20%.</p> <p>Coseguro del 20%.</p> <p>Coseguro del 0% para los suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20% para calzado terapéutico cubierto por Medicare.</p>	<p>Coseguro del 20%.</p> <p>Coseguro del 20%.</p> <p>Coseguro del 0% para los suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20% para calzado terapéutico cubierto por Medicare.</p>	<p>Coseguro del 20%.</p> <p>Coseguro del 20%.</p> <p>Coseguro del 0% para los suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20% para calzado terapéutico cubierto por Medicare.</p>
Entrenamiento para autocontrol de la diabetes	Copago de \$0 por consulta.	Copago de \$0 por consulta.	Copago de \$0 por consulta.
Comidas	<p>Copago de \$0.</p> <p>Para los miembros dados de alta de un hospital o de una estancia en un Centro de Enfermería Especializada (SNF), hasta 12 comidas entregadas en el hogar del miembro.</p>	<p>Copago de \$0.</p> <p>Para los miembros dados de alta de un hospital o de una estancia en un Centro de Enfermería Especializada (SNF), hasta 12 comidas entregadas en el hogar del miembro.</p>	<p>Copago de \$0.</p> <p>Para los miembros dados de alta de un hospital o de una estancia en un Centro de Enfermería Especializada (SNF), hasta 12 comidas entregadas en el hogar del miembro.</p>

OTROS BENEFICIOS			
Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
Beneficio de acondicionamiento físico Silver&Fit®	<p>Copago de \$0.</p> <p>Clases/kits de acondicionamiento físico provistos por Silver&Fit.</p> <p>Silver&Fit es uno de los mayores y más diversos programas de envejecimiento saludable y ejercicio a nivel nacional, que se centra en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de membresía al centro de acondicionamiento o físico • Programa de videos de acondicionamiento o físico digital para hacer en el hogar • Programa de envejecimiento saludable 	<p>Copago de \$0.</p> <p>Clases/kits de acondicionamiento físico provistos por Silver&Fit.</p> <p>Silver&Fit es uno de los mayores y más diversos programas de envejecimiento saludable y ejercicio a nivel nacional, que se centra en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de membresía al centro de acondicionamiento o físico • Programa de videos de acondicionamiento o físico digital para hacer en el hogar • Programa de envejecimiento saludable 	<p>Copago de \$0.</p> <p>Clases/kits de acondicionamiento físico provistos por Silver&Fit.</p> <p>Silver&Fit es uno de los mayores y más diversos programas de envejecimiento saludable y ejercicio a nivel nacional, que se centra en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de membresía al centro de acondicionamiento o físico • Programa de videos de acondicionamiento o físico digital para hacer en el hogar • Programa de envejecimiento saludable
<p>Artículos de salud de venta libre (OTC)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La cantidad que no se utiliza se transfiere al siguiente período; los fondos caducarán el 12/31/2024. 	El plan cubre hasta \$145 cada tres meses.	El plan cubre hasta \$50 cada tres meses.	El plan cubre hasta \$160 cada tres meses.

OTROS BENEFICIOS

Primas y Beneficios	Maricopa y Pinal	Pima y Santa Cruz	Yuma
Línea de asesoramiento de enfermería: enfermera de guardia	Copago de \$0 para recibir consejos de atención médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de un profesional de enfermería para ayudar a responder sus preguntas inmediatas sobre atención médica.	Copago de \$0 para recibir consejos de atención médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de un profesional de enfermería para ayudar a responder sus preguntas inmediatas sobre atención médica.	Copago de \$0 para recibir consejos de atención médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de un profesional de enfermería para ayudar a responder sus preguntas inmediatas sobre atención médica.
Atención de emergencia en todo el mundo	Copago de \$90 por consulta. Límite de cobertura de \$25,000	Copago de \$90 por consulta. Límite de cobertura de \$25,000	Copago de \$90 por consulta. Límite de cobertura de \$25,000
Servicios de telesalud	Copago de \$0-\$25 por consulta.	Copago de \$0-\$25 por consulta.	Copago de \$0-\$25 por consulta.
Prueba de detección de cáncer colorrectal	Recompensa de \$25 para OTC por completar el año durante el año de beneficios del plan.	Recompensa de \$25 para OTC por completar el año durante el año de beneficios del plan.	Recompensa de \$25 para OTC por completar el año durante el año de beneficios del plan.
Prueba de detección de cáncer de mama	Recompensa de \$25 para OTC por completar el año durante el año de beneficios del plan.	Recompensa de \$25 para OTC por completar el año durante el año de beneficios del plan.	Recompensa de \$25 para OTC por completar el año durante el año de beneficios del plan.

Banner Medicare Advantage Prime ofrece la oportunidad de personalizar su cuidado con un paquete opcional de beneficios dentales complementarios, solo para Pima y Santa Cruz. Puede inscribirse en este paquete opcional de beneficios dentales complementarios cuando se inscriba en nuestro plan o durante el período de elección anual. Si tiene preguntas, puede llamarnos al (844) 549-1857, TTY 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS OPCIONALES – BENEFICIOS DENTALES COMPLETOS	
Primas y Beneficios	Solo para Pima y Santa Cruz
Prima mensual adicional	\$28.50
Beneficio anual máximo	\$1,000 anuales
Deducible anual	\$0
Restauraciones – En la red	<p>Coseguro del 20%: empastes de amalgama y resina, infiltración de resina de una lesión incipiente de superficie lisa, incrustaciones o restauraciones, restauraciones protectoras, recementado o readhesivo de incrustación, restauración, restauración parcial, corona</p> <p>Coseguro del 50%: coronas, reconstrucción de muñón, retención de la espiga por diente, perno y corona, cada perno adicional, reparación de corona necesaria por falla de material de restauración</p>
Endodoncia – En la red	Coseguro del 50%: pulpotomía y desbridamiento pulpar grueso del diente, conductos radiculares y retratamiento del conducto radicular anterior; apicectomía/cirugía perirradicular y obturación retrógrada
Periodoncia-En la red	Coseguro del 50%: gingivectomía/gingivoplastia, procedimiento de colgajo gingival, cirugía ósea, alargamiento clínico de la corona; raspado periodontal y alisado radicular, desbridamiento de toda la boca
Extracciones – En la red	<p>Coseguro del 20%: extracciones y coronectomía</p> <p>Coseguro del 50%: cierre de fístula oral-antral, cierre primario de una perforación de seno, alveoloplastia, vestibuloplastia, extirpación de exostosis lateral (maxilar o mandíbula), extirpación de <i>torus palatinus</i>, reducción de tuberosidad ósea, extirpación de <i>torus mandibularis</i>, frenulectomía, frenuloplastia, escisión de tejido hiperplásico, escisión de encía pericoronal</p>
Prostodoncia, otras cirugías orales y maxilofaciales, otros servicios: en la red	<p>Coseguro del 20%: ajustes, reparaciones, reparación de la base o la estructura o reemplazo de un diente o broche faltante o roto, adición de un diente, adición de un broche en las prótesis dentales, rebasado y rebasado de las prótesis dentales, acondicionamiento del tejido</p> <p>Coseguro del 50%: dentaduras removibles: completas, parciales, inmediatas, sobredentaduras, dentaduras parciales fijas, ponentes y retenedores, coronas de retención</p>

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a condiciones, limitaciones, exclusiones y máximos. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener detalles.

Los dentistas de la red han aceptado prestar servicios a una tarifa dentro de la red. Si acude a un dentista de la red, no se le puede facturar más que la tarifa de la red.

Póngase en contacto con nuestro Centro de Atención al Cliente para conocer los detalles de los beneficios o visite la página web www.BannerHealth.com/MA.

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。