

2022

AVISO ANUAL DE CAMBIOS

Medicare Advantage

BayCarePlus Complete (HMO)

Atiende a:
Condados de Hillsborough,
Pasco, Pinellas y Polk

BayCarePlus Complete (HMO) se ofrece a través de BayCare Select Health Plans

Aviso anual de cambios para 2022

Actualmente, está inscrito como miembro de **BayCarePlus Complete (HMO)**. Habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan durante el próximo año. *Este documento describe los cambios.*

- **Dispone del plazo 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. CONSULTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.5 y 1.6 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el documento para nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de ir a estas farmacias?
 - Verifique la Lista de medicamentos de 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener más información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Puede que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Consulte con su médico acerca de alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto le puede ahorrar los costos anuales que paga de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices), y haga clic en el enlace a “dashboards” [listas] que se encuentra en el medio de la segunda Nota, hacia el final de la página. Estas listas destacan los fabricantes que aumentaron los precios y también muestran la

información sobre los precios de los medicamentos de un año para el otro. Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuántos cambios habrá en sus propios costos de medicamentos.

Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Se encuentran sus médicos, incluidos los especialistas que consulta con frecuencia, en nuestra red?
- ¿Hubo algún cambio en los hospitales u otros proveedores que utiliza usted?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores/farmacias*.

Piense acerca de los costos generales de atención médica la salud.

- ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y medicamentos con receta que utiliza periódicamente?
- ¿Cuánto gastará en la prima y los deducibles?
- ¿En qué se parecen y diferencian los costos totales de su plan y otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Infórmese sobre otras opciones de planes de cobertura

Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
- Verifique la lista en el reverso del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted) del 2022.
- Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre sus opciones.

Una vez que limita su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en la página web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, se lo inscribirá en **BayCarePlus Complete**.
- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de 2021.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, se lo inscribirá en **BayCarePlus Complete**.

- Si se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2022. Se cancelará automáticamente la inscripción en su plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con el Servicio de atención al cliente llamando al (866) 509-5396. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
- Contacte a nuestro servicio de atención al cliente al (866) 509-5396 (TTY: 711) para más información. El horario de atención es los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre y los días feriados. Si lo hace, se le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande u otros formatos alternativos.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible (Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de BayCarePlus Complete

- 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 en este documento se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a BayCare Select Health Plans. Los términos “plan” o “nuestro plan” se refieren a **BayCarePlus Complete**.

Resumen de costos importantes para 2022

En la tabla siguiente, se comparan los costos de 2021 y 2022 para **BayCarePlus Complete** en varios aspectos importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en Member.BayCarePlus.org. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (el año próximo) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles. | \$0 | \$0 |
| Monto máximo que paga de su bolsillo Esta es la suma <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles). | \$3,500 | \$3,500 |
| Visitas en el consultorio del médico | Visitas al médico de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialista: \$15 por visita | Visitas al médico de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialista: \$15 por visita |
| Hospitalizaciones Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios con internación. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado. | \$175 de copago por día: días del 1 al 5 por cada hospitalización. \$0 de copago por día: día 6 en adelante por cada hospitalización. | \$175 de copago por día: días del 1 al 5 por cada hospitalización. \$0 de copago por día: día 6 en adelante por cada hospitalización. |

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (el año próximo) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p> <p>Para saber qué medicamentos son Insulinas Selectas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente. Puede identificar las Insulinas Selectas buscando la etiqueta “SI” en la Lista de Medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).</p> | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><u>Suministro de 30 días en farmacia minorista</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$4 de copago Insulinas Selectas: No se ofrece • Nivel 3 de medicamentos: \$35 de copago Insulinas Selectas: No se ofrece • Nivel 4 de medicamentos: \$85 de copago • Nivel 5 de medicamentos: 33% de coseguro | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><u>Suministro de 30 días en farmacia minorista</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$4 de copago Insulinas Selectas: Se ofrecen con \$4 de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$35 de copago Insulinas Selectas: Se ofrecen con \$35 de copago • Nivel 4 de medicamentos: \$85 de copago • Nivel 5 de medicamentos: 33% de coseguro |

Aviso anual de cambios para 2022

Tabla de contenidos

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Resumen de costos importantes para 2022 | 1 |
| SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el año próximo..... | 4 |
| Sección 1.1. Cambios en su prima mensual..... | 4 |
| Sección 1.2. Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo | 5 |
| Sección 1.3. Cambios en la red de proveedores..... | 5 |
| Sección 1.4. Cambios en la red de farmacias..... | 6 |
| Sección 1.5. Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos..... | 6 |
| Sección 1.6. Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D..... | 14 |
| SECCIÓN 2 Cambios administrativos..... | 18 |
| SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir | 19 |
| Sección 3.1. Si desea permanecer en BayCarePlus Complete..... | 19 |
| Sección 3.2. Si quiere cambiar de plan | 19 |
| SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan | 20 |
| SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare | 20 |
| SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta | 21 |
| SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? | 22 |
| Sección 7.1. Cómo recibir ayuda de BayCarePlus Complete..... | 22 |
| Sección 7.2. Cómo recibir ayuda de Medicare | 22 |

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

Sección 1.1. Cambios en su prima mensual

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (el año próximo) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| Prima mensual (Usted también debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare). | \$0 | \$0 |
| Prima mensual de beneficios suplementarios opcionales Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección 2.2, Beneficios “suplementarios opcionales” adicionales que puede adquirir, en su <i>Evidencia de cobertura de 2022</i> . | \$14 | \$25 |

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura válida”) durante 63 días o más.
- Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si usted recibe “Ayuda adicional” para sus costos de medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 relacionada con la “Ayuda adicional” de Medicare.

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

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y B durante el resto del año.

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (el año próximo) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Monto máximo que paga de su bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para su monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos por medicamentos con receta no cuentan para calcular el monto máximo que paga de su bolsillo. No se realizarán cambios en el beneficio del próximo año. | \$3,500 | \$3,500 |
| | | Una vez que haya pagado \$3,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario. |

Sección 1.3. Cambios en la red de proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Hay un *Directorio de proveedores/farmacias* actualizado en nuestro sitio web en Member.BayCarePlus.org. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores/farmacias*. **Revise el Directorio de proveedores/farmacias de 2022 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen diversos motivos por los que su proveedor podría abandonar su plan. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle a usted acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.

- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para gestionar su atención.

Sección 1.4. Cambios en la red de farmacias

Las sumas que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia a la cual recurre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un *Directorio de proveedores/farmacias* actualizado en nuestro sitio web en Member.BayCarePlus.org. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores/farmacias*. **Revise el Directorio de proveedores/farmacias de 2022 para ver qué farmacias hay en nuestra red.**

Sección 1.5. Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

Vamos a cambiar nuestra cobertura de determinados servicios médicos el año próximo. La información a continuación describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)*, en su *Evidencia de cobertura 2022*.

Servicios del programa de tratamiento para el uso de opiáceos

Los miembros de nuestro plan que tengan trastorno por el uso de opiáceos (OUD) pueden recibir cobertura de los servicios para tratar el OUD mediante nuestro programa de tratamiento para el uso de opiáceos (OTP), que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos agonistas y antagonistas de los opiáceos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT).
- Dispensación y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias

- Terapia individual y grupal
- Pruebas toxicológicas
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (el año próximo) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios odontológicos integrales | Los servicios odontológicos integrales <u>no</u> están cubiertos. | Se le permite un empaste por año calendario con un costo de \$0 para los servicios de restauración. <u>No</u> se requiere autorización previa o derivación para los servicios de restauración. |
| Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos | Usted paga 10% de coseguro por los suministros para la diabetes cubiertos por Medicare. | Usted paga 0% de coseguro por los suministros para la diabetes cubiertos por Medicare. |
| Programas educativos sobre salud y bienestar | Usted paga \$0 de copago por programas educativos sobre salud y bienestar brindados a través de SilverSneakers. | Usted paga \$0 de copago por programas educativos sobre salud y bienestar brindados a través del programa Silver&Fit®. American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH), ofrece el programa de Silver&Fit. Silver&Fit es una marca de ASH registrada a nivel nacional y se utiliza con permiso en este documento. |

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (el año próximo) |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Servicios auditivos</p> | <p>Hasta dos audífonos de la marca TruHearing cada dos años (uno por oído y por periodo). Debe acudir a un proveedor de TruHearing para acceder a este beneficio.</p> <p>La compra de audífonos incluye lo siguiente:</p> <p>\$0 de copago por un examen profesional de rutina realizado por un proveedor con licencia dentro de la red. Dos consultas de seguimiento dentro del primer año de la compra del audífono.</p> <p>Período de prueba de 45 días. Garantía extendida de 3 años. 48 baterías por audífono.</p> | <p>Hasta dos audífonos de la marca TruHearing cada dos años (uno por oído y por periodo). Debe acudir a un proveedor de TruHearing para acceder a este beneficio.</p> <p>La compra de audífonos incluye lo siguiente:</p> <p>Después de la compra: las consultas al proveedor de TruHearing durante el año posterior a la compra, para la adaptación y el ajuste del audífono y la educación del miembro en el uso del audífono, sin costo alguno para el miembro.</p> <p>Período de devolución de 60 días. Garantía de 3 años para reparaciones. Garantía de sustitución de 3 años en caso de pérdida o daño irreparables (pueden aplicarse tasas del fabricante y de reprogramación). Suministro de 1 año de baterías por audífono (no se incluye con la compra del audífono recargable).</p> |

Ayuda con ciertas afecciones crónicas/Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos (Diabetes)

Usted paga \$0 de copago por el examen de los ojos para diabéticos.

Usted paga \$0 de copago por el examen de los ojos para diabéticos.

Si tiene un diagnóstico de diabetes, usted paga \$0 de copago por los servicios adicionales para diabéticos, entre ellos:

Recibe \$25 adicionales por trimestre en beneficios de medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC).

4 visitas rutinarias de podología que incluyen el corte de las uñas de los pies.

4 horas adicionales de educación nutricional/dietaria (además de los servicios cubiertos por Medicare).

Servicios dentales adicionales para diabéticos:

1 limpieza profunda al año

1 consulta de limpieza rutinaria adicional (además de las 2 limpiezas rutinarias ofrecidas 1 vez cada 6 meses), lo que resulta en un total de 3 limpiezas rutinarias y al menos 1 limpieza profunda cada año.

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (el año próximo) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas/Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos (Diabetes) (continuación)</p> | | <p>Los servicios dentales deben obtenerse a través de Argus.</p> <p><u>No</u> se requiere una derivación para los beneficios adicionales.</p> |
| <p>Servicios del programa de tratamiento para el uso de opiáceos</p> | <p>Se requiere autorización previa.</p> | <p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p> |
| <p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</p> | <p>Es posible que se requiera autorización previa para cualquier procedimiento o prueba de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera una derivación de su PCP para cualquier procedimiento o prueba de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa para cualquier servicio radiológico de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera una derivación de su PCP para cualquier servicio radiológico de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera una derivación de su PCP para cualquier servicio radiológico terapéutico cubierto por Medicare.</p> | <p><u>No</u> se requiere autorización previa para ningún procedimiento o prueba de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p><u>No</u> se requiere una derivación de su PCP para ningún procedimiento o prueba de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa para ningún servicio radiológico de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p><u>No</u> se requiere una derivación de su PCP para ningún servicio radiológico de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p><u>No</u> se requiere una derivación de su PCP para ningún servicio radiológico terapéutico cubierto por Medicare.</p> |

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (el año próximo) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios | Se requiere una derivación de su PCP. | <u>No</u> se requiere una derivación de su PCP. |
| Atención de salud mental para pacientes ambulatorios | <p>Se requiere autorización previa para las sesiones individuales de salud mental cubiertas por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa para las sesiones grupales de salud mental cubiertas por Medicare.</p> | <p><u>No</u> se requiere autorización previa para las sesiones individuales de salud mental cubiertas por Medicare.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa para las sesiones grupales de salud mental cubiertas por Medicare.</p> |
| Productos de venta libre | Hay un crédito trimestral de \$70. Sin traspaso de dólares de un trimestre a otro. Servicios proporcionados a través de NationsBenefits. | Hay un crédito trimestral de \$65. Máximo de dos pedidos por trimestre. Sin traspaso de dólares de un trimestre a otro. Servicios proporcionados a través de NationsBenefits. |
| Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico | <p>Tecnologías para el acceso remoto:</p> <p>Beneficios disponibles a través de BayCareAnywhere®. Un copago de \$20 por consultas virtuales, limitadas a 4 consultas por año.</p> <p>Además, las consultas de asistencia remota están disponibles con determinados proveedores de la red, como los PCP y los especialistas. Se aplica un copago de consulta para estas consultas.</p> | <p>Beneficios adicionales de asistencia remota:</p> <p>Beneficios disponibles a través de BayCareAnywhere®. Un copago de \$20 por consultas virtuales, limitadas a 4 consultas por año.</p> <p>Además, las consultas de asistencia remota están disponibles con determinados médicos de atención primaria y especialistas, así como para servicios de terapia (terapia ocupacional,</p> |

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (el año próximo) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas en el consultorio del médico (continuación)</p> | <p>Los montos que paga por consultas virtuales no cuentan para el cálculo del monto máximo que paga de su bolsillo.</p> | <p>fisioterapia, terapia del habla), de salud mental, de psiquiatría y de abuso de sustancias. Los miembros pagan el mismo copago que si los servicios se prestaran en una consulta en persona. Se aplican las mismas normas para la autorización previa/derivación que para las consultas en persona.</p> <p>No hay límite en cuanto a la cantidad de consultas.</p> <p>Los montos que paga por consultas virtuales <u>cuentan</u> para el cálculo del monto máximo que paga de su bolsillo.</p> |
| <p>Traslado regular</p> | <p>Usted paga \$0 de copago para los viajes de ida a ubicaciones de salud aprobadas por el plan. Los servicios se brindan a través de MTM.</p> <p>Los servicios deben programarse con una anticipación de 2 días hábiles.</p> | <p>Usted paga \$0 de copago para los viajes de ida a ubicaciones de salud aprobadas por el plan. Los servicios se brindan a través de WTS.</p> <p>Los servicios deben programarse con una anticipación de 24 horas.</p> |

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (el año próximo) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Atención de la vista</p> | <p>Mejoras: Lentes fotocromáticas: \$40 de copago Lentes progresivos estándares: \$50 de copago</p> <p>Usted paga 85% de coseguro por mejoras de tratamiento de lentes.</p> | <p>Mejoras: Lentes fotocromáticas: \$40 de copago Lentes progresivos estándares: \$50 de copago</p> <p>El miembro paga todos los costos por mejoras de tratamiento de lentes. Hable con su proveedor de Argus para conocer los descuentos disponibles.</p> |
| <p>Servicios odontológicos: integrales (beneficio suplementario opcional)*</p> | <p>Las extracciones no están cubiertas.</p> | <p>No paga copago ni coseguro por las extracciones solo cuando obtiene una dentadura postiza completa o parcial.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Para obtener detalles específicos, consulte el Capítulo 4, Sección 2.2, Beneficios “suplementarios opcionales” adicionales que puede adquirir, en su <i>Evidencia de cobertura de 2022.</i></p> |

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

Sección 1.6. Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

| |
|-------------------------------------------------|
| Cambios en nuestra Lista de medicamentos |
|-------------------------------------------------|

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina “Lista de medicamentos”. Hay una copia de nuestra Lista de medicamentos que se envía de forma electrónica. **Puede conseguir la Lista de medicamentos *completa*** si llama al Servicio de atención al cliente (consulte la contraportada) o visita nuestro sitio web Member.BayCarePlus.org.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, por ejemplo cambios en medicamentos que cubrimos y cambios en restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año próximo y vea si hay alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, usted puede:

- **Hablar con su médico (o con otra persona autorizada a dar recetas) y solicitar al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame al Servicio de atención al cliente.
- **Hablar con su médico (o con otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica.

En ciertas situaciones, debemos cubrir un suministro provisional, por única vez, de un medicamento no incluido en el formulario en los primeros 90 días de cobertura del año del plan o de cobertura para evitar cualquier brecha en la terapia. (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2, de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período que usted recibe un suministro temporal de un medicamento, deberá consultar con su médico para decidir qué va hacer cuando haya terminado el suministro temporal. Puede cambiar el medicamento a uno diferente que esté cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

Las aprobaciones de excepción de formulario, por lo general, tienen validez durante 12 meses.

La mayoría de los cambios de la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, puede que implementemos otros cambios que permite la regulación de Medicare.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted aún podrá trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Además, continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para saber más sobre los cambios que podemos implementar en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de medicamentos con receta

Nota: Si usted participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre costos de medicamentos con receta de la Parte D tal vez no se aplique a usted.** Le hemos enviado un anexo por separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para el pago de medicamentos con receta” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “cláusula adicional LIS”), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” pero no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre de 2021, llame al Servicio de atención al cliente y pida la “cláusula adicional LIS”.

Hay cuatro “etapas de pagos de los medicamentos”. El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2, de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa de deducibles anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en Member.BayCarePlus.org. También puede comunicarse con el Servicio de atención al cliente para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa de deducibles

| Etapa | 2021 (este año) | 2022 (el año próximo) |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Etapa 1: Etapa de deducibles anual | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. |

Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Para obtener información sobre los copagos y coseguros, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de su bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de cobertura.*

| Etapa | 2021 (este año) | 2022 (el año próximo) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surta su 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 de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de su <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en su Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otro nivel, búselos en la Lista de medicamentos.</p> | <p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$4 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$35 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca no preferidos: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$85 por receta.</p> <p>Nivel especializado: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p> | <p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$4 por receta. Usted paga \$4 por Insulinas Selectas.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$35 por receta. Usted paga \$35 por Insulinas Selectas.</p> <p>Medicamentos de marca no preferidos: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$85 por receta.</p> <p>Nivel especializado: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p> |

| Etapa | 2021 (este año) | 2022 (el año próximo) |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación) | Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura). | Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura). |

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la etapa de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la etapa de cobertura catastrófica, son para personas con altos costos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa del período sin cobertura ni la etapa de cobertura catastrófica.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de su *Evidencia de cobertura*. **BayCarePlus Complete** ofrece cobertura adicional para Insulinas Selectas para el período sin cobertura. Durante la Etapa del período sin cobertura, sus costos de bolsillo para Insulinas Selectas será de entre \$4 y \$35 por cada suministro de un mes, según el nivel de la Insulina Selecta.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

En el año del plan 2022 habrá cambios en la forma de realizar los pagos de las primas mensuales. La tabla a continuación describe estos cambios. Para ver su opción de pago actual o para realizar cambios en su opción de pago, acceda a Member.BayCarePlus.org. Si no tiene acceso a una computadora, llame al Servicio de atención al cliente (los teléfonos están en la Sección 7.1 de este folleto).

| Descripción | 2021 (este año) | 2022 (el año próximo) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Opción para pagar la prima mensual, la multa por inscripción tardía de la Parte D o los beneficios suplementarios opcionales</p> | <p>Opción 1: Pagar con cheque.</p> <p>Opción 2: Pago retenido automáticamente a través de la Administración de la Seguridad Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria.</p> | <p>Opción 1: Pagar con cheque.</p> <p>Opción 2: Pago retenido automáticamente a través de la Administración de la Seguridad Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria.</p> <p>Opción 3: Transferencia electrónica de fondos (EFT)</p> <p>Si elige que se obtengan los fondos directamente de su cuenta corriente, se conoce como transferencia electrónica de fondos (EFT).</p> |

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1. Si desea permanecer en BayCarePlus Complete

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

Sección 3.2. Si quiere cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año próximo, pero si desea cambiar en 2022 siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare las opciones que tiene

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente a tiempo,
- *O--* puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si quiere afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare. Si usted no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 acerca de una posible multa por inscripción tardía a la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022), comuníquese con el Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección 5) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 7.2).

Usted puede encontrar información sobre los planes que hay en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en la página web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en **BayCarePlus Complete**.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en **BayCarePlus Complete**.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comunicarse con el Servicio de atención al cliente si necesita más información para poder hacerlo (los números de teléfono están en la Sección 7.1 de este documento).

- – o – puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2022.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no está a gusto con su elección, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin la cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin la cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Florida, el Programa SHIP se llama “Asistencia de las necesidades de seguro médico de los adultos mayores” (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE).

SHINE es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Le podrán ayudar a comprender sus opciones dentro de los planes de Medicare y a responder las interrogantes relacionadas con el cambio de un plan a otro. Puede llamar a SHINE al (800) 963-5337 (TTY: 1-800-955-8770). Puede obtener más información sobre SHINE visitando su sitio web <http://www.floridashine.org/>.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas de ingresos limitados podrán tener derecho a recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales para los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán período sin cobertura ni serán pasibles de ser sancionados con multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de 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 asegurarse de que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con el siguiente programa:

Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA

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

Línea directa de VIH/SIDA de Florida:

Inglés: (800) 352-AIDS (2437)

Español: (800) 545-7432

Criollo haitiano: (800) 243-7101

TTY: (888) 503-7118

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

Correo electrónico: DiseaseControl@flhealth.gov

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1. Cómo recibir ayuda de BayCarePlus Complete

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Servicio de atención al cliente al (866) 509-5396 (TTY 711). Estamos a su disposición de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2022* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del año próximo)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener detalles, puede consultar la *Evidencia de cobertura de 2022* para BayCarePlus Complete. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Se explican sus derechos y las normas que usted debe seguir para obtener servicios y medicamentos con receta cubiertos. Hay una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestra página web en Member.BayCarePlus.org. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestra página web

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

Sección 7.2. Cómo recibir 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) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite la página web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Usted puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en la página web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022)

Puede leer el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022). Este documento se envía todos los años en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y responde a las preguntas sobre Medicare formuladas con mayor frecuencia. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 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

Línea sin costo: (866)
509-5396

Los usuarios del servicio
TTY deben llamar al: 711
de 8 a.m. a 8 p.m., los
siete días de la semana

Puede comunicarse con un servicio de mensajería durante los fines de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, y los días feriados. Deje un mensaje y se le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

BayCare Health Plans es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción a BayCare Health Plans depende de la renovación del contrato.

BayCare Health Plans cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

