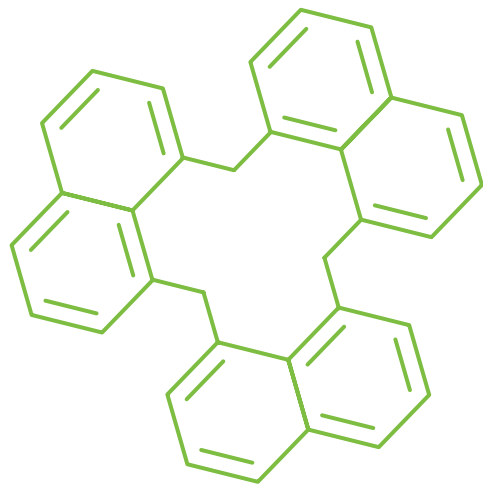


2025

Formulario de Medicamentos Recetados

Este formulario se actualizó el 02/01/2025 Para obtener la información más reciente o si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente Farmacéutico al (888) 741-5002 (TTY: 711), siete días a la semana, 24 horas al día, o vaya a Member.BayCarePlus.org.



BayCarePlus Rewards (HMO)
BayCarePlus Complete (HMO)
BayCarePlus Premier (HMO)

Al Servicio de los Condados de Hillsborough,
Pasco, Pinellas y Polk

 **BayCarePlus**[®]
Medicare Advantage

Formulario de Medicamentos de Planes de Seguro Médico de BayCare (HMO) 2025 (Lista de Medicamentos Cubiertos)

LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Nota a quienes ya son miembros: Este formulario de medicamentos cambió desde el año pasado.

Mensaje Importante sobre lo que Paga por las Vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, por lo que a usted no le implican ningún costo. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Mensaje Importante sobre lo que Paga por la Insulina: No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina que cubre nuestro plan, sin importar en qué nivel de costos compartidos se encuentran, incluso si la insulina no se considera una Insulina Seleccionada según el Formulario de Medicamentos Recetados del plan.

Revise este documento para asegurarse de que siga incluyendo los medicamentos que toma.

Cuando en esta lista (formulario de medicamentos) se haga referencia a "nosotros" o "nuestro", significa los Planes de Seguro Médico de **BayCare**. Cuando se haga referencia a "plan" o "nuestro plan", significa los Planes de Seguro Médico de **BayCare**.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario de medicamentos) de nuestro plan y está vigente desde 02/2025. Para ver un formulario de medicamentos actualizado, póngase en contacto con nosotros. Puede encontrar nuestra información de contacto y la fecha en que actualizamos por última vez el formulario de medicamentos en la primera y la última página.

Por lo general, debe ir a las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamento recetado. Los beneficios, el formulario de medicamentos, la red de farmacias y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y de vez en cuando durante el año.

ID de Envío de Archivo de Formulario de Medicamentos HPMS:

25198.000 Número de Versión 6 H2235_25-008_C

¿Qué es el Formulario de Medicamentos de los Planes de Seguro Médico (HMO) de BayCare?

Un formulario de medicamentos es una lista de los medicamentos cubiertos seleccionados por nuestro plan en conjunto con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias con receta médica que creemos que son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, cubrimos los medicamentos que aparecen en nuestro formulario de medicamentos siempre que sean necesarios por motivos médicos, que la receta médica se presente en una farmacia de la red del plan y que se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas médicas, revise su Evidencia de Cobertura.

¿El Formulario de Medicamentos (lista de medicamentos) puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o eliminemos medicamentos de la Lista de Medicamentos durante el año, que los movamos a otros niveles de costos compartidos o que agreguemos nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare para hacer estos cambios.

Estos son los cambios que podrían afectarle este año: Usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año en los siguientes casos:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo, que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo y con las mismas o con menos restricciones. Además, cuando agregamos un medicamento genérico nuevo, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a otro nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Si actualmente toma ese medicamento de marca, es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, pero más tarde le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.
 - Si hacemos ese un cambio, usted o el médico que le recetó el medicamento pueden pedirnos que hagamos una excepción y le sigamos cubriendo el medicamento de marca. El aviso que le proporcionaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la siguiente sección llamada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Medicamentos de los Planes de Seguro Médico (HMO) de BayCare?"
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro Formulario de Medicamentos no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos inmediatamente de nuestro formulario de medicamentos y daremos aviso a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el

mercado para reemplazar un medicamento de marca que se encuentra actualmente en el formulario de medicamentos. También podemos agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a otro nivel de costos compartidos, o ambas opciones. O podemos hacer cambios con base en nuevos lineamientos clínicos. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario de medicamentos, agregamos una autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapias escalonadas a un medicamento o movemos un medicamento a un nivel de costos compartidos más alto, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia, o cuando el miembro solicite una renovación de la receta del medicamento. En este último caso, el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.

- Si hacemos estos cambios, usted o el médico que le recetó el medicamento pueden pedirnos que hagamos una excepción y le sigamos cubriendo el medicamento de marca. El aviso que le proporcionaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la siguiente sección llamada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Medicamentos de los Planes de Seguro Médico (HMO) de BayCare?"

Cambios que no le afectarán si actualmente toma un medicamento. Por lo general, si toma un medicamento que se encuentra en nuestro formulario de medicamentos de 2025 que tenía cobertura a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año 2025, excepto según lo que se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles al mismo costo compartido y no incluirán restricciones nuevas para aquellos miembros que lo tomen durante el resto del año de cobertura. No recibirá ningún aviso directo este año sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, estos cambios le afectarían, y es importante que revise la Lista de Medicamentos para el nuevo año de beneficios para estar al tanto de cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario de medicamentos adjunto estará vigente a partir de noviembre de 2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos que cubre nuestro plan, póngase en contacto con nosotros. Puede encontrar nuestra información de contacto en la primera y la última página. Si hacemos otros tipos de cambios al formulario de medicamentos, además de los antes mencionados (cambios que nos son de mantenimiento), enviaremos una notificación por escrito por correo a los miembros afectados en forma de Fe de Erratas del Formulario de Medicamentos.

¿Cómo uso el Formulario de Medicamentos?

Existen dos formas de buscar su medicamento en el formulario de medicamentos:

Condición Médica

El formulario de medicamentos comienza en la página 1. Los medicamentos incluidos en este formulario de

medicamentos se agrupan en categorías según el tipo de condiciones médicas para cuyo tratamiento se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar una condición cardíaca se incluyen en la categoría "Agentes Cardiovasculares". Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento en esa categoría.

Lista por Orden Alfabético

Si no sabe en qué categoría buscar, puede buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página I-1. El Índice proporciona una lista ordenada alfabéticamente de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice se incluyen tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice para encontrar su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de página en la que se encuentra la información de cobertura. Vaya a la página indicada en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre tanto medicamentos de marca como genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA como medicamento que incluye el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requerimientos o límites adicionales en la cobertura. Algunos de estos requerimientos y límites pueden ser:

- **Autorización Previa:** Requerimos que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará nuestra aprobación antes de poder surtir sus recetas médicas. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- **Límites de Cantidad:** Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que cubriremos. Por ejemplo, proveemos dieciocho comprimidos de 50 mg de sumatriptán por receta médica. Esto puede ser además de un suministro estándar de uno o tres meses.
- **Terapia Escalonada:** En algunos casos, requerimos que primero intente tomar ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrirle otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B sirven para tratar su condición médica, es posible que no cubramos el Medicamento B a menos que primero intente tomar el Medicamento A. Si el Medicamento A no le funciona, cubriremos el Medicamento B.

Puede ver si su medicamento tiene algún requerimiento o límite adicional buscando en el formulario de medicamentos que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Nuestros documentos

publicados en línea explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Puede encontrar nuestra información de contacto y la fecha en que actualizamos por última vez el formulario de medicamentos en la primera y la última página.

Puede solicitarnos que hagamos una excepción a estas restricciones o límites o pedirnos una lista de otros medicamentos similares que se puedan usar para tratar su condición médica. Consulte la sección llamada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Medicamentos de los Planes de Seguro Médico de BayCare?" en la página iv para ver información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué ocurre si mi medicamento no está en el Formulario de Medicamentos?

Si su medicamento no está incluido en este formulario de medicamentos (lista de medicamentos cubiertos), primero debe contactarse con Atención al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si le informan que nuestro plan no lo cubre, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Atención al Cliente de la Farmacia que le proporcione una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando tenga la lista, muéstresela a su doctor y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos su medicamento. Mas adelante puede encontrar información sobre cómo solicitar una excepción.

Por lo general, solo aprobamos una solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario de medicamentos del plan, el medicamento de costo compartido más bajo o las restricciones de uso adicionales no serían igual de eficaces para tratar su condición y/o podrían provocarle efectos secundarios médicos.

Debe contactarnos para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una excepción al formulario de medicamentos, los niveles, o a una restricción de uso. Cuando solicita una excepción al formulario de medicamentos, los niveles o a una restricción de uso, debe enviar una declaración del médico que le recetó el medicamento que respalde la solicitud. Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas posteriores a recibir la declaración de respaldo de su médico. Puede solicitar una excepción acelerada si usted o su doctor consideran que su salud podría verse gravemente afectada por esperar hasta 72 horas para una decisión. Si aceptamos su solicitud para acelerar el proceso, debemos proporcionarle una decisión dentro de las 24 horas de haber recibido una declaración de respaldo de su doctor u otro médico que haya hecho la receta.

¿Qué hago antes de poder hablar con mi doctor sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no estén

incluidos en nuestro formulario de medicamentos. O es probable que esté tomando un medicamento que esté incluido en nuestro formulario de medicamentos, pero que su capacidad para conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar una autorización previa de parte nuestra para poder surtir su receta médica. Debe consultar con su doctor para decidir si cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción al formulario de medicamentos para que cubramos el medicamento que toma. Mientras consulta con su doctor para determinar el procedimiento adecuado, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días desde que usted se hizo miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté incluido en nuestro formulario de medicamentos o si su capacidad para obtenerlos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta médica indica menos días, le permitiremos renovarla para un suministro de hasta un máximo de 30 días del medicamento. Después de completar su suministro para 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si usted ha sido un miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de cuidados de largo plazo y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario de medicamentos o si su capacidad para obtenerlo es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días desde que se unió a nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento mientras busca obtener una excepción al formulario de medicamentos.

Los miembros que tengan un cambio en el nivel de cuidados (entorno) podrán obtener un único suministro de transición para 30 días por medicamento. Algunos ejemplos incluyen los beneficiarios que ingresan a un centro de cuidados de largo plazo, aquellos a quienes les dan el alta de un hospital o aquellos que finalizan una internación en un centro de cuidados de largo plazo y regresan a la comunidad.

Para más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de los Planes de Seguro Médico de BayCare, consulte su Evidencia de Cobertura y los demás materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre los Planes de Seguro Médico de BayCare, póngase en contacto con nosotros. Puede encontrar nuestra información de contacto y la fecha en que actualizamos por última vez el formulario de medicamentos en la primera y la última página.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

Formulario de Medicamentos de Planes de Seguro Médico de BayCare

El siguiente formulario de medicamentos proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por los Planes de Seguro Médico de BayCare. Si no puede encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página I-1.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (p. ej., HUMIRA) y los genéricos están en letra cursiva minúscula (p. ej., warfarina).

La segunda columna de la tabla *solo sirve de referencia* para identificar el nombre común de Marca o genérico. Los productos específicos que se encuentran en la segunda columna no se encuentran en el formulario de medicamentos; *solo sirven de referencia*. Ejemplo 1:

Agentes Tiroideos y Antitiroideos	
<i>Levotiroxina oral, comprimido de 100 µg</i> (Synthroid) <i>112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg,</i> <i>175 µg, 200 µg, 25 µg, 50 µg,</i> <i>75 µg, 88 µg</i>	1

La levotiroxina es el producto del formulario de medicamentos; y Synthroid no se encuentra en el formulario de medicamentos y se proporciona solo para referencia.

Ejemplo 2:

Agentes Antidiabéticos	
<i>Farxiga oral, comprimido de 10 mg, 5 mg</i> (dapagliflozina propanediol)	3

Farxiga es el producto del formulario de medicamentos; dapagliflozina propanediol no se encuentra en el formulario y se proporciona solo para referencia.

La información en la columna Requerimientos/Límites detalla si los Planes de Seguro Médico de BayCare tienen algún requerimiento especial para la cobertura de un medicamento.

Lista de Abreviaturas

CB: Beneficio limitado. Para los medicamentos que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, limitamos la cantidad que el plan cubrirá. Por ejemplo, proporcionamos seis comprimidos para una receta de 30 días para sildenafil.

EX.: Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. El monto que usted debe pagar cuando surte una receta médica para este medicamento no cuenta para sus costos totales para medicamentos (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para una cobertura catastrófica). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus recetas médicas, no recibirá ayuda adicional para pagar este medicamento.

LA: Acceso Limitado. Esta receta médica puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para obtener más información, consulte con su Directorio de Proveedores o llame a Atención al Cliente de la Farmacia al 1-888-741-5002 sin costo alguno, los siete días de la semana, las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

NDS: Suministro de Días No Extendidos. Este medicamento solo se puede obtener para una cantidad de un mes o menos. No puede surtir una receta médica para un suministro de más de un mes.

NM: Pedido Sin Entrega por Correo. La receta médica no se puede obtener mediante una farmacia de la red que entregue pedidos por correo.

PA: Autorización Previa. Requerimos que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener la aprobación del Plan de Seguro Médico de BayCare antes de poder surtir sus recetas médicas. Si no obtiene la aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

PA BvD: Determinación de Autorización Previa para la Parte B vs. la Parte D. Este medicamento recetado tiene un requerimiento administrativo de autorización previa de la Parte B versus la Parte D. Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa de parte nuestra para determinar que el medicamento esté cubierto por la Parte D de Medicare antes de poder surtir la receta médica. Sin previa aprobación, es posible que el plan no cubra este medicamento.

PA NSO: Autorización Previa, Solo Nuevos Comienzos. Si es un miembro nuevo o si nunca ha tomado este medicamento, usted o su médico deben obtener una autorización previa de parte de los Planes de Seguro Médico de BayCare antes de poder surtir la receta médica. Sin previa aprobación, es posible que el plan no cubra este medicamento.

QL: Límite de Cantidad. Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que el plan cubrirá. Por ejemplo, proveemos dieciocho comprimidos de succinato de sumatriptán por receta médica. Esto puede ser

además de un suministro estándar para uno o tres meses.

SI: Insulinas Seleccionadas que son parte del Programa de Ahorros para Insulina y, por lo tanto, implicarán copagos bajos y constantes durante la fase de Brecha de Cobertura. Consulte la Evidencia de Cobertura para ver más información sobre las Insulinas Seleccionadas, incluida información sobre todos los costos compartidos. **NOTA:** La insulina administrada mediante una bomba de insulina durable NO está cubierta en este beneficio de la Parte D; en Medicare, este tipo de insulina estaría cubierto en la Parte B. El Programa de Ahorros para Insulina solo aplica a los planes BayCarePlus Complete (HMO) y BayCarePlus Premier (HMO).

ST: Terapia Escalonada. En algunos casos, requerimos que primero intente tomar ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrirle otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan su condición médica, es posible que no cubramos el Medicamento B a menos que primero intente tomar el Medicamento A. Si el Medicamento A no le funciona, el plan cubrirá el Medicamento B.

Consulte la información a continuación con respecto a los montos de los copagos y/o los porcentajes de coseguro. Para ver más información, consulte las Secciones 5.2 y 5.4 del Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.

Nivel de Costos Compartidos	Costo compartido en instalaciones estándar minoristas y de cuidado de largo plazo (LTC) para un suministro para un mes en una farmacia de la red	Costo compartido en instalaciones estándar minoristas para un suministro para tres meses (suministro para hasta 100 días) en una farmacia de la red	Costo compartido para pedidos por correo para un suministro para tres meses (suministro para hasta 100 días)
BayCarePlus Complete (HMO)			
Nivel 1: Medicamentos Genéricos de Preferencia	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$3	\$9	\$0
Nivel 2: Insulinas Seleccionadas	\$35	\$105	\$95
Nivel 3: Medicamentos de Marca de Preferencia	\$35	\$105	\$95
Nivel 3: Insulinas Seleccionadas	\$35	\$105	\$95
Nivel 4: Medicamentos de Marca que No Son de Preferencia	31% de coseguro	31% de coseguro	31% de coseguro
Nivel 4: Insulinas Seleccionadas	\$35	\$105	\$95

Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	33% de coseguro	No se encuentra disponible un suministro para tres meses para medicamentos del Nivel 5	No se encuentra disponible un suministro para tres meses para medicamentos del Nivel 5
Nivel 6: Medicamentos de Mantenimiento Seleccionados	\$0	\$0	\$0

Nivel de Costos Compartidos	Costo compartido en instalaciones estándar minoristas y de cuidado de largo plazo (LTC) para un suministro para un mes en una farmacia de la red	Costo compartido en instalaciones estándar minoristas para un suministro para tres meses (suministro para hasta 100 días) en una farmacia de la red	Costo compartido para pedidos por correo para un suministro para tres meses (suministro para hasta 100 días)
-----------------------------	--	---	--

BayCarePlus Premier (HMO)

Nivel 1: Medicamentos Genéricos de Preferencia	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Insulinas Seleccionadas	\$0	\$0	\$0
Nivel 3: Medicamentos de Marca de Preferencia	\$30	\$90	\$80
Nivel 3: Insulinas Seleccionadas	\$30	\$90	\$80
Nivel 4: Medicamentos de Marca que No Son de Preferencia	31% de coseguro	31% de coseguro	31% de coseguro
Nivel 4: Insulinas Seleccionadas	\$35	\$105	\$105
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	33% de coseguro	No se encuentra disponible un suministro para tres meses para medicamentos del Nivel 5	No se encuentra disponible un suministro para tres meses para medicamentos del Nivel 5
Nivel 6: Medicamentos de Mantenimiento Seleccionados	\$0	\$0	\$0

Nivel de Costos Compartidos	Costo compartido en instalaciones estándar minoristas y de cuidado de largo plazo (LTC) para un suministro para un mes en una farmacia de la red	Costo compartido en instalaciones estándar minoristas para un suministro para tres meses (suministro para hasta 100 días) en una farmacia de la red	Costo compartido para pedidos por correo para un suministro para tres meses (suministro para hasta 100 días)
BayCarePlus Rewards (HMO)			
Nivel 1: Medicamentos Genéricos de Preferencia	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$10	\$30	\$0
Nivel 2: Insulinas Seleccionadas	\$10	\$30	\$0
Nivel 3: Medicamentos de Marca de Preferencia	\$47	\$141	\$125
Nivel 3: Insulinas Seleccionadas	\$35	\$105	\$105
Nivel 4: Medicamentos de Marca que No Son de Preferencia	40% de coseguro	40% de coseguro	40% de coseguro
Nivel 4: Insulinas Seleccionadas	\$35	\$105	\$105
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	33% de coseguro	No se encuentra disponible un suministro para tres meses para medicamentos del Nivel 5	No se encuentra disponible un suministro para tres meses para medicamentos del Nivel 5
Nivel 6: medicamentos de mantenimiento seleccionados	\$0	\$0	\$0

BayCare Health Plans

P. O. Box 30764

Tampa, FL 33630



Member.BayCarePlus.org



**Línea telefónica gratuita:
(888) 741-5002 (TTY: 711)**

Siete días a la semana, 24 horas al día

Este formulario se actualizó el ~~02/01/2025~~ Para obtener la información más reciente o si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio al Cliente Farmacéutico. BayCare Select Health Plans es un plan HMO con contrato de Medicare. La inscripción en BayCare Select Health Plans depende de la renovación del contrato. BayCare Select Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género.