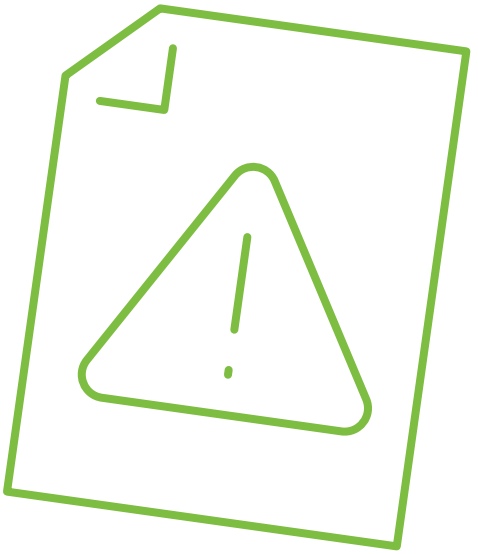
2026 Aviso Anual de Cambios

BayCarePlus **Rewards** (HMO)
H2235-002

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



BayCarePlus®
Medicare Advantage

BayCarePlus Rewards (HMO) ofrecido por BayCare Select Health Plans

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de **BayCare**Plus **Rewards**.

Este documento describe los cambios a los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá inscrito en **BayCare**Plus **Rewards**.
- Si desea cambiar a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revisa la lista al final de tu manual de Medicare y usted 2026.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Más información sobre costos, beneficios y reglas se encuentra en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en Member.BayCarePlus.org o llame a Servicios para miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener una copia por correo.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Para obtener información adicional, comuníquese con Servicios para miembros al (866) 509-5396. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana. Puede comunicarse con un servicio de mensajería los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y feriados. Por favor, deje un mensaje y le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.
- Este documento está disponible en formatos alternativos (por ejemplo, braille, letra grande, etc.). Por favor, comuníquese con Servicios para miembros para más información al (866) 509-5396. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Acerca de BayCarePlus Rewards

- BayCare Select Health Plans es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en BayCare Select Health Plans depende de la renovación del contrato.
- *Cuando este* documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa BayCare Select Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa **BayCare**Plus **Rewards**.
- **Si no realiza ninguna acción antes del 7 de diciembre de 2025, será inscrito automáticamente en BayCare**Plus **Rewards**. A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de **BayCare**Plus **Rewards**. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de planes y los plazos para realizar un cambio.

BayCarePlus Medicare Advantage

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services (§ 92.11)

English
ATTENTION: If you speak any of the languages below, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call (866) 509-5396 (TTY: 711) or speak to your provider.

Spanish Español
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al (866) 509-5396 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Haitian Creole Kreyòl Ayisyen
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan (866) 509-5396 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

French Français
ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le (866) 509-5396 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

Greek Ελληνικά
ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το (866) 509-5396 (TTY: 711) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

German Deutsch
ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie (866) 509-5396 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Hindi हिंदी
ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं।सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं।(866) 509-5396 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Brazilian Portuguese Português do Brasil
ATENÇÃO: Se você fala Português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para (866) 509-5396 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

Italian Italiano
ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre

disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' (866) 509-5396 (TTY: 711) o parla con il tuo fornitore.

Vietnamese Việt
LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số (866) 509-5396 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Tagalog Tagalog
PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa (866) 509-5396 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Arabic العربية
تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم (866) 509-5396 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Russian РУССКИЙ
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону (866) 509-5396 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Traditional Chinese 台語
注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 (866) 509-5396 (TTY: 711) 或與您的提供者討論

Simplified Chinese 中文
注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 (866) 509-5396 （文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

Japanese 日本語
注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。(866) 509-5396（TTY：711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

BayCare Select Health Plans es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en BayCare Select Health Plans depende de la renovación del contrato. BayCare Select Health Plans cumple con los derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Índice

Resumen de costos importantes para 2026 3

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 6

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del Plan 6

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 7

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 7

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 8

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 8

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D 12

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados 13

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 17

SECCIÓN 3 Como cambiar de planes 18

Sección 3.1 Fechas límite para cambiar planes 18

Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio? 18

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados. 20

SECCIÓN 5 Preguntas 22

Reciba ayuda de parte de **BayCare**Plus **Rewards** 22

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 22

Obtenga asistencia directamente de Medicare 23

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior que este monto. Consulte la Sección 1.1 para detalles.	$0	**$0**
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para detalles).	$3,900	**$3,700**
Visitas al consultorio de atención primaria	$0 por consulta	**$0 por consulta**
Visitas a la oficina de especialistas	$25 por consulta	**$25 por consulta**
Hospitalizaciones Incluye atención hospitalaria aguda, rehabilitación interna, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios internos. La atención hospitalaria comienza el día en que es admitido formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes de ser dado de alta es su último día como paciente interno.	Por cada hospitalización cubierta por Medicare, su copago es: $200 de copago por día: Días 1-6 por cada estadía. $0 de copago por día: Días 7 en adelante para cada estadía.	**Por cada hospitalización cubierta por Medicare, su copago es:** **$200 de copago por día: Días 1-5 por cada estadía.** **$0 de copago por día: Días 6 en adelante para cada estadía.**

	2025 (este año)	**2026 (próximo año)**
Deducible para cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para detalles).	$0	**$90*** **Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de nivel 3, nivel 4 y nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual de $90.** *** Excepciones existen para productos de insulina y la mayoría de las vacunas de adultos de la Parte D.**

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D
 	
(Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles, incluyendo el Deducible Anual, y las etapas de Cobertura Inicial y Cobertura Catastrófica.)
	Copago/Coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:
	
	• Medicamentos de Nivel 1: $0 de copago
	
	• Medicamentos de Nivel 2: $10 de copago
	
	• Medicamentos de Nivel 3: $47 de copago
	  ○ Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	
	• Medicamentos de Nivel 4: 40% coaseguro
	  ○ Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	
	• Medicamentos de Nivel 5: 33% coaseguro
		Copago/Coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:
		• **Medicamentos de Nivel 1: $0 de copago**
		
		• **Medicamentos de Nivel 2: $10 de copago**
		  ○ **Usted paga $10 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**
		
		• **Medicamentos de Nivel 3: $47 de copago**
		  ○ **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**
		• **Medicamentos de Nivel 4: 33% coaseguro**
		  ○ **Usted paga 25% hasta $35 por suministro mensual**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	• Medicamentos de Nivel 6: $0 de copago Etapa de Cobertura Catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.	**de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** • **Medicamentos de Nivel 5: 32% coaseguro** ○ **Usted paga 25% hasta $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** • **Medicamentos de Nivel 6:** ***Ya no tenemos Medicamentos de mantenimiento seleccionados de Nivel 6.*** **Etapa de Cobertura Catastrófica:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D. Pudiera tener costos compartidos para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.**

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual del Plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del Plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	$0	**$0**
Reduccion en las prima de la Parte B **Esta cantidad se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que pagará menos por la Parte B.**	BayCarePlus pagará hasta $134 de su prima de la Parte B de Medicare.	**BayCarePlus pagará hasta $134 de su prima de la Parte B de Medicare.**
Prima mensual de beneficios suplementarios opcionales Si se ha inscrito en un paquete de beneficios suplementarios opcionales, pagará esta prima además de la prima mensual del plan mencionada arriba. (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.)	$50.20	**No se ofrece en 2026.**

Factores que podrían cambiar la cantidad de su prima del Parte D

- Multa por inscripción tardía - Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos más elevados - Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

	2025 (este año)	**2026 (próximo año)**
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) **cuentan** hacia el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima de nuestro plan y los costos de los medicamentos con receta **no cuentan** para el monto máximo que paga de su bolsillo.	$3,900	**$3,700** **Una vez que haya pagado $3,700 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.**

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores de 2026* (Member.BayCarePlus.org) para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. Así es cómo puede obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en Member.BayCarePlus.org.
- Llame a Servicios para miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actual sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores*.

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llama a Servicios para miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre tus derechos cuando un proveedor de la red sale de nuestro plan, consulta el Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

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

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias de 2026* (Member.BayCarePlus.org) para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red. Así es cómo puede obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en Member.BayCarePlus.org.
- Llame a Servicios para miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actual sobre farmacias o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias*.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llama a Servicios para miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

	2025 (este año)	**2026** (próximo año)
Atención hospitalaria para pacientes internados	Por cada hospitalización cubierta por Medicare, su copago es: $200 de copago por día: Días 1-6 por cada estadía. $0 de copago por día: Días 7 en adelante para cada estadía.	**Por cada hospitalización cubierta por Medicare, su copago es:** **$200 de copago por día: Días 1-5 por cada estadía.** **$0 de copago por día: Días 6 en adelante para cada estadía.**
Atención hospitalaria para pacientes internados - psiquiátrico	Por cada hospitalización cubierta por Medicare, su copago es: $200 de copago por día: Días 1-6 por cada estadía. $0 de copago por día: Días 7 en adelante para cada estadía.	**Por cada hospitalización cubierta por Medicare, su copago es:** **$200 de copago por día: Días 1-5 por cada estadía.** **$0 de copago por día: Días 6 en adelante para cada estadía.**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	$15 de copago servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar cubiertos por Medicare	**$25 de copago servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar cubiertos por Medicare**
Servicios intensivos del programa ambulatorio	Servicios intensivos del programa ambulatorio no están cubiertos.	**$55 de copago**
Procedimientos diagnósticos ambulatorios, pruebas y servicios de laboratorio	$100 de copago para otros procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.	**$0 de copago para otros procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.**
Servicios hospitalarios ambulatorios	$225 de copago para servicios hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare	**$0 de copago para los servicios hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare, proporcionados por proveedores dentro de la red de Hematología, Oncología, Reumatología, Endocrinología, Gastroenterología y Neurología contratados con el Plan y que participan en el programa de precios de drogas 340B.** **$225 de copago para los servicios hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare, proporcionados por todos los demás proveedores dentro de la red.**

	2025 (este año)	**2026** (próximo año)
Medicamentos de venta libre (OTC)	Medicamentos de venta libre (OTC) no están cubiertos.	**$35 crédito por trimestre**
Servicios dentales preventivos e integrales	$40 copago por servicios dentales cubiertos por Medicare proporcionados por un especialista contratado. $200 copago por servicios dentales cubiertos por Medicare recibidos en un entorno de hospitalización. Combinación anual máxima de $2,000 para servicios dentales preventivos e integrales cuando se obtiene a través de la red Delta Dental Medicare Advantage. <u>Servicios dentales preventivos:</u> Cubrimos los siguientes servicios dentales cuando son proporcionados por un proveedor dental contratado por Delta Dental: • Una serie completa de radiografías intraorales y una imagen radiográfica panorámica cada dos años calendario. <u>Servicios dentales integrales:</u>	**$25 copago por servicios dentales cubiertos por Medicare proporcionados por un especialista contratado.** **$200 copago por servicios dentales cubiertos por Medicare recibidos en un entorno de hospitalización.** **Combinación anual máxima de $2,000 para servicios dentales preventivos e integrales cuando se obtiene a través de la red Delta Dental Medicare Advantage.** **<u>Servicios dentales preventivos:</u>** **Cubrimos los siguientes servicios dentales cuando son proporcionados por un proveedor dental contratado por Delta Dental:** **• Una serie completa de radiografías intraorales y una imagen radiográfica**

	2025 (este año)	**2026** (próximo año)
Servicios dentales preventivos e integrales continuación	Prótesis removibles: • Dos reajustes completos de dentadura maxilar (directos) por año calendario • Dos reajustes completos de dentadura mandibular (directos) por año calendario • Dos reajustes de dentadura parcial maxilar (directos) por año calendario • Dos reajustes de dentadura parcial mandibular (directos) por año calendario	**panorámica cada dos años calendario.** **<u>Servicios dentales integrales:</u>** **Prótesis removibles:** • **Dos reajustes completos de dentadura maxilar (directos) por año calendario** • **Dos reajustes completos de dentadura mandibular (directos) por año calendario**
Servicios dentales (beneficios suplementarios opcionales)* * Los beneficios suplementarios opcionales están disponibles por un costo adicional.	Los servicios pueden ser proporcionados dentro de la red a través de la red Delta Dental Medicare Advantage Network o fuera de la red. Los beneficios no cubiertos por Medicare ofrecidos en este paquete: • Exámenes orales • Radiografías dentales	**Servicios dentales (beneficios suplementarios opcionales) <u>no</u> están cubiertos.**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	• Profilaxis (limpieza) • Tratamiento de flúor • Servicios restaurativos • Endodoncia • Periodoncia • Prostodoncia, removible • Cirugía oral y maxilofacial	

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Le enviamos una copia de nuestra lista de medicamentos por vía electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra lista de medicamentos, que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para brindar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame nuestro Servicios para miembros al (888) 741-5002 (TTY 711) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

¿Recibe ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (ayuda adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Hemos enviado un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (*Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados)* que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe ayuda adicional y no ha recibido este folleto antes del *30 de septiembre de 2025*, llame al Servicios para miembros al (866) 509-5396 (TTY 711) y solicite la *cláusula adicional LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay **3 etapas de pago de medicamentos**: la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. La Etapa de Brecha de Cobertura y el Programa de Descuento de la Brecha de Cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

  Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de nivel 3, nivel 4 y nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual de $90.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

  Una vez que pague el deducible anual, pasará a la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Generalmente, permanecerá en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos acumulados en el año lleguen a $2,100.

- ***Etapa 3: Cobertura catastrófica***

  Esta es la tercera y última etapa. En esta etapa, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente permanecerá en esta etapa durante el resto del año calendario.

El programa de descuento por brecha de cobertura ha sido reemplazado por el programa de descuento de fabricantes. Bajo el programa de descuento de fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes del programa de descuento de fabricantes no cuentan para los costos de bolsillo.

Costos de medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	**$90*** **Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de nivel 3, nivel 4 y nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual de $90.** *** Excepciones existen para productos de insulina y la mayoría de las vacunas de adultos de la Parte D.**

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelo en la lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre las vacunas, o información sobre costos, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado $2,100 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 1 - Genérico preferido	$0	**$0**
Nivel 2 – Genérico	$3	**$10** **Usted paga un suministro de $10 por mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**
Nivel 3 – Marca preferida	$35	**$47** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**
Nivel 4 – Marca no preferida	31% del costo total Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**33% del costo total** **Usted paga 25% hasta $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**
Nivel 5 – Nivel de especialidad	33% del costo total	**32% del costo total** **Usted paga 25% hasta $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 6 – Medicamentos de mantenimiento seleccionados **Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelo en la lista de medicamentos.**	$0	**Ya no tenemos Medicamentos de mantenimiento seleccionados de Nivel 6.**

Cambios en la Etapa de cobertura catastrófica

Si llega a la Etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Pudiera tener costos compartidos para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura catastrófica, consulte el Capítulo 6, sección 6, en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan)	El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarlo a administrar sus costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Es posible que participe en esta opción de pago.	**Si está participando en el plan de pago de recetas de Medicare y permaneces en el mismo plan de Parte D, tu participación se renovará automáticamente para 2026.** **Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámanos al (888) 741-5002 (los usuarios de TTY llaman al 711) o visita www.Medicare.gov.**

SECCIÓN 3 Como cambiar de planes

Para seguir inscrito en BayCarePlus Rewards, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan **BayCarePlus Rewards.**

Si deseas cambiar los planes para 2026, sigue estos pasos:

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en **BayCarePlus Rewards**.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta,** inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en **BayCarePlus Rewards**.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para miembros al (866) 509-5396 (TTY 711). *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que tenga multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 1.1).

- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, lea el manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026),* llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Le recordamos que BayCare Select Health Plans ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Sección 3.1 Fechas límite para cambiar planes

Las personas con Medicare pueden cambiar su cobertura desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre** cada año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Ejemplos incluyen a las personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen o están dejando la cobertura del empleador
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan.

Si se mudó reciente o actualmente vive en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados.

Puede calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Diferentes tipos de ayuda estan disponible:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y coaseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:
    - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
    - La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
    - La oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Florida (Florida AIDS Drug Assistance Program). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo asistencia, llame a (850) 245-4422 o Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA línea directa: inglés: (800) 352-2437, español: (800) 545-7432, TTY: (888) 503-7118. Asegúrese, al llamar, de informarles el nombre de su plan Medicare Parte D o el número de póliza.

- **El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan).** El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que lo ayudará a administrar los costos de bolsillo de sus medicamentos al distribuirlos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre). Cualquiera con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.**

Ayuda adicional de Medicare y ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, es más ventajoso que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros (866) 509-5396 (TTY 711)o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 Preguntas

Reciba ayuda de parte de BayCarePlus Rewards

- **Llame a Servicios para miembros al (866) 509-5396. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
  Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana. Puede comunicarse con un servicio de mensajería los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y feriados. Por favor, deje un mensaje y le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de cobertura* de *2026***

  Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* 2026 de **BayCarePlus Rewards**. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. En nuestro sitio web (Member.BayCarePlus.org) encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* o llame Servicios para miembros al (866) 509-5396. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos por correo una copia.

- **Visite Member.BayCarePlus.org**

  Nuestro sitio web contiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/* lista de medicamentos*)*.

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program –(SHIP)) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En la Florida, el SHIP se denomina Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

Llame a Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) para obtener asesoría gratuita y personalizada sobre seguros de salud. Ellos pueden ayudarle a comprender las opciones de su plan de Medicare y responder a preguntas sobre el cambio de planes. Llame a Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) al (800) 963-5337. Obtenga más información sobre Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) visitando FloridaSHINE.org.

Obtenga asistencia directamente de Medicare

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

  Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con www.Medicare.gov**

  Usted puede chatear con alguien en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

  Le puede escribir a Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite www.Medicare.gov**

  El sitio web oficial de Medicare tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y Usted 2026***

  Cada otoño, este manual *Medicare & You 2026* (*Medicare y Usted 2026*) se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Obtenga un copia en www.Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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)
Siete días a la semana, 8am a 8pm

Es posible que sea conectado a un servicio de mensajes los fines de semana 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.

BayCarePlus®
Medicare Advantage

H2235_26-002_SP_M

25-4198400_SP-0725