

## ***Banner Medicare Premier Rx (PDP) ofrecido por Banner Health Insurance Group***

### **Aviso anual de cambios para 2023**

Usted está actualmente inscrito como miembro de Banner Medicare Premier Rx. 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/Rx](http://www.BannerHealth.com/Rx). (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.
  - 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 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente siguen estando cubiertos.
- 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 2023 (Medicare y Usted 2023).
- 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 2022, permanecerá en Banner Medicare Premier Rx.

- 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 2023**. Esto cancelará su inscripción con Banner Medicare Premier Rx.

### 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) 549-1859. (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.
- 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.

### Información de Banner Medicare Premier Rx

- Banner Medicare Rx PDP 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 Health Insurance Group. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Banner Medicare Premier Rx.

S3147\_PDSSModifiedANOC003CY23\_M

## Aviso anual de cambios para 2023 Tabla de Contenido

<b>Resumen de costos importantes para 2023 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el próximo año .....</b>	<b>5</b>
Sección 1.1–Cambios en la prima mensual .....	5
Sección 1.2–Cambios en la red de farmacias.....	5
Sección 1.3–Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	6
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>9</b>
Sección 2.1–Si desea seguir inscrito en Banner Medicare Premier Rx .....	9
Sección 2.2–Si desea cambiar de plan .....	9
<b>SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan .....</b>	<b>10</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>11</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....</b>	<b>11</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>12</b>
Sección 6.1–Cómo recibir ayuda de Banner Medicare Premier Rx .....	12
Sección 6.2–Cómo recibir ayuda de Medicare .....	13

## Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y 2023 para Banner Medicare Premier Rx en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> *Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$85.40	\$87.60
<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.3 para obtener detalles).	Deducible: \$0  Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 1: copago de \$0</li> <li>• Medicamentos de Nivel 2: copago de \$4</li> <li>• Medicamentos de Nivel 3: copago de \$40</li> <li>• Medicamentos de Nivel 4: coseguro del 39%</li> <li>• Medicamentos de Nivel 5: coseguro del 33%</li> </ul>	Deducible: \$0  Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 1: copago de \$0</li> <li>• Medicamentos de Nivel 2: copago de \$4</li> <li>• Medicamentos de Nivel 3: copago de \$40</li> <li>• Medicamentos de Nivel 4: coseguro del 39%</li> <li>• Medicamentos de Nivel 5: coseguro del 33%</li> </ul>

Para averiguar qué tipo de medicamentos son las insulinas selectas, consulte la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo electrónico. Puede identificar las insulinas selectas por las letras “SSM” en la Lista de Medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la portada de este documento).

## SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el próximo año

### Sección 1.1–Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid).	\$85.40	\$87.60

- 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.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 5 acerca de la “Ayuda adicional” de Medicare.

### Sección 1.2–Cambios en la red de farmacias

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

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web, [www.BannerHealth.com/Rx](http://www.BannerHealth.com/Rx), se encuentra disponible un *Directorio de farmacias* actualizado. También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de Farmacias*. **Revise el Directorio de Farmacias de 2023 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en las 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 1.3—Cambios en la cobertura para medicamentos con receta 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, incluidos 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 estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

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 7 de su Evidencia de cobertura y hable con su doctor para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener más información.

A partir de 2023, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico del mismo nivel de costo compartido o de un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas.

Esto significa, p. ej., que si está tomando un medicamento de marca que será reemplazado o movido a un nivel de costo compartido más alto, ya no siempre recibirá un aviso del cambio 30 días antes de que lo apliquemos, ni recibirá un suministro mensual de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún recibirá información sobre el cambio específico que realicemos, pero el aviso le puede llegar después de que apliquemos el cambio.

Hemos realizado cambios en la lista de medicamentos de insulina que estarán cubiertos como insulinas selectas con un costo compartido menor. Para averiguar qué tipo de medicamentos son las insulinas selectas, consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo electrónico. Puede identificar las insulinas selectas por las letras “SSM” en la Lista de

Medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la portada de este documento).

### **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 con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Hemos incluido 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 recibió el folleto con el paquete, 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).

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas** - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener más información.

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina** - No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre.

**Cómo recibir ayuda de Medicare – Si usted eligió este plan porque buscaba recibir cobertura de insulina a \$35 o menos al mes, es importante que sepa que puede tener otras opciones disponibles para 2023 a costos aún más bajos debido a los cambios en el programa de la Parte D de Medicare. Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener ayuda para comparar sus opciones. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.**

**Recursos adicionales para obtener ayuda** – Para obtener más información, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al (844) 549-1859. (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.

### Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (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	2022 (este año)	2023 (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 <b>usted paga su parte del costo.</b></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>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 4 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p><b>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.</b></p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</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 \$4 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos:</b> Usted paga un copago de \$40 por receta.</p> <p><b>Medicamentos no preferidos:</b> Usted paga un coseguro del 39% por receta.</p> <p><b>Medicamentos de especialidad:</b> Usted paga un coseguro del 33% por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</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 \$4 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos:</b> Usted paga un copago de \$40 por receta.</p> <p><b>Medicamentos no preferidos:</b> Usted paga un coseguro del 39% por receta.</p> <p><b>Medicamentos de especialidad:</b> Usted paga un coseguro del 33% por receta.</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b>	Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 de su *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 2.1—Si desea seguir inscrito en Banner Medicare Premier Rx

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito en nuestro plan Banner Medicare Premier Rx.

### Sección 2.2—Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2023, pero si desea cambiar de plan, siga estos pasos:

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

- Puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente,
- *O BIEN*, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,
- *O BIEN*, puede mantener su cobertura de salud actual de Medicare y dejar su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

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 2023* (Medicare y Usted 2023), 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 Health Insurance Group 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 medicamentos con receta de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Banner Medicare Premier Rx se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Según el tipo de plan que elija, es posible que se cancele su inscripción en Banner Medicare Premier Rx automáticamente.
  - Su inscripción en Banner Medicare Premier Rx se cancelará automáticamente si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. También se cancelará automáticamente su inscripción si se inscribe en una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare o una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Medicare, incluso si dicho plan no incluye cobertura para medicamentos con receta.
  - Si elige un plan privado de pago por servicio sin la cobertura para medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare, o un plan Medicare Cost, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Banner Medicare Premier Rx para la cobertura de medicamentos. Si se inscribe en uno de estos tipos de planes, no se cancelará automáticamente su inscripción en Banner Medicare Premier Rx. Si se inscribe en este tipo de plan y desea abandonar nuestro plan, debe solicitar que se cancele su inscripción en Banner Medicare Premier Rx. Para solicitar que se cancele su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito o ponerse en contacto con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)
- 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), durante 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 cambiar a un plan de medicamentos con receta diferente o a un plan de salud de Medicare 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 2023.

## ¿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 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 ayudarle 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, durante 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 con receta 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 Premier Rx

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al (844) 549-1859. (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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2023* (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 2023. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2023* para Banner Medicare Premier Rx. 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/Rx](http://www.BannerHealth.com/Rx). 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/Rx](http://www.BannerHealth.com/Rx). Le recordamos que en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de farmacias (*Directorio de Farmacias*) 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), durante 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 medicamentos con receta 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 2023* (Medicare y Usted 2023)**

Consulte el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023). Cada otoño, este folleto 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), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## Banner Medicare Rx PDP

### 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 1-844-549-1859, 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 1-844-549-1859, 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 1-844-549-1859, 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 1-844-549-1859, 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 1-844-549-1859, 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 1-844-549-1859, 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 1-844-549-1859, 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 1-844-549-1859, 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 1-844-549-1859, 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 1-844-549-1859, 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 1-844-549-1859, 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 1-844-549-1859, 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 1-844-549-1859, 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 1-844-549-1859, 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 1-844-549-1859, 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 1-844-549-1859, 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、1-844-549-1859, 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。