

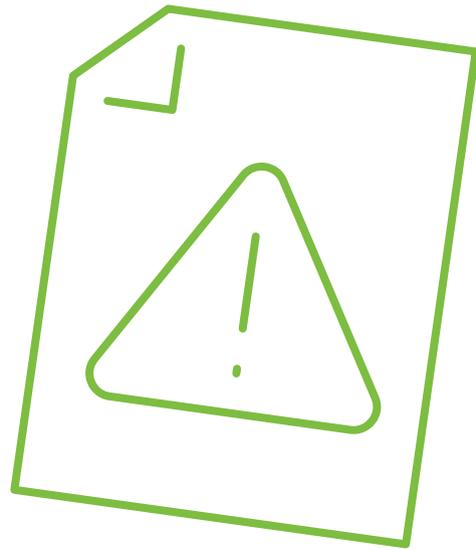
# 2024

# Aviso Anual de Cambios

**BayCarePlus Premier (HMO)**

H2235-003

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



## **BayCarePlus Premier (HMO) ofrecido por BayCare Select Health Plans**

# **Aviso Anual de Cambios para 2024**

Actualmente está inscrito como miembro de **BayCarePlus Premier**. El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 6 para conseguir un resumen de los costos importantes, incluida la Prima.**

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [Member.BayCarePlus.org](http://Member.BayCarePlus.org). También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo la *Evidencia de Cobertura*.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el 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](http://es.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista que aparece al final de su 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 Premier**.
- 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 Premier**.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de cuidados de enfermería especializada o un 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 operaciones 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 laboral.
- 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](http://www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families).

**Acerca de BayCarePlus Premier**

- BayCare Select Health Plans es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en BayCarePlus Premier 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 Premier**.

## 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 Dolmeterscherservice 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 대해 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**

<b>Resumen de Costos Importantes para 2024</b> .....	<b>6</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y los Costos para Próximo Año</b> .....	<b>8</b>
Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual.....	8
Sección 1.2: Cambios de su Monto Máximo que paga de su bolsillo .....	9
Sección 1.3: Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias.....	9
Sección 1.4: Cambios a los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos .....	10
Sección 1.5: Cambios en la Cobertura de Medicamentos con receta de la Parte D .....	16
<b>SECCIÓN 2 Cambios Administrativos</b> .....	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir</b> .....	<b>19</b>
Sección 3.1: Si desea permanecer inscrito en BayCarePlus Premier.....	19
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan .....	19
<b>SECCIÓN 4 Fecha Límite para Cambiar de Plan</b> .....	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuita sobre Medicare</b> .....	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados</b> .....	<b>22</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?</b> .....	<b>23</b>
Sección 7.1: Cómo Obtener ayuda de BayCarePlus Premier .....	23
Sección 7.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare.....	23

## Resumen de Costos Importantes para 2024

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> *Su prima puede ser mayor a este monto. Consulte la Sección 1.1 para enterarse de los detalles.	\$34	\$42
<b>Monto máximo de desembolso</b> 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 enterarse de los detalles).	\$2,500	\$2,500
<b>Visitas en el consultorio médico</b>	Visitas de cuidados primarios: \$0 por visita  Visitas a especialistas: \$15 por visita	Visitas de cuidados primarios: \$0 por visita  Visitas a especialistas: \$15 por visita
<b>Hospitalizaciones</b>	\$150 de copago por día: Días 1-5 de cada estadía.  \$0 de copago por día: Días 6 y posteriores de cada estadía.	\$175 de copago por día: Días 1-5 de cada estadía.  \$0 de copago por día: Días 6 y posteriores de cada estadía.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b></p> <p>(consulte la Sección 1.5 para ver los detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p><b><u>Suministro para 30 días en Farmacia Minorista</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 1: \$0 de copago</li> <li>• Medicamento de Nivel 2: \$0 de copago</li> <li>• Medicamento de Nivel 3: \$30 de copago</li> <li>• Medicamento de Nivel 4: \$85 de copago</li> <li>• Medicamento de Nivel 5: 33% de coaseguro</li> </ul> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.</li> <li>• Por cada receta médica, usted paga el monto más alto: un pago equivalente al 5% del costo del medicamento (esto se denomina <b>coaseguro</b>) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o tratado como genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos).</li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p><b><u>Suministro para 30 días en Farmacia Minorista</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 1: \$0 de copago</li> <li>• Medicamento de Nivel 2: \$0 de copago</li> <li>• Medicamento de Nivel 3: \$30 de copago</li> <li>• Medicamento de Nivel 4: \$85 de copago</li> <li>• Medicamento de Nivel 5: 33% de coaseguro</li> </ul> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>

**SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y los Costos del Próximo Año**

**Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Prima mensual</b> (También debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).</p>	\$34	\$42
<p><b>Prima mensual de beneficios opcionales suplementarios</b> Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección 2.2, Beneficios “opcionales suplementarios” adicionales que puede comprar.</p>	\$30	\$49

- La prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía en 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”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será menor si recibe “Ayuda Adicional” para cubrir los gastos de medicamentos recetados. Por favor vea Sección 6 con relación a la “Ayuda Adicional” que ofrece Medicare.

## Sección 1.2: Cambios de su Monto Máximo de Desembolso

Medicare exige que todos los planes de seguro médico limiten lo que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “Monto Máximo de que paga de su bolsillo”. Una vez alcanzado este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Monto máximo de desembolso</b> Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se toman en cuenta para calcular el 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 calcular el monto máximo de desembolso.	\$2,500	\$2,500 Una vez que haya pagado \$2,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

## Sección 1.3: Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web [Member.BayCarePlus.org](http://Member.BayCarePlus.org). También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, lo cual haremos en un plazo de tres días laborales.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el *Directorio de Proveedores/Farmacias 2024* para ver si sus proveedores (proveedor 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 2024* para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, doctores, especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si lo afecta un cambio de proveedores a mitad de año, 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, haremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios Quiroprácticos</b>	Usted paga un copago de \$10 por cada servicio quiropráctico cubierto por Medicare	Usted paga un copago de \$15 por cada servicio quiropráctico cubierto por Medicare

**Servicios dentales**

Servicios dentales cubiertos por Medicare

Usted paga un copago de \$20 por los servicios dentales cubiertos por Medicare.

Usted paga un copago de \$15 por los 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, incluidos exámenes orales, radiografías, limpiezas, raspado periodontal y alisado radicular.

Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales preventivos cubiertos, incluidos exámenes orales, radiografías, 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\*

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

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

- Un alisado radicular/raspado y alisado por cuadrante cada 3 años
- Dos empastes por año calendario
- Desbridamiento de boca completa: uno cada 3 años calendario
- Dos extracciones por año calendario

- Un alisado radicular/raspado y alisado por cuadrante cada 2 años
- Dos empastes por año calendario
- Un desbridamiento de boca completa por cada 2 años calendario
- Una corona por año calendario
- Dos tratamientos de conducto por año calendario

**\*Los servicios dentales preventivos e integrales solo están cubiertos cuando se obtienen a través de la red Delta Dental Medicare Advantage**

**Servicios dentales (continuación)**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos extracciones por año calendario</li> <li>• Dos realineaciones por año calendario</li> <li>• Una dentadura postiza por arco cada 5 años calendario</li> </ul> <p>Máximo anual de \$2,000 para 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>
<b>Exámenes de Audición</b>	Usted paga un copago de \$30 por cada examen médico de audición cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$15 por cada examen médico de audición cubierto por Medicare.
<b>Hospitalizaciones</b>	<p>\$150 de copago por día: Días 1-5 de cada estadía.</p> <p>\$0 de copago por día: Días 6 y posteriores de cada estadía.</p>	<p>\$175 de copago por día: Días 1-5 de cada estadía.</p> <p>\$0 de copago por día: Días 6 y posteriores de cada estadía.</p>
<b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare: Insulina</b>	Usted paga 20% de coaseguro.	Usted paga 20% coaseguro hasta un copago máximo de \$35 por un suministro para un mes.
<b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b>	Usted paga un copago de \$10 por visita a los servicios del programa de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$15 por visita a los servicios del programa de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios médicos ambulatorios de salud mental</b></p> <p>Visita individual</p> <p><b>Visita grupal</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$10 por cada visita individual cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$5 por cada visita grupal cubierta por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 por cada visita individual cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada visita grupal cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación ambulatoria</b> (incluye terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje)</p>	<p>Usted paga un copago de \$10 por cada terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada visita de terapia física y/o patología del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 por cada terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por cada visita de terapia física y/o patología del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Servicios ambulatorios de abuso de drogas</b></p> <p>Visita individual</p> <p><b>Visita grupal</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$10 por cada visita individual cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$5 por cada visita grupal cubierta por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 por cada visita individual cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada visita grupal cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Cuidado en un centro de cuidados de enfermería especializada (SNF)</b></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por día, por estadía Días 1-20.</p> <p>Usted paga \$150 de copago por día, días 21-100.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por día, por estadía Días 1-20.</p> <p>Usted paga \$175 de copago por día, días 21-100.</p>
<p><b>Servicios de la vista: cuidado de visión rutinario</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por hasta 1 par de anteojos, que incluye</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por hasta 1 par de anteojos, que incluye</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>monturas y lentes de plástico, O lentes de contacto por año calendario.                      Nuestro plan paga hasta \$100 por año calendario por anteojos (monturas, lentes y opciones de lentes) O lentes de contacto.</p> <p>Los montos superiores a la asignación de \$100 no están cubiertos y no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Ofrecido por <b>EyeMed</b></p>	<p>monturas y lentes de plástico, O lentes de contacto por año calendario.                      Nuestro plan paga hasta \$300 por año calendario por anteojos (monturas, lentes y opciones de lentes) O lentes de contacto.</p> <p>Los montos superiores a la asignación de \$300 no están cubiertos y no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Ofrecido por <b>EyeMed</b></p>

<p><b>Servicios dentales: (beneficios opcionales suplementarios)*</b></p>	<p>Servicios ofrecidos por <b>Delta Dental</b>.</p>	<p>Los servicios pueden prestarse dentro de la red a través de la red de <b>Delta Dental Medicare Advantage</b> o fuera de la red.+</p>
<p><b>Atención Dental Preventiva</b></p>	<p>No cubierto</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales preventivos cubiertos.</p>
<p><b>Atención Dental Integral</b></p>	<p>Beneficio máximo de 1000 por año calendario (servicios dentales OSB combinados).</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales integrales cubiertos que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un alisado radicular/raspado y alisado por cuadrante cada 2 años calendario</li> <li>• Un empaste por diente cada 2 años calendario</li> <li>• Un desbridamiento de boca completa por cada 2 años calendario</li> <li>• Dos coronas por año calendario</li> <li>• Tres tratamientos de conducto por año calendario</li> <li>• Dos extracciones por año calendario</li> <li>• Dos realineaciones por año calendario</li> <li>• Una dentadura postiza por arco cada 5 años calendario</li> </ul>
<p>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>		

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 al pagar 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 los 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 que se paga bajo este Plan Medicare Advantage y usted será responsable de todos los cargos de Costo Compartido, consulte el Capítulo 4, Sección 2.2 de su *Evidencia de Cobertura*.

## Sección 1.5: Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

### Cambios en Nuestra “Lista de Medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de Medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra “Lista de Medicamentos” electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o pasarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la “Lista de Medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento se pasó a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de Medicamentos” son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que hagamos otros cambios que permiten las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), considera inseguros o que el fabricante del producto retira del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de Medicamentos” en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si resulta afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principios del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su doctor para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar para una excepción y/o trabajar para encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

**Cambios a los Costos de los Medicamentos Recetados**

**Nota:** Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso. Le enviamos un folleto por 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 le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este inserto antes del 15 de octubre de 2023, llame a Servicio al Cliente y solicite la “Cláusula Adicional LIS”.

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

**Cambios a la Etapa del Deducible**

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

**Cambios en sus Costos Compartidos en la Etapa de la Cobertura Inicial**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de la 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>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p> <p>Los costos de esta fila son de un suministro para 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 recetas médicas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su Evidencia de Cobertura.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de Medicamentos”. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la “Lista de Medicamentos”.</p>	<p>Costo por un suministro de un mes cuando lo obtiene en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Genérico Preferido:</b> Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p><b>Genérico:</b> Usted paga \$4 por receta médica.</p> <p><b>Marca Preferida:</b> Usted paga \$35 por receta médica.</p> <p><b>Marca No Preferida:</b> Usted paga \$85 por receta médica.</p> <p><b>Nivel de especialidad:</b> Usted paga 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del Período sin Cobertura).</p>	<p>Costo por un suministro de un mes cuando lo obtiene en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Genérico Preferido:</b> Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p><b>Genérico:</b> Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p><b>Marca Preferida:</b> Usted paga \$35 por receta médica.</p> <p><b>Marca No Preferida:</b> Usted paga \$85 por receta médica.</p> <p><b>Nivel de especialidad:</b> Usted paga 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado \$5,030 pasará a la siguiente etapa (la Etapa del Período 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><b>Cambio de Dirección</b></p> <p><b>Números de identificación de miembro</b> los miembros que continúen en BayCare Plus en 2024 recibirán un nuevo número de identificación de miembro que entrará en vigencia 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 Decisión Acerca deCuál Plan Elegir

### Sección 3.1: Si desea permanecer en BayCarePlus Premier

**Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro **BayCarePlus Premier**.

### Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2024, siga estos pasos:

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

- Puede inscribirse en un plan de seguro médico diferente de Medicare,
- *O-* puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si desea inscribirse 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 ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare & Usted 2024*, llame a su Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2). Como recordatorio, BayCare Select Health Plans ofrece otros planes de seguro médico de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de seguro médico diferente de Medicare**, inscribese en el plan nuevo. Se le dará de baja automáticamente de **BayCarePlus Premier**.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Se le dará de baja automáticamente de **BayCarePlus Premier**.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, 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**, por el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, 7 días de la semana, y pedir que lo den de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 4 Fecha Límite para Cambiar de Plan

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

### ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Los ejemplos incluyen personas con Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o van a dejar la cobertura del empleador y aquellos 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 cambiarse a otro plan de seguro médico de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de cuidados de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de seguro médico de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte) 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 dinero del gobierno federal para dar consejería **gratuita** local sobre los seguros médicos para personas con Medicare. Los consejeros de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo 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](http://FloridaSHINE.org)).

## SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos recetados, incluidas sus primas mensuales, deducibles anuales y coaseguro. Además, aquellos que califiquen no tendrán un periodo sin cobertura ni multa por inscripción tardía. Para ver 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;
  - La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8am a 7pm, de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 o
  - Su 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 asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos según la definición del estado y condición sin seguro/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia en los costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA de Florida. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los 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 de Florida HIV/AIDS:

Inglés: (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 ¿Tiene Preguntas?

### Sección 7.1: Cómo Obtener ayuda de BayCarePlus Premier

¿Tiene Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio al Cliente al (866) 509-5396. (TTY solamente, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8am a 8pm, 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 laboral. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Este *Aviso Anual de Cambios* le presenta un resumen de los cambios en sus beneficios y costos de 2024. Para ver los detalles, revise la *Evidencia de Cobertura 2024* de **BayCarePlus Premier**. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. La copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en [Member.BayCarePlus.org](http://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](http://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: Cómo Obtener Ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, 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)). Tiene información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de seguro médico de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

**Lea *Medicare & Usted* 2024**

Lea el manual *Medicare & Usted* 2024. Cada otoño, este folleto se envía por correo a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si 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), 24 horas del día, 7 días de 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](https://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, edad, discapacidad o género.