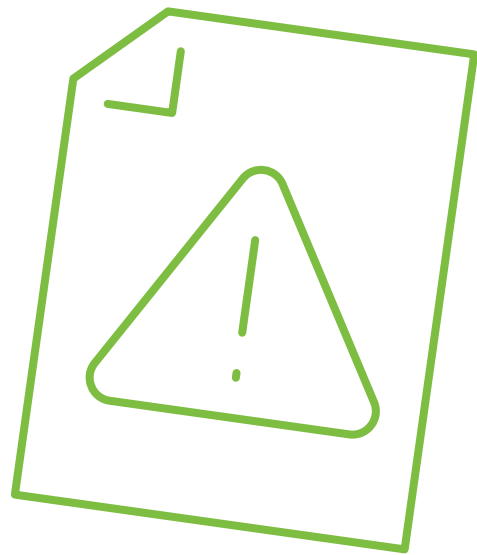


2024 Aviso Anual de Cambios

BayCarePlus Rewards (HMO)

H2235-002

Sirviendo a los Condados de Hillsborough,
Pasco, Pinellas y Polk



BayCarePlus Rewards (HMO) ofrecido por BayCare Select Health Plans

Aviso Anual de Cambios para 2024

Actualmente está inscrito como miembro de **BayCarePlus Rewards**. El próximo año, se modificarán los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 6 para ver el Resumen de Costos Importantes, que incluye la Prima.**

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas consulte la *Evidencia de Cobertura*, la cual puede encontrar en nuestro sitio web Member.BayCarePlus.org. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una *Evidencia de Cobertura*.

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

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted.

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de cuidado médico (doctor, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y costos.
 - Piense en lo que gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la “Lista de Medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aun estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, formarán parte de nuestra red el próximo año.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes.

- Revise la cobertura y los costos de los planes en el área donde usted vive. Utilice el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web es.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que aparece al final del manual *Medicare & Usted 2024*.

- Una vez que se decida por un plan, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan.

- Si no se afilia a otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, mantendrá **BayCarePlus Rewards**.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, realice el cambio entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su cobertura nueva comenzará el **1.º de enero de 2024**. De este modo, finalizará su inscripción en **BayCarePlus Rewards**.
- Si recientemente ingresó, salió o actualmente vive en una institución (como un centro de cuidados de enfermería especializada u hospital de cuidados a largo plazo), usted puede cambiar de plan o volver a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

Recursos Adicionales

- Comuníquese con nuestro departamento de Servicio al Cliente al número (866) 509-5396 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de operación es de 8am a 8pm, siete días a la semana. Los fines de semana, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y los días festivos, podrá acceder a un servicio de mensajería de voz. Deje un mensaje y devolveremos su llamada el siguiente día laborable.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos como braille, letra grande u otros formatos alternativos.
- **La cobertura de este Plan cumple con los requisitos de una Cobertura Médica Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)**, y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio Interno de Impuestos (Internal Revenue Service, IRS), en www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families.

Acerca de BayCarePlus Rewards

- BayCare Select Health Plans es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en este plan **BayCarePlus Rewards** depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento dice “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro”, se refiere a BayCare Select Health Plans. Cuando se lee “plan” o “nuestro plan”, se refiere a **BayCarePlus Rewards**.

Servicios de Interpretación Multilingüe

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 (866) 509-5396 (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 (866) 509-5396 (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 (866) 509-5396 (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 (866) 509-5396 (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 (866) 509-5396 (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 (866) 509-5396 (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 (866) 509-5396 (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 (866) 509-5396 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 (866) 509-5396 (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 (866) 509-5396 (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 (866) 509-5396 (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 (866) 509-5396 (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 (866) 509-5396 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: 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 (866) 509-5396 (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 (866) 509-5396 (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 (866) 509-5396 (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、(866) 509-5396 (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。

Aviso Anual de Cambios para 2024

Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumen de Costos Importantes para 2024 | 6 |
| SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo | 9 |
| Sección 1.1 – Cambios a la Prima Mensual..... | 9 |
| Sección 1.2 – Cambios a su Monto Máximo que paga de su bolsillo | 10 |
| Sección 1.3 – Cambios a la Red de Proveedores y Farmacias..... | 10 |
| Sección 1.4 – Cambios a los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos | 11 |
| Sección 1.5 – Cambios a la Cobertura para Medicamentos con receta de la Parte D | 18 |
| SECCIÓN 2 Cambios Administrativos | 22 |
| SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir | 22 |
| Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en BayCarePlus Rewards | 22 |
| Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan | 22 |
| SECCIÓN 4 Fecha Límite para Cambiar de Planes | 24 |
| SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare | 24 |
| SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados | 25 |
| SECCIÓN 7 ¿Preguntas? | 26 |
| Sección 7.1 – Obtener Ayuda de BayCarePlus Rewards..... | 26 |
| Sección 7.2 – Obtener Ayuda de Medicare | 26 |

Resumen de Costos Importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 de **BayCarePlus Rewards** en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que solo es un resumen de los costos.**

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|---|---|
| <p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor a este monto. Consulte la Sección 1.1 para ver los detalles.</p> | <p>\$0</p> <p>BayCarePlus pagará hasta \$123 de su prima de la Parte B de Medicare.</p> | <p>\$0</p> <p>BayCarePlus pagará hasta \$134 de su prima de la Parte B de Medicare.</p> |
| <p>Monto máximo de desembolso</p> <p>Esto es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B (consulte la Sección 1.2 para ver los detalles).</p> | <p>\$4,500</p> | <p>\$4,500</p> |
| <p>Visitas en el consultorio medico</p> | <p>Visitas de cuidados primarios: \$0 por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$40 por visita</p> | <p>Visitas de cuidados primarios: \$0 por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$40 por visita</p> |
| <p>Hospitalizaciones</p> | <p>\$250 de copago por día: Días 1-6 para cada estadía</p> <p>\$0 de copago por día: Días 7 y posteriores para cada estadía</p> | <p>\$250 de copago por día: Días 1-5 para cada estadía</p> <p>\$0 de copago por día: Días 6 y posteriores para cada estadía</p> |

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

(consulte la Sección 1.5 para ver los detalles).

Deducible: \$0

Copago/coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:

Suministro para 30 días en Farmacia Minorista

- Medicamento de Nivel 1:
\$0 de copago
- Medicamento de Nivel 2:
\$10 de copago
- Medicamento de Nivel 3:
\$47 de copago
- Medicamento de Nivel 3 Insulina:
\$35 de copago
- Medicamento de Nivel 4:
\$100 de copago
- Medicamento de Nivel 5:
33%de coaseguro

Cobertura en situaciones catastróficas:

- Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.
- Para cada receta médica, usted paga cualquiera de los siguientes que sea mayor: un pago igual al 5% del costo del medicamento (a esto se le llama **coaseguro**) o un

Deducible: \$0

Copago/coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:

Suministro para 30 días en Farmacia Minorista

- Medicamento de Nivel 1:
\$0 de copago
- Medicamento de Nivel 2:
\$10 de copago
- Medicamento de Nivel 3:
\$47 de copago
- Medicamento de Nivel 3 Insulina:
\$35 de copago
- Medicamento de Nivel 4:
\$100 de copago
- Medicamento de Nivel 5:
33%de coaseguro

Cobertura en situaciones catastróficas:

- Si usted alcanza la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no pagara nada por sus medicamentos de la Parte D y por medicamentos excluidos que estén cubiertos bajo nuestra cobertura mejorada.

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--------------|---|---------------------------|
| | copago (\$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se considere genérico, y \$10.35 para todos los demás medicamentos). | |

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

Sección 1.1 – Cambios a la Prima Mensual

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Prima mensual (También debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).</p> | <p>\$0</p> <p>BayCarePlus pagará hasta \$123 de su prima de la Parte B de Medicare.</p> | <p>\$0</p> <p>BayCarePlus pagará hasta \$130 de su prima de la Parte B de Medicare.</p> |
| <p>Prima mensual de beneficios opcionales suplementarios Para obtener más información, consulte en su <i>Evidencia de Cobertura de 2024</i> el Capítulo 4, Sección 2.2, beneficios extra “opcionales suplementarios” que puede comprar.</p> | <p>\$30</p> | <p>\$49</p> |

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía a la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) por 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que deba pagar cada mes un monto adicional directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima será *menor* si usted está recibiendo “Ayuda Adicional” para el costo de sus medicamentos recetados. Por favor vea Sección 6 con relación a la “Ayuda Adicional” que ofrece Medicare.

Sección 1.2 – Cambios a su Monto Máximo de Desembolso

Medicare exige a todos los planes de seguro médico que limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se conoce como “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto del año.

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| <p>Monto máximo de desembolso</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se toman en cuenta para su monto máximo que paga de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de los medicamentos recetados no se toman en cuenta para su monto máximo de desembolso.</p> <p>No hay cambios para el próximo año de beneficios.</p> | \$4,500 | \$4,500 |

Sección 1.3 – Cambios a la Red de Proveedores y Farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en Member.BayCarePlus.org. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o para pedir que le enviemos un directorio por correo postal, el cual enviaremos dentro de los siguientes tres días laborales.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el *Directorio de Proveedores/Farmacias de 2024* para saber si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el *Directorio de Proveedores/Farmacias de 2024* para saber qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, doctores y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año a nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicio al Cliente para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4 – Cambios a los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

El próximo año realizaremos cambios a los costos y beneficios de algunos servicios médicos. La información a continuación describe estos cambios.

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|--|--|
| Servicios de rehabilitación cardíaca se necesita un referido de su proveedor de atención primaria (PCP). | Usted paga un copago de \$30 por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare | Usted paga un copago de \$15 por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare |

Servicios dentales

Servicios dentales cubiertos por Medicare

Usted paga un copago de \$40 por servicios dentales cubiertos por Medicare.

Usted paga un copago de \$40 por servicios dentales cubiertos por Medicare.

Un referido es requerido para visitar un cirujano oral para recibir servicios dentales cubiertos por Medicare, y estos servicios pueden requerir autorización previa.

Un referido es requerido para visitar un cirujano oral para recibir servicios dentales cubiertos por Medicare, y estos servicios pueden requerir autorización previa.

Servicios dentales preventivos

Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales preventivos cubiertos que incluyen: exámenes orales, radiografías, limpiezas y raspado y alisado radicular.

Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales preventivos cubiertos que incluyen: exámenes orales, radiografías y limpiezas.

*Los servicios de atención dental preventiva e integral solo se cubren cuando se obtienen a través de la red Delta Dental Medicare Advantage.

Atención Dental Integral*

Sin cobertura

Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales integrales cubiertos que incluyen:

- Un alisado y alisado radicular por cuadrante cada 2 años
- Dos empastes por año calendario
- Un desbridamiento bucal completo

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|-----------------|---|
| <p>*Los servicios de atención dental preventiva e integral solo se cubren cuando se obtienen a través de la red Delta Dental Medicare Advantage.</p> | | <p>cada 2 años calendarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una corona por año calendario • Dos tratamientos de conducto por año calendario • Dos extracciones por año calendario • Dos rebases por año calendario • Una prótesis por arco cada 5 años calendarios <p>Máximo anual de \$2,000 por atención dental integral.</p> <p>Cantidades que sobrepasen la asignación de \$2,000 no están cubiertas y no aplicaran al monto máximo que paga de su bolsillo.</p> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| <p>Aparatos auditivos</p> <p>Los siguientes aparatos auditivos de la marca TruHearing (uno por oído, por año) están disponibles solo a través de un proveedor de TruHearing:</p> <p>TruHearing Advance Sin cobertura \$599 de copago*</p> <p>TruHearing Premium Sin cobertura. \$899 de copago,</p> <p>*Los montos que paga por estos servicios no se toman en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Las opciones de estilo recargable para los aparatos auditivos Advance o Premium están disponibles a un precio de \$50 adicionales por aparato.*</p> | | |
| <p>Exámenes auditivos</p> <p>Exámenes auditivos cubiertos por Medicare Usted paga un copago de \$30 por cada examen médico auditivo cubierto por Medicare</p> <p>Examen auditivo de rutina una vez al año proporcionado a través de TruHearing No cubierto \$30 de copago</p> | | |
| <p>Hospitalizaciones</p> <p>\$250 de copago por día: Días 1-6 para cada estadía</p> <p>\$0 de copago por día: Días 7 y posteriores para cada estadía</p> <p>\$250 de copago por día: Días 1-5 para cada estadía</p> <p>\$0 de copago por día: Días 6 y posteriores para cada estadía</p> | | |
| <p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare - Insulina Usted paga el 20% del coaseguro</p> <p>Usted paga el 20% del coaseguro hasta un copago máximo de \$35 por un suministro de un mes.</p> | | |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|---|---|
| Servicios médicos de salud mental ambulatorios | | |
| Consulta individual | Usted paga un copago de \$35 por cada consulta individual cubierta por Medicare. | Usted paga un copago de \$40 por cada consulta individual cubierta por Medicare. |
| Consulta grupal | Usted paga un copago de \$30 por cada consulta grupal cubierta por Medicare. | Usted paga un copago de \$35 por cada consulta grupal cubierta por Medicare. |
| Servicios de rehabilitación ambulatorios (incluye terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje) | | |
| | Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. | Usted paga un copago de \$40 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. |
| | Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de terapia física y/o de patología del habla y el lenguaje cubiertas por Medicare. | Usted paga un copago de \$40 por cada consulta de terapia física y/o de patología del habla y el lenguaje cubiertas por Medicare. |
| Servicios ambulatorios de tratamiento de abuso de drogas | | |
| Consulta individual | Usted paga un copago de \$35 por cada consulta individual cubierta por Medicare. | Usted paga un copago de \$40 por cada consulta individual cubierta por Medicare. |
| Consulta grupal | Usted paga un copago de \$30 por cada consulta grupal cubierta por Medicare. | Usted paga un copago de \$35 por cada consulta grupal cubierta por Medicare. |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|---|---|
| <p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> | <p>Usted paga un copago de \$35 por consulta para los servicios del programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.</p> | <p>Usted paga un copago de \$40 por consulta para los servicios del programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.</p> |
| <p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> | <p>Usted paga un copago de \$20 por día para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> | <p>Usted paga un copago de \$15 por día para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> |
| <p>Cuidados en un centro de cuidados de enfermería especializada (SNF)</p> | <p>Usted paga un copago de \$0, por día, por estadía: Días 1-20</p> <p>Usted paga un copago de \$150, por día, por estadía: Días 21-100</p> | <p>Usted paga un copago de \$0, por día, por estadía: Días 1-20</p> <p>Usted paga un copago de \$175, por día, por estadía: Días 21-100</p> |
| <p>Terapia de Ejercicios Supervisada (SET). Se necesita una referido de su PCP</p> | <p>Usted paga un copago de \$30 por los servicios de SET cubiertos por Medicare.</p> | <p>Usted paga un copago de \$15 por los servicios de SET cubiertos por Medicare.</p> |
| <p>Servicios para la Visión – Cuidados de visión rutinarios</p> <p>Los montos pagados por estos servicios no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo.</p> | <p>Usted paga un copago de \$0 por hasta 1 par de anteojos, que incluye marcos y lentes plásticos, O lentes de contacto por año calendario.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$100 cada año calendario por anteojos (marcos, lentes y opciones de lentes) O lentes de contacto.</p> <p>Los montos superiores a la asignación de \$100 no están cubiertos.</p> <p>Ofrecido por EyeMed</p> | <p>Usted paga un copago de \$0 por hasta 1 par de anteojos, que incluye marcos y lentes plásticos, O lentes de contacto por año calendario.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$150 cada año calendario por anteojos (marcos, lentes y opciones de lentes) O lentes de contacto.</p> <p>Los montos superiores a la asignación de \$150 no están cubiertos.</p> <p>Proporcionado Ofrecido por EyeMed</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Servicios dentales - (Beneficio opcional suplementario)*</p> | <p>Servicios ofrecidos por Delta Dental.</p> | <p>Los servicios pueden ser provistos por proveedores dentro de la red Delta Dental Medicare Advantage o fuera de la red.+</p> |
| <p>Atención Dental Preventiva Incluye examen oral, rayos-x y limpiezas.</p> | <p>No cubierto.</p> | <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales preventivos cubiertos.</p> |
| <p>Atención Dental Integral Usted solo podrá tener una opción dental. La compra de este beneficio reemplaza los servicios dentales preventivos e integrales descritos anteriormente, los cuales tienen un máximo anual de \$2,000.</p> | <p>Beneficio máximo de \$1,000 por año calendario (servicios dentales combinados en el beneficio opcional suplementario).</p> | <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales integrales cubiertos que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un alisado y alisado radicular por cuadrante cada 2 años calendarios • Un empaste por diente cada 2 años calendarios • Un desbridamiento bucal completo cada 2 años calendarios • Dos coronas por año calendario • Tres tratamientos de conducto por año calendario • Dos extracciones por año calendario • Dos rebases por año calendario • Una prótesis por arco cada 5 años calendarios |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|-----------------|--|
| Los montos que paga por estos servicios no se toman en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. | | Máximo anual de \$4,000 para atención dental integral. |

*** Los beneficios opcionales suplementarios están disponibles por una prima adicional.** Para obtener más información sobre los beneficios opcionales suplementarios, consulte el Capítulo 4, Sección 2.2 de su *Evidencia de Cobertura*.

+El plan Delta Dental pagará beneficios por los servicios cubiertos proporcionados por un Proveedor No Participante. Sin embargo, un Proveedor No Participante puede cobrarle más que la Asignación Máxima del Plan pagadera en virtud de este plan Medicare Advantage, y usted será responsable de todos los cargos por costos compartidos, consulte el Capítulo 4, Sección 2.2 de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.5 – Cambios a la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

Cambios a nuestra “Lista de Medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de Medicamentos”. Proporcionamos nuestra “Lista de Medicamentos” por vía electrónica.

Hicimos cambios a nuestra “Lista de Medicamentos”, que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o cambiarlos a otro nivel de costos compartidos. **Consulte la “Lista de Medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción o si el medicamento se ha cambiado a otro nivel de costos compartidos.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de Medicamentos” son nuevos a partir del inicio de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que hagamos otros cambios que están permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos retirar inmediatamente algún medicamento que la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), considere riesgoso, o que un fabricante de productos lo haya sacado del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de Medicamentos” en línea para proporcionar una lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al inicio del año o durante el año, revise 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 y/o encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

Cambios a los Costos de Medicamentos Recetados

Nota: Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), es posible que la información sobre costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted. Le enviamos un folleto separado llamado “Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos con recetas” (también llamado “Cláusula Adicional para Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que ofrece información sobre los costos de los medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este folleto antes del 15 de octubre de 2023, llame a Servicio al Cliente y pregunte por la “Cláusula adicional LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. La información a continuación muestra los cambios a las primeras dos etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa del periodo sin cobertura o la Etapa de Cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios a la Etapa de Deducible

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|---|---|
| Etapa 1: Etapa de Deducible Anual | Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. | Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. |

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin ningún costo para usted.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas médicas por pedido de correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos medicamentos de nuestra “Lista de Medicamentos”. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la “Lista de Medicamentos”.</p> | <p>Costo del suministro para un mes cuando lo obtiene en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Genérico Preferido Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Genérico: Usted paga \$10 por receta médica.</p> <p>Marca Preferida: Usted paga \$47 por receta médica.</p> <p>Marca No Preferida: Usted paga \$100 por receta médica.</p> <p>Nivel Especial: Usted paga el 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos han alcanzado \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del periodo sin Cobertura).</p> | <p>Costo del suministro para un mes cuando lo obtiene en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Genérico Preferido Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Genérico: Usted paga \$10 por receta médica.</p> <p>Marca Preferida: Usted paga \$47 por receta médica.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Marca No Preferida: Usted paga \$100 por receta médica.</p> <p>Nivel Especial: Usted paga el 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos han alcanzado \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del periodo sin Cobertura).</p> |

Cambios a la cobertura en la Etapa del periodo sin cobertura y la Etapa de Cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de pago de los medicamentos - la Etapa del periodo sin cobertura y la Etapa de Cobertura en situaciones catastróficas – son para personas con un alto costo en medicamentos. **Comenzando en 2024, si usted alcanza la Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas, usted no pagara nada por medicamentos cubiertos bajo la Parte D.** Para información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

| Descripción | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Cambio de Dirección</p> <p>Los miembros que continúen en BayCare Plus para 2024 recibirán un nuevo número de identificación de miembro para recibir servicios a partir del 1.º de enero de 2024.</p> | <p>BayCare Health Plans P.O. Box 12487 St. Louis, MO 63132</p> | <p>BayCare Health Plans P.O. Box 30764 Tampa, FL 33630</p> |

SECCIÓN 3 DecidirCuál Plan Elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en BayCarePlus Rewards

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o no cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente estará inscrito en nuestro **BayCarePlus Rewards**.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de planes

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar de planes para 2024 siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede unirse a un plan de seguro médico de Medicare diferente
- *O--* puede cambiar a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si se une a 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, use el Buscador de Planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, llame a su Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2). Como recordatorio, BayCare Select Health Plans ofrece otros planes de seguro médico de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de seguro médico de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de **BayCarePlus Rewards**.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Se le dará de baja automáticamente de **BayCarePlus Rewards**.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para darle de baja. Comunicarse con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – o – comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana y pedir que le den de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha Límite para Cambiar de Planes

Si desea cambiar 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 vigor el 1.º de enero de 2024.

¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, los cambios también están permitidos en otras épocas del año. Los ejemplos incluyen personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o dejan una cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2024 y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de seguro médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si recientemente ingresó, salió o actualmente vive en una institución (como un centro de cuidados de enfermería especializada u hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de seguro médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Consejería Gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), es un programa gubernamental independiente que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En Florida, el SHIP se llama Atención a las Necesidades de Seguro de Salud de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno Federal para brindar a las personas con Medicare consejería local en materia de seguros médicos **de forma gratuita**. Los consejeros de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre como cambiar de plan. Puede llamar al (800) 963-5337 (TTY: 1-800-955-8770). Puede obtener más información sobre SHINE visitando su sitio web (FloridaSHINE.org).

SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la “Ayuda Adicional” y así pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de los medicamentos, que incluye primas mensuales para los medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Además, aquellas personas que califican no tendrán un periodo sin cobertura ni multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día/7 días a la semana; a la
 - La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes, para comunicarse con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o a la
 - Oficina Estatal de Medicaid (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 viven con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben reunir ciertos criterios, como una prueba de que viven en el Estado y estatus del VIH, prueba de bajos ingresos según lo define el Estado y el estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de los costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Florida. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con:

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA

Sección VIH/SIDA
4052 Bald Cypress Way
Tallahassee, FL 32399
Teléfono: (850) 245-4422

Línea directa sobre VIH/SIDA de Florida:

English: (800) 352-2437
Español: (800) 545-7432
TTY: (888) 503-7118

[FloridaHealth.gov/Diseases-and-Conditions/AIDS/ADAP/](https://www.floridahealth.gov/Diseases-and-Conditions/AIDS/ADAP/)

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Obtener Ayuda de BayCarePlus Rewards

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio al Cliente al (866) 509-5396. (Solo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Los fines de semana, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y los días festivos, podrá acceder a un servicio de mensajería. Deje un mensaje y devolveremos su llamada el siguiente día laborable. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2024* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año).

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener detalles, revise la *Evidencia de Cobertura de 2024* de BayCarePlus Rewards. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Allí se explican sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en Member.BayCarePlus.org. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo la *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro Sitio Web

También puede visitar nuestro sitio web en Member.BayCarePlus.org. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores/Farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/“Lista de Medicamentos”).

Sección 7.2 – Obtener Ayuda de Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a 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). Allí encontrará información sobre costos, cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarle a comparar los planes de seguro médico de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted* 2024

Lea el manual *Medicare y Usted 2024*. Cada otoño, se envía este manual a todas las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede solicitarla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

BayCare Health Plans

300 Park Place Blvd.
Suite 170
Clearwater, FL 33759



Member.BayCarePlus.org



Línea gratuita: (866) 509-5396 (TTY: 711)
8am a 8pm, siete días a la semana

Es posible que sea conectado a un servicio de mensajes del 1 de abril al 30 de septiembre y los días feriados. Por favor deje un mensaje, y se le devolverá la llamada el próximo día laborable.

BayCare Select Health Plans es un plan de HMO con un contrato con Medicare. La inscripción a BayCare Select Health Plans depende de la renovación del contrato. BayCare Health Plans cumple con las leyes Federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, discapacidad o sexo género.