

Banner Medicare Advantage Prime (HMO) ofrecido por Banner Medicare Advantage (que hace negocios bajo el nombre Banner Medicare Advantage Prime)

Aviso anual de cambios para 2025

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, los beneficios o las normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en 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, incluidas las restricciones de cobertura y el costo compartido.
 - Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos.
 - Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente sigan estando cubiertos.
 - Compare la información del plan de 2024 con la del 2025 para saber si alguno de estos medicamentos se trasladará a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a restricciones distintas, como autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad, para 2025.
- ☐ Verifique si sus doctores de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- ☐ Verifique si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare.
- ☐ 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 o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025). A fin de obtener asistencia adicional, póngase en contacto con su Programa estatal

de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.

- ☐ 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 2024, permanecerá inscrito 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 2025**. Esto cancelará su inscripción en Banner Medicare Advantage Prime.
- Si se mudó hace poco a una institución o vive actualmente en 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. Si acaba de salir de una institución, tiene una oportunidad para cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en el que salió de dicha institución.

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.

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 (que hace negocios bajo el nombre Banner Medicare Advantage Prime). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Banner Medicare Advantage Prime.

Aviso anual de cambios para 2025

Tabla de Contenido

Resumen de costos importantes para 2025	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	6
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo	6
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	7
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y los costos por servicios médicos	7
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D	11
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	15
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	16
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Banner Medicare Advantage Prime.....	16
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	16
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	16
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	17
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta ...	17
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	19
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Banner Medicare Advantage Prime.....	19
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	19

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para Banner Medicare Advantage Prime en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Cantidad máxima que paga de su bolsillo 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	\$2,995
Visitas al consultorio del doctor	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta. Visitas de especialista: copago de \$10 por consulta.	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta. Visitas de especialista: copago de \$15 por consulta.
Hospitalizaciones	Copago de \$175 por día para los días 1-7; copago de \$0 por día para los días 8-90	Copago de \$275 por día para los días 1-5; copago de \$0 por día para los días 6-90

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).	Deducible: \$0 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> 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. 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. 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. Medicamentos de Nivel 4: copago de \$100 Usted paga un copago de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 5: coseguro del 33% Cobertura para catástrofes: <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. 	Deducible: \$0 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> 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. 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. 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. Medicamentos de Nivel 4: copago de \$100 Usted paga un copago de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 5: coseguro del 33% Cobertura para catástrofes: <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0 No hay cambio para el año de beneficios próximo.
Prima mensual para beneficios complementarios opcionales	\$28.50	\$18.40

- 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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Cantidad máxima que paga de su bolsillo 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	\$2,995 Una vez que haya pagado \$2,995 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.

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

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

Los directorios actualizados también se encuentran disponibles en nuestro sitio web: 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 2025* en www.BannerHealth.com/MA 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 2025* en www.BannerHealth.com/MA 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 los costos por servicios médicos

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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios dentales	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 por cada tratamiento de fluoruro (1 tratamiento de fluoruro por año).	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 por cada tratamiento de fluoruro (2 tratamientos de fluoruro por año calendario).
Servicios dentales integrales – Beneficios complementarios opcionales	Usted paga un coseguro del 50% por cada consulta para servicios de periodoncia. Se necesita derivación para los servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare.	Usted paga un coseguro del 0-50% por cada consulta para servicios de periodoncia. No se necesita derivación para los servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Atención de emergencia	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$90 por cada consulta para servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$120 por cada consulta para servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare.</p>
Atención hospitalaria para pacientes internados	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare, paga un copago de \$175 por día para los días 1-7; un copago de \$0 por día para los días 8-90.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare, paga un copago de \$275 por día para los días 1-5; un copago de \$0 por día para los días 6-90.</p>
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para las hospitalizaciones de salud mental cubiertas por Medicare, paga un copago de \$175 por día para los días 1-7; un copago de \$0 por día para los días 8-90.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para las hospitalizaciones de salud mental cubiertas por Medicare, paga un copago de \$275 por día para los días 1-5; un copago de \$0 por día para los días 6-90.</p>
Beneficio de comidas	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 12 comidas inmediatamente después de una cirugía o de cada hospitalización en un hospital o en un centro de enfermería especializada.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 14 comidas inmediatamente después de una cirugía o de cada hospitalización en un hospital o en un centro de enfermería especializada.</p>
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$35 para insulina cubierta por la Parte B de Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un coseguro del 0% al 20% (con un máximo de \$35) para insulina de la Parte B de Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Observación hospitalaria para pacientes externos	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$175 por hospitalización para servicios de observación hospitalaria para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$200 por hospitalización para servicios de observación hospitalaria para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>
Atención de salud mental para pacientes externos	<p>Se necesita autorización previa para las sesiones de terapia individual y grupal cubiertas por Medicare con un psiquiatra u otro profesional de la salud mental (no psiquiatra).</p>	<p>No se necesita autorización previa para las sesiones de terapia individual y grupal cubiertas por Medicare con un psiquiatra u otro profesional de la salud mental (no psiquiatra).</p>
Servicios radiológicos para pacientes externos – Radiografías	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para radiografías para pacientes externos cubiertas por Medicare, usted paga un copago de \$15.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para radiografías para pacientes externos cubiertas por Medicare, usted paga un copago de \$0.</p>
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$15 por cada consulta de terapia ocupacional, fisioterapia o logopedia cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada consulta de terapia ocupacional, fisioterapia o logopedia cubierta por Medicare.</p>
Cirugía ambulatoria	<p>Incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$175 por servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos.</p> <p>Usted paga un copago de \$175 por servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$200 por servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos.</p> <p>Usted paga un copago de \$200 por servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Artículos de venta libre	La naloxona <u>no</u> está cubierta. Recibe \$50 cada 3 meses para comprar medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) y productos relacionados con la salud elegibles.	La naloxona está cubierta. Recibe \$55 cada 3 meses para comprar medicamentos OTC y productos relacionados con la salud elegibles.
Servicios de doctores o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del doctor	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$10 por cada consulta de especialista cubierta por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$15 por cada consulta de especialista cubierta por Medicare.
Beneficios de telesalud (cubiertos por Medicare)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$10 por cada consulta de telesalud con un especialista cubierta por Medicare. Usted paga un copago de \$15 por cada consulta de terapia ocupacional, fisioterapia y logopedia cubierta por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$15 por cada consulta de telesalud con un especialista cubierta por Medicare. Usted paga un copago de \$0 por cada consulta de terapia ocupacional, fisioterapia y logopedia cubierta por Medicare.
Beneficios del modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor (Value-Based Insurance Design, VBID)	Los miembros que se inscriban en el programa Dial into Diabetes (DID) tendrán un costo compartido reducido para el acceso telefónico a un fisiólogo del ejercicio. Usted hace un copago de \$0 por este beneficio.	El costo compartido reducido para el acceso telefónico a un fisiólogo del ejercicio <u>no</u> está cubierto.
Atención de la vista - Rutina	<u>Dentro de la red</u> Examen ocular de rutina: copago de \$0, cubierto todos los años	<u>Dentro de la red</u> Examen ocular de rutina: copago de \$0, cubierto todos los años

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Atención de la vista – Rutina (continuación)	<p>Anteojos de rutina: asignación anual de \$200 para anteojos (monturas y lentes) o lentes de contacto (adaptación).</p> <p>Anteojos: copago de \$25</p> <p>Lentes de contacto: copago de \$25</p>	<p>Anteojos de rutina: asignación anual de \$250 para monturas o lentes de contacto (adaptación).</p> <p>Anteojos: copago de \$25</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos monofocales, bifocales alineados y trifocales alineados cubiertos todos los años. • Lentes estándar progresivos cubiertos todos los años. • Ahorro promedio de 20-25% en mejoras adicionales para lentes. <p>Lentes de contacto: copago de \$0</p>
Servicios de atención de emergencia en todo el mundo	Usted paga un copago de \$90 por cada consulta de atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	Usted paga un copago de \$120 por cada consulta de atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

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 la 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, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea como mínimo mensualmente para ofrecer la lista de medicamentos más vigente. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a uno de sus medicamentos, le enviaremos un aviso al respecto.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos a principios de año o durante este, 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.

En la actualidad, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca comercial de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión genérica nueva que esté en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca comercial que reemplaza. Además, cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca comercial en nuestra Lista de medicamentos, pero cambiarlo a un nivel diferente de costo compartido o añadir nuevas restricciones de inmediato, o ambas.

A partir de 2025, podemos reemplazar de inmediato productos biológicos originales por determinados productos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si toma un producto biológico original que se reemplazará por un producto biosimilar, es posible que no reciba un aviso de cambio 30 días antes de que hagamos dicho cambio u obtenga un suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realicemos el cambio, igualmente recibirá información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de dicho cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de estos tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también brinda información sobre medicamentos a los consumidores. Consulte el sitio web de la FDA: www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. También puede ponerse en contacto con nuestro Centro de Atención al Cliente o preguntar a su proveedor de atención médica, persona autorizada a dar recetas o farmacéutico para obtener más información.

Cambios en los beneficios y 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 30 de septiembre (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.

A partir de 2025, habrá tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura para catástrofes. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de Descuento para el Período sin Cobertura (Coverage Gap Discount Program) ya no existen en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuento del Fabricante (Manufacturer Discount Program) reemplazará el Programa de Descuento para el Período sin Cobertura. Conforme al Programa de Descuento del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para medicamentos de marca comercial y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura para catástrofes. Los descuentos que los fabricantes hacen en virtud del Programa de Descuento del Fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial	Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar es:	Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar es:
Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.	Medicamentos genéricos preferidos: 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.	Medicamentos genéricos preferidos: 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.

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta tabla 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 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos se cubren sin costo alguno para usted.</p>	<p>Medicamentos genéricos: 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>Medicamentos de marca comercial preferidos: 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>Medicamentos no preferidos: 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>Medicamentos de especialidad: 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>	<p>Medicamentos genéricos: 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>Medicamentos de marca comercial preferidos: 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>Medicamentos no preferidos: 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>Medicamentos de especialidad: Usted paga un coseguro del 33% por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura para catástrofes).</p>

Cambios en la Etapa de cobertura para catástrofes

La Etapa de cobertura para catástrofes es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo total del plan para medicamentos de marca comercial y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura para catástrofes. Los descuentos que los fabricantes hacen en virtud del Programa de Descuento del Fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

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 la Etapa de cobertura para catástrofes, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos de Medicare	No corresponde.	El plan de pago de medicamentos de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos y que puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero-diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, póngase en contacto con nosotros llamando al 1-866-845-1803 o visitando Medicare.gov.
Administrador del beneficio para artículos de venta libre (OTC)	Healthy Benefits de Solutran ha sido contratado para administrar el beneficio para productos OTC.	&more de Soda Health ha sido contratado para administrar el beneficio OTC.
Administrador de beneficios para la vista (de rutina)	Administrado por Banner Medicare Advantage Prime.	Administrado por VSP Vision Care.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – 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 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2025, 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), consulte el manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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 4 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 2025.

¿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 2025 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 2025.

Si se mudó hace poco a una institución o vive actualmente en 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. Si acaba de salir de una institución, tiene una oportunidad para cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en el que salió de dicha institución.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (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).

SECCIÓN 6 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 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.
 - La oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con el costo compartido 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. Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, 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, cómo inscribirse en el programa o cómo continuar recibiendo asistencia si actualmente está inscrito en el programa, llame a Arizona ADAP al 602-364-3610 o al 800-334-1540. Cuando llame, asegúrese de informar el nombre del plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
 - **El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que lo ayuda a administrar los costos de medicamentos que paga de su bolsillo a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual de medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero-diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no lo hace ahorrar dinero ni disminuye los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y ADAP, para aquellos que reúnen los requisitos, son más ventajosas que participar en el plan de pago de medicamentos de Medicare. Todos los miembros reúnen los requisitos para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingreso, y todos los planes de medicamentos y los planes de salud con cobertura de medicamentos de Medicare deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, póngase en contacto con nosotros llamando al 1-866-845-1803 o visitando Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – 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. Las llamadas a este número son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2025* (describe en detalle los beneficios y los costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* 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. 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. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Sección 7.2 – 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). 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. Lea *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025).

Consulte el manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025).

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 (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。