

2022

RESUMEN DE BENEFICIOS

Medicare Advantage

BayCarePlus Complete (HMO) Asistencia de los condados
BayCarePlus Rewards (HMO) de Hillsborough, Pasco,
BayCarePlus Premier (HMO) Pinellas y Polk

Resumen de beneficios

1 de enero de 2022 – 31 de diciembre de 2022

Este cuadernillo le proporciona un resumen de lo que nosotros cubrimos y lo que usted paga. No incluye todas las limitaciones, exclusiones o servicios cubiertos. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos para solicitar la Evidencia de cobertura. También puede verla en BayCarePlus.org.

Este documento de Resumen de beneficios le ofrece un resumen de lo que los planes **BayCarePlus® Complete (HMO)**, **BayCarePlus Rewards (HMO)** y **BayCarePlus Premier (HMO)** cubren y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestros planes con otros planes de salud de Medicare, solicíteles a los otros planes sus cuadernillos de Resumen de beneficios. O bien, use el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en Medicare.gov.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual Medicare & You (Medicare y Usted). También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al (877) 486-2048.

Secciones de este cuadernillo

- Cosas que debe saber sobre **BayCarePlus Complete**, **BayCarePlus Rewards** y **BayCarePlus Premier**
- Prima mensual, deducibles y límites con respecto a cuánto paga usted por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y de hospital cubiertos
- Beneficios de medicamentos recetados
- Otros beneficios cubiertos
- Beneficios dentales integrales opcionales

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille y letra grande de imprenta. Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea el inglés. Para obtener información adicional, llame al (877) 528-5819 (TTY: 711) para hablar con un representante de ventas.

Cosas que debe saber sobre BayCarePlus Complete, BayCarePlus Rewards y BayCarePlus Premier

Horario de atención

- Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
- Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Números de teléfono y sitio web

- Si tiene preguntas, llame al número de teléfono gratuito: (877) 528-5819 (TTY: 711).
- Nuestro sitio web: BayCarePlus.org

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en **BayCarePlus Complete**, **BayCarePlus Rewards** o **BayCarePlus Premier**, debe tener derecho a recibir la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de forma legítima en los Estados Unidos y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Florida: Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk.

¿Qué es una HMO?

Una HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud) es un tipo de plan de seguro médico que suele limitar la cobertura de la atención de los médicos que trabajan para la HMO o tienen un contrato con esta. En general, no cubrirá la atención fuera de la red, excepto en una emergencia. Una HMO podría requerir que usted viva o trabaje en su área de servicio para ser elegible para recibir cobertura.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Los planes **BayCarePlus** tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa proveedores que no están en nuestra red, el plan podría no pagar estos servicios. Por lo general, se deben usar las farmacias de la red para surtir las recetas de los medicamentos de la Parte D cubiertos. Algunas de nuestras farmacias de la red tienen costos compartidos preferidos. Podría pagar menos si usa estas farmacias. Puede ver el Directorio de proveedores de nuestro plan en BayCarePlus.org. O bien, llámenos y le enviaremos una copia.

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original, y mucho más.

- **Los miembros de nuestro plan obtienen *todos* los beneficios que cubre Medicare Original.** Por algunos de estos beneficios, usted podría pagar más en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros, usted podría pagar menos.
- **Los miembros de nuestro plan también obtienen *más* beneficios de los que cubre Medicare Original.** Algunos de los beneficios adicionales se detallan en este documento.

¿Qué medicamentos cubrimos?

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede ver el formulario completo del plan (la lista de medicamentos recetados de la Parte D) y las restricciones que se apliquen en BayCarePlus.org.
- O bien, llámenos y le enviaremos una copia.

¿Cómo determino los costos de mis medicamentos?

Nuestros planes agrupan cada medicamento en uno de cinco niveles. Tendrá que usar el formulario para ver en qué nivel está su medicamento, para determinar cuánto le costará. El monto que usted paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante en este documento, hablamos sobre las etapas de beneficios que hay: Cobertura inicial, Brecha de cobertura y Cobertura en casos de catástrofe. Si tiene preguntas sobre las diferentes etapas de beneficios, comuníquese con el plan para obtener más información o acceda a la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web.

Prima mensual, deducibles y límites con respecto a cuánto paga usted por los servicios cubiertos

	BayCarePlus Complete (HMO) H2235-001	BayCarePlus Rewards (HMO) H2235-002	BayCarePlus Premier (HMO) H2235-003
Prima mensual del plan	\$0 por mes. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$0 por mes. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$34 por mes. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Reducción de prima de la Parte B	Sin cobertura	\$113 por mes	Sin cobertura
Deducibles	Todos los planes No se requiere un deducible para estos planes.		
Responsabilidad máxima de su bolsillo	<p>El monto máximo que paga de su propio bolsillo es el pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año calendario, para los servicios médicos y de hospital cubiertos dentro de la red.</p> <p>Sus límites anuales en este plan son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$3,500 por los servicios médicos y de hospital cubiertos que reciba de proveedores dentro de la red <p>Si alcanza el límite de gastos de su bolsillo, sigue recibiendo servicios médicos y de hospital cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que igualmente deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos de sus medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>El monto máximo que paga de su propio bolsillo es el pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año calendario, para los servicios médicos y de hospital cubiertos dentro de la red.</p> <p>Sus límites anuales en este plan son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$4,500 por los servicios médicos y de hospital cubiertos que reciba de proveedores dentro de la red <p>Si alcanza el límite de gastos de su bolsillo, sigue recibiendo servicios médicos y de hospital cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que igualmente deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos de sus medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>El monto máximo que paga de su propio bolsillo es el pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año calendario, para los servicios médicos y de hospital cubiertos dentro de la red.</p> <p>Sus límites anuales en este plan son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$2,800 por los servicios médicos y de hospital cubiertos que reciba de proveedores dentro de la red <p>Si alcanza el límite de gastos de su bolsillo, sigue recibiendo servicios médicos y de hospital cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que igualmente deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos de sus medicamentos recetados de la Parte D.</p>

Beneficios médicos y de hospital cubiertos

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Premier (HMO)
Cobertura de atención en un hospital como paciente hospitalizado	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$175 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 5 • \$0 de copago por día, por hospitalización: día 6 en adelante <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$250 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 6 • \$0 de copago por día, por hospitalización: día 7 en adelante <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 5 • \$0 de copago por día, por hospitalización: día 6 en adelante <p>Se requiere autorización previa.</p>

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Premier (HMO)
Cobertura de atención en un hospital como paciente ambulatorio	Centro quirúrgico ambulatorio: \$75 de copago Hospital de atención ambulatoria: \$125 de copago Se requiere autorización previa.	Centro quirúrgico ambulatorio: \$125 de copago Hospital de atención ambulatoria: \$195 de copago Se requiere autorización previa.	Centro quirúrgico ambulatorio: \$50 de copago Hospital de atención ambulatoria: \$95 de copago Se requiere autorización previa.
Consultas al médico (proveedores de atención primaria y especialistas)	Consulta al proveedor de atención primaria (PCP): \$0 de copago Consulta a un especialista: \$15 de copago Se requiere una derivación para hacer consultas a especialistas, salvo las consultas a un obstetra/ginecólogo, quiropráctico, podólogo o dermatólogo.	Consulta al proveedor de atención primaria (PCP): \$0 de copago Consulta a un especialista: \$35 de copago Se requiere una derivación para hacer consultas a especialistas, salvo las consultas a un obstetra/ginecólogo, quiropráctico, podólogo o dermatólogo.	Consulta al proveedor de atención primaria (PCP): \$0 de copago Consulta a un especialista: \$10 de copago No se requiere una derivación para ver especialistas en este plan, salvo para atención domiciliaria, terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla.
Consultas virtuales/ de asistencia remota	<p>Todos los planes</p> <p>Las consultas de asistencia remota están disponibles con determinados médicos de atención primaria y especialistas, así como para servicios de terapia (terapia ocupacional, 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.</p> <p>Para las necesidades de atención urgente: Consultas virtuales de BayCareAnywhere®: \$20 de copago; límite de cuatro consultas por año calendario</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios de salud mental, de psiquiatría y de abuso de sustancias.</p> <p>Se requiere una derivación para los servicios de terapia (terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla).</p>		
Atención preventiva	<p>Todos los planes</p> <p>No paga nada.</p> <p>Nuestros planes cubren muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal • Consulta preventiva anual • Medición de masa ósea • Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) • Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) • Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares • Examen de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal • Examen de detección de cáncer colorrectal • Examen de detección de depresión • Examen de detección de diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Programas educativos sobre salud y bienestar • Examen de detección del VIH • Vacunas (COVID-19, neumonía, hepatitis B e influenza) • Terapia de nutrición médica • Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) • Examen de detección de obesidad y terapia para fomentar la pérdida de peso continua • Exámenes de detección de cáncer de próstata • Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol • Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) • Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas • Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) • Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (única vez) <p>Los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año contractual estarán cubiertos.</p>		

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Premier (HMO)
Atención de emergencia	<p>\$90 de copago</p> <p>Si lo ingresan en el mismo hospital en el término de las 24 horas por la misma afección, paga \$0 por la visita a la sala de emergencias. Consulte la sección “Atención en un hospital como paciente hospitalizado” de este cuadernillo para ver otros costos.</p> <p>Brindamos cobertura internacional.</p>	<p>\$90 de copago</p> <p>Si lo ingresan en el mismo hospital en el término de las 24 horas por la misma afección, paga \$0 por la visita a la sala de emergencias. Consulte la sección “Atención en un hospital como paciente hospitalizado” de este cuadernillo para ver otros costos.</p> <p>Brindamos cobertura internacional.</p>	<p>\$120 de copago</p> <p>Si lo ingresan en el mismo hospital en el término de las 24 horas por la misma afección, paga \$0 por la visita a la sala de emergencias. Consulte la sección “Atención en un hospital como paciente hospitalizado” de este cuadernillo para ver otros costos.</p> <p>Brindamos cobertura internacional.</p>
Servicios de atención urgente	<p>\$35 de copago dentro de los Estados Unidos</p> <p>\$90 de copago fuera de los Estados Unidos</p> <p>Brindamos cobertura internacional.</p>	<p>\$35 de copago dentro de los Estados Unidos</p> <p>\$90 de copago fuera de los Estados Unidos</p> <p>Brindamos cobertura internacional.</p>	<p>\$30 de copago dentro de los Estados Unidos</p> <p>\$120 de copago fuera de los Estados Unidos</p> <p>Brindamos cobertura internacional.</p>
Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio/ diagnóstico por imágenes <i>(los costos de estos servicios podrían variar en función del lugar donde se proporcione el servicio)</i>	<p>Servicios de laboratorio: \$0 de copago</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Radiografías: \$0 de copago</p> <p>Exploraciones por RM, TC y TEP: \$90 de copago</p> <p>Mamografías de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Colonoscopias de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): 20% de coseguro</p> <p>Algunos servicios podrían requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles y una lista completa.</p> <p>No hay copago para pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal, prueba de detección de diabetes o prueba de detección de cáncer de próstata cuando se piden como servicio preventivo.</p>	<p>Servicios de laboratorio: \$0 de copago</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico: \$100 de copago</p> <p>Radiografías: \$0 de copago</p> <p>Exploraciones por RM, TC y TEP: \$125 de copago</p> <p>Mamografías de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Colonoscopias de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): 20% de coseguro</p> <p>Algunos servicios podrían requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles y una lista completa.</p> <p>No hay copago para pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal, prueba de detección de diabetes o prueba de detección de cáncer de próstata cuando se piden como servicio preventivo.</p>	<p>Servicios de laboratorio: \$0 de copago</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Radiografías: \$0 de copago</p> <p>Exploraciones por RM, TC y TEP: \$90 de copago</p> <p>Mamografías de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Colonoscopias de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): 20% de coseguro</p> <p>Algunos servicios podrían requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles y una lista completa.</p> <p>No hay copago para pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal, prueba de detección de diabetes o prueba de detección de cáncer de próstata cuando se piden como servicio preventivo.</p>

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Premier (HMO)
Servicios auditivos	<p>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y del equilibrio: \$20 de copago</p> <p>Examen de audición de rutina: \$0 de copago (uno por año calendario)</p> <p>Se requiere una derivación para los exámenes cubiertos por Medicare.</p> <p>Audífonos: Hasta dos cada dos años calendario (uno por oído)</p> <p>Copagos por audífonos: \$699 por TruHearing Advanced o \$999 por TruHearing Premium (el copago es por audífono)*</p> <p>Una prueba/evaluación de audífonos por año calendario: \$0 de copago</p> <p>*Los montos que paga por estos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo que paga de su propio bolsillo.</p>	<p>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y del equilibrio: \$30 de copago</p> <p>Examen de audición de rutina: \$30 de copago (uno por año calendario)</p> <p>Se requiere una derivación para los exámenes cubiertos por Medicare.</p> <p>Los audífonos no tienen cobertura.</p>	<p>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y del equilibrio: \$30 de copago</p> <p>Examen de audición de rutina: \$0 de copago (uno por año calendario)</p> <p>Audífonos: Hasta dos cada dos años calendario (uno por oído)</p> <p>Copagos por audífonos: \$599 por TruHearing Advanced u \$899 por TruHearing Premium (el copago es por audífono)*</p> <p>Una prueba/evaluación de audífonos por año calendario: \$0 de copago</p> <p>*Los montos que paga por estos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo que paga de su propio bolsillo.</p>
Servicios dentales	<p>Servicios dentales: \$0 de copago</p> <p><u>Los servicios dentales incluidos cubren lo siguiente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación bucal periódica (una cada seis meses) • Limpieza de rutina (una cada seis meses) • Aplicación de flúor (una cada seis meses con limpieza de rutina) • Radiografías panorámicas de mordida horizontales (hasta cuatro, una vez por año calendario) • Radiografía intraoral de toda la boca (serie de toda la boca o imagen panorámica) (una vez cada tres años calendario) • Desbridamiento total de la boca (limpieza profunda) (uno cada tres años calendario) 	<p>Servicios dentales: \$0 de copago</p> <p><u>Los servicios dentales incluidos cubren lo siguiente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación bucal periódica (una cada seis meses) • Limpieza de rutina (una cada seis meses) • Aplicación de flúor (una cada seis meses con limpieza de rutina) • Radiografías panorámicas de mordida horizontales (hasta cuatro, una vez por año calendario) • Radiografía intraoral de toda la boca (serie de toda la boca o imagen panorámica) (una vez cada tres años calendario) • Desbridamiento total de la boca (limpieza profunda) (uno cada tres años calendario) 	<p>Servicios dentales: \$0 de copago</p> <p><u>Los servicios dentales incluidos cubren lo siguiente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación bucal periódica (una cada seis meses) • Limpieza de rutina (una cada seis meses) • Aplicación de flúor (una cada seis meses con limpieza de rutina) • Radiografías panorámicas de mordida horizontales (hasta cuatro, una vez por año calendario) • Radiografía intraoral de toda la boca (serie de toda la boca o imagen panorámica) (una vez cada tres años calendario) • Desbridamiento total de la boca (limpieza profunda) (uno cada tres años calendario)

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Premier (HMO)
Servicios dentales <i>(continuación)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Raspado y alisado radicular: cuatro o más dientes por cuadrante (cuatro cuadrantes cada tres años calendario) • Raspado y alisado radicular: de uno a tres dientes por cuadrante (cuatro cuadrantes cada tres años calendario) • Empaste (uno por año calendario) 	<ul style="list-style-type: none"> • Raspado y alisado radicular: cuatro o más dientes por cuadrante (cuatro cuadrantes cada tres años calendario) • Raspado y alisado radicular: de uno a tres dientes por cuadrante (cuatro cuadrantes cada tres años calendario) • Empaste (uno por año calendario) 	<ul style="list-style-type: none"> • Raspado y alisado radicular: cuatro o más dientes por cuadrante (cuatro cuadrantes cada tres años calendario) • Raspado y alisado radicular: de uno a tres dientes por cuadrante (cuatro cuadrantes cada tres años calendario) • Empastes (dos por año calendario) • Extracciones (dos por año calendario)
	Servicios dentales cubiertos por Medicare: \$15 de copago	Servicios dentales cubiertos por Medicare: \$35 de copago	Servicios dentales cubiertos por Medicare: \$10 de copago
	Se requiere una derivación para consultar a un cirujano bucal a fin de obtener servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios podrían requerir autorización previa.	Se requiere una derivación para consultar a un cirujano bucal a fin de obtener servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios podrían requerir autorización previa.	Los servicios cubiertos por Medicare provistos por un cirujano bucal podrían requerir autorización previa.
	Los miembros con diabetes pueden recibir todos los servicios enumerados anteriormente, así como los siguientes <u>servicios adicionales</u> :		Los miembros con diabetes pueden recibir todos los servicios enumerados anteriormente, así como los siguientes <u>servicios adicionales</u> :
	<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza de rutina (una por año calendario) • Limpieza profunda (una por año calendario) 		<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza de rutina (una por año calendario) • Limpieza profunda (una por año calendario)
	Consulte la página 17 para obtener información sobre cobertura odontológica integral opcional que se puede adquirir por separado.	Consulte la página 17 para obtener información sobre cobertura odontológica integral opcional que se puede adquirir por separado.	Consulte la página 17 para obtener información sobre cobertura odontológica integral opcional que se puede adquirir por separado.

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Premier (HMO)
Servicios para la vista	<p>Servicios oftalmológicos de rutina:</p> <p>Un examen de los ojos de rutina por año calendario: \$0 de copago</p> <p>Un par de lentes de anteojos (lentes simples de plástico estándares, bifocales, trifocales o lenticulares), marcos o lentes de contacto (o dos paquetes de seis) por año calendario: \$0 de copago</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$100 por año calendario por anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto.</p> <p>Puede obtener mejoras de categoría por un costo adicional.</p> <p>Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare:</p> <p>Exámenes de los ojos cubiertos por Medicare: \$15 de copago</p> <p>Exámenes de ojo diabético realizados por un especialista, como un oftalmólogo u optometrista: \$0 de copago</p> <p>Se requiere una derivación para estas consultas cubiertas por Medicare.</p> <p>Un par de lentes de anteojos cubiertos por Medicare (simples de plástico estándares, bifocales, trifocales o lenticulares) después de una cirugía de cataratas: \$0 de copago</p> <p>Un par de marcos de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare (o dos paquetes de seis) después de cada cirugía de cataratas: \$0 de copago</p>	<p>Servicios oftalmológicos de rutina:</p> <p>Un examen de los ojos de rutina por año calendario: \$0 de copago</p> <p>Un par de lentes de anteojos (lentes simples de plástico estándares, bifocales, trifocales o lenticulares), marcos o lentes de contacto (o dos paquetes de seis) por año calendario: \$0 de copago</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$100 por año calendario por anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto.</p> <p>Puede obtener mejoras de categoría por un costo adicional.</p> <p>Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare:</p> <p>Exámenes de los ojos cubiertos por Medicare: \$35 de copago</p> <p>Exámenes de ojo diabético realizados por un especialista, como un oftalmólogo u optometrista: \$0 de copago</p> <p>Se requiere una derivación para estas consultas cubiertas por Medicare.</p> <p>Un par de lentes de anteojos cubiertos por Medicare (simples de plástico estándares, bifocales, trifocales o lenticulares) después de una cirugía de cataratas: \$0 de copago</p> <p>Un par de marcos de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare (o dos paquetes de seis) después de cada cirugía de cataratas: \$0 de copago</p>	<p>Servicios oftalmológicos de rutina:</p> <p>Un examen de los ojos de rutina por año calendario: \$0 de copago</p> <p>Un par de lentes de anteojos (lentes simples de plástico estándares, bifocales, trifocales o lenticulares), marcos o lentes de contacto (o dos paquetes de seis) por año calendario: \$0 de copago</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$200 por año calendario por anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto.</p> <p>Puede obtener mejoras de categoría por un costo adicional.</p> <p>Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare:</p> <p>Exámenes de los ojos cubiertos por Medicare: \$10 de copago</p> <p>Exámenes de ojo diabético realizados por un especialista, como un oftalmólogo u optometrista: \$0 de copago</p> <p>Un par de lentes de anteojos cubiertos por Medicare (simples de plástico estándares, bifocales, trifocales o lenticulares) después de una cirugía de cataratas: \$0 de copago</p> <p>Un par de marcos de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare (o dos paquetes de seis) después de cada cirugía de cataratas: \$0 de copago</p>

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Premier (HMO)
Servicios de salud mental	<p>Consulta como paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$175 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 5 • \$0 de copago por día, por hospitalización: día 6 en adelante <p>Consulta individual como paciente ambulatorio: \$15 de copago</p> <p>Consulta grupal como paciente ambulatorio: \$10 de copago</p> <p>Programas de tratamiento con opioides: \$15 de copago por consulta por servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Hospitalización parcial: \$55 de copago por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare Se podría requerir autorización previa.</p>	<p>Consulta como paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$250 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 6 • \$0 de copago por día, por hospitalización: día 7 en adelante <p>Consulta individual como paciente ambulatorio: \$35 de copago</p> <p>Consulta grupal como paciente ambulatorio: \$30 de copago</p> <p>Programas de tratamiento con opioides: \$35 de copago por consulta por servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Hospitalización parcial: \$55 de copago por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare Se podría requerir autorización previa.</p>	<p>Consulta como paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 5 • \$0 de copago por día, por hospitalización: día 6 en adelante <p>Consulta individual como paciente ambulatorio: \$10 de copago</p> <p>Consulta grupal como paciente ambulatorio: \$5 de copago</p> <p>Programas de tratamiento con opioides: \$10 de copago por consulta por servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Hospitalización parcial: \$55 de copago por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare Se podría requerir autorización previa.</p>
Centro de enfermería especializada	<p>El plan cubre hasta 100 días por admisión. No se requiere hospitalización previa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 20 • \$150 de copago por día, por hospitalización: días 21 a 100 <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>El plan cubre hasta 100 días por admisión. No se requiere hospitalización previa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 20 • \$172 de copago por día, por hospitalización: días 21 a 100 <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>El plan cubre hasta 100 días por admisión. No se requiere hospitalización previa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 20 • \$150 de copago por día, por hospitalización: días 21 a 100 <p>Se requiere autorización previa.</p>
Fisioterapia	<p>\$15 de copago Se requiere una derivación.</p>	<p>\$35 de copago Se requiere una derivación.</p>	<p>\$10 de copago Se requiere una derivación.</p>
Ambulancia	<p>\$200 de copago Este copago se aplica a cada viaje de ida. Se requiere autorización previa para traslado en ambulancia que no es de emergencia.</p>	<p>\$250 de copago Este copago se aplica a cada viaje de ida. Se requiere autorización previa para traslado en ambulancia que no es de emergencia.</p>	<p>\$200 de copago Este copago se aplica a cada viaje de ida. Se requiere autorización previa para traslado en ambulancia que no es de emergencia.</p>
Traslado	<p>\$0 de copago Límite de 16 viajes de ida a lugares aprobados por el plan por año calendario</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>\$0 de copago Límite de 24 viajes de ida a lugares aprobados por el plan por año calendario</p>

Beneficios de medicamentos recetados

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Premier (HMO)
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Todos los planes</p> <p>Para los medicamentos de la Parte B, como quimioterapéuticos: 20% de coseguro Otros medicamentos de la Parte B: 20% de coseguro Se requiere autorización previa.</p>		
Deducible	<p>Todos los planes</p> <p>No se requiere un deducible para estos planes.</p>		
Cobertura inicial	<p>Todos los planes</p> <p>Usted paga los montos indicados en las siguientes tablas hasta que sus costos anuales totales por medicamentos lleguen a \$4,430. Los costos anuales totales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan usted y nuestro plan de la Parte D.</p> <p>Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.</p> <p>Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia minorista estándar. La cobertura está limitada a determinadas situaciones si obtiene sus medicamentos fuera de la red.</p>		
Cobertura adicional de medicamentos (Programa de Ahorro en Insulina)	<p>Como miembro del plan BayCarePlus Complete o Premier, tendrá copagos bajos y predecibles en insulinas* selectas a través de nuestro Programa de Ahorro en Insulina. Los costos de las insulinas selectas seguirán siendo los mismos durante las etapas de cobertura inicial y el período sin cobertura de su beneficio de medicamentos recetados. El programa no se aplica durante la etapa de cobertura en casos de catástrofe. Tenga en cuenta que este programa no está disponible si recibe Ayuda Adicional del gobierno.</p>		

Nivel	Costos compartidos para farmacias minoristas estándares			Costos compartidos para farmacias minoristas estándares			Costos compartidos para farmacias minoristas estándares		
	Suministro por 30 días	Suministro por 60 días	Suministro por 90 días	Suministro por 30 días	Suministro por 60 días	Suministro por 90 días	Suministro por 30 días	Suministro por 60 días	Suministro por 90 días
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	\$4 de copago	\$8 de copago	\$12 de copago	\$10 de copago	\$20 de copago	\$30 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Insulinas selectas	\$4 de copago	\$8 de copago	\$12 de copago	No aplica**	No aplica**	No aplica**	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida)	\$35 de copago	\$70 de copago	\$105 de copago	\$47 de copago	\$94 de copago	\$141 de copago	\$35 de copago	\$70 de copago	\$105 de copago
Insulinas selectas	\$35 de copago	\$70 de copago	\$105 de copago	No aplica**	No aplica**	No aplica**	\$35 de copago	\$70 de copago	\$105 de copago
Nivel 4 (medicamento de marca no preferida)	\$85 de copago	\$170 de copago	\$255 de copago	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago	\$85 de copago	\$170 de copago	\$255 de copago
Nivel 5 (medicamentos de especialidad)	33% de coseguro	No se ofrece	No se ofrece	33% de coseguro	No se ofrece	No se ofrece	33% de coseguro	No se ofrece	No se ofrece

	Farmacia de pedido por correo			Farmacia de pedido por correo			Farmacia de pedido por correo		
Nivel	Suministro por 30 días	Suministro por 60 días	Suministro por 90 días	Suministro por 30 días	Suministro por 60 días	Suministro por 90 días	Suministro por 30 días	Suministro por 60 días	Suministro por 90 días
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	No se ofrece	No se ofrece	\$0 de copago	No se ofrece	No se ofrece	\$0 de copago	No se ofrece	No se ofrece	\$0 de copago
Nivel 2 (medicamentos genéricos) Insulinas selectas	No se ofrece	No se ofrece	\$0 de copago	No se ofrece	No se ofrece	\$0 de copago	No se ofrece	No se ofrece	\$0 de copago
	No se ofrece	No se ofrece	\$0 de copago	No se ofrece	No se ofrece	No aplica**	No se ofrece	No se ofrece	\$0 de copago
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida) Insulinas selectas	No se ofrece	No se ofrece	\$95 de copago	No se ofrece	No se ofrece	\$125 de copago	No se ofrece	No se ofrece	\$95 de copago
	No se ofrece	No se ofrece	\$95 de copago	No se ofrece	No se ofrece	No aplica**	No se ofrece	No se ofrece	\$95 de copago
Nivel 4 (medicamento de marca no preferida)	No se ofrece	No se ofrece	\$245 de copago	No se ofrece	No se ofrece	\$275 de copago	No se ofrece	No se ofrece	\$245 de copago
Nivel 5 (medicamentos de especialidad)	33% de coseguro	No se ofrece	No se ofrece	33% de coseguro	No se ofrece	No se ofrece	33% de coseguro	No se ofrece	No se ofrece
Brecha de cobertura	<p style="text-align: center;">Todos los planes</p> <p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha de cobertura (también llamada “agujero de la dona”). Esto significa que se produce un cambio temporal en lo que usted paga por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el costo anual total por medicamentos (incluido lo que nuestro plan haya pagado y lo que usted haya pagado) llegue a \$4,430.</p> <p>Después de entrar en el período sin cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus gastos de bolsillo lleguen a \$7,050, que es el final del período sin cobertura. No todos ingresan en la brecha de cobertura.</p> <p>Si es elegible para el Programa de Ahorro en Insulina y es miembro del plan BayCarePlus Complete o Premier, su costo compartido de las insulinas selectas no aumentará durante el período sin cobertura.</p>								
Cobertura en casos de catástrofe	<p style="text-align: center;">Todos los planes</p> <p>Una vez que los costos anuales de su propio bolsillo por medicamentos llegan a \$7,050, usted paga el monto que sea mayor entre los siguientes:</p> <p style="text-align: center;">5% de coseguro o \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos</p>								

*Las insulinas selectas son las que forman parte del Programa de Ahorro en Insulina y, por lo tanto, incurrirán en copagos bajos y constantes a lo largo del período sin cobertura. Para obtener información sobre qué insulinas son selectas como beneficio del plan, consulte el Formulario de medicamentos recetados del plan. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre las insulinas selectas, incluida la información completa sobre el costo compartido.

El Programa de Ahorro en Insulina no está disponible si usted es miembro de **BayCarePlus Rewards. Si es miembro del plan **Rewards**, las insulinas en este nivel están cubiertas en el nivel regular de costo compartido.

Es posible que los planes ofrezcan beneficios suplementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

Otros beneficios cubiertos

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Premier (HMO)
Atención quiropráctica	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación: \$20 de copago	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación: \$20 de copago	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación: \$10 de copago
Suministros y servicios para la diabetes	<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 de copago</p> <p>Suministros para el control de la diabetes (incluidos monitores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas para glucosa en sangre*): \$0 de copago</p> <p>Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Bayer/Ascensia.</p> <p>Plantillas o zapatos terapéuticos hechos a medida para personas con diabetes: 20% de coseguro</p> <p>Una limpieza dental rutinaria adicional y una limpieza profunda por año calendario: \$0 de copago</p> <p>Un crédito adicional de \$25 por trimestre para gastar en artículos de venta libre</p> <p>Cuatro consultas rutinarias de podología, que incluyen el corte de uñas, por año calendario: \$0 de copago</p> <p>Cuatro horas adicionales de asesoramiento nutricional por año calendario: \$0 de copago</p> <p>Se requiere autorización para algunos artículos (p. ej., calzado y plantillas ortopédicas personalizados para diabéticos, medidores de glucosa continuos y bombas de insulina).</p> <p>*Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa.</p>	<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 de copago</p> <p>Suministros para el control de la diabetes (incluidos monitores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas para glucosa en sangre*): 10% de coseguro</p> <p>Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Bayer/Ascensia.</p> <p>Plantillas o zapatos terapéuticos hechos a medida para personas con diabetes: 20% de coseguro</p> <p>Se requiere autorización para algunos artículos (p. ej., calzado y plantillas ortopédicas personalizados para diabéticos, medidores de glucosa continuos y bombas de insulina).</p> <p>*Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa.</p>	<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 de copago</p> <p>Suministros para el control de la diabetes (incluidos monitores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas para glucosa en sangre*): \$0 de copago</p> <p>Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Bayer/Ascensia.</p> <p>Plantillas o zapatos terapéuticos hechos a medida para personas con diabetes: 20% de coseguro</p> <p>Una limpieza dental rutinaria adicional y una limpieza profunda por año calendario: \$0 de copago</p> <p>Un crédito adicional de \$50 por trimestre para gastar en artículos de venta libre</p> <p>Seis consultas rutinarias de podología, que incluyen el corte de uñas, por año calendario: \$0 de copago</p> <p>Seis horas adicionales de asesoramiento nutricional por año calendario: \$0 de copago</p> <p>Se requiere autorización para algunos artículos (p. ej., calzado y plantillas ortopédicas personalizados para diabéticos, medidores de glucosa continuos y bombas de insulina).</p> <p>*Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa.</p>
Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	20% de coseguro para productos cubiertos por Medicare Se podría requerir autorización previa.	20% de coseguro para productos cubiertos por Medicare Se podría requerir autorización previa.	20% de coseguro para productos cubiertos por Medicare Se podría requerir autorización previa.

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Premier (HMO)
Cuidado de los pies (<i>servicios de podología</i>)	\$15 de copago por cada consulta de podología cubierta por Medicare Miembros con diabetes: \$0 de copago para cuatro consultas rutinarias de podología (incluido el corte de uñas) por año calendario	\$35 de copago por cada consulta de podología cubierta por Medicare	\$10 de copago por cada consulta de podología cubierta por Medicare Miembros con diabetes: \$0 de copago para seis consultas rutinarias de podología (incluido el corte de uñas) por año calendario
Atención médica domiciliaria	<u>Todos los planes</u> \$0 de copago Se requiere una derivación.		
Cuidados paliativos	<u>Todos los planes</u> Usted no paga nada por los cuidados paliativos provistos por un programa de hospicio certificado por Medicare. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.		
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	Consulta individual: \$15 de copago Consulta grupal: \$10 de copago Se requiere autorización previa.	Consulta individual: \$35 de copago Consulta grupal: \$30 de copago Se requiere autorización previa.	Consulta individual: \$10 de copago Consulta grupal: \$5 de copago Se requiere autorización previa.
Cobertura de productos de venta libre (OTC)	\$65 de crédito por trimestre para usar en productos de salud aprobados que se pueden pedir en línea, por teléfono o por correo Los miembros con diabetes recibirán un crédito adicional de \$25 por trimestre. Se permiten hasta dos pedidos por trimestre y la asignación restante no se traslada de un trimestre a otro.	Sin cobertura	\$100 de crédito por trimestre para usar en productos de salud aprobados que se pueden pedir en línea, por teléfono o por correo Los miembros con diabetes recibirán un crédito adicional de \$50 por trimestre. Se permiten hasta dos pedidos por trimestre y la asignación restante no se traslada de un trimestre a otro.
Comidas	Veintiocho comidas (dos comidas/día durante 14 días) entregadas directamente a su casa después de recibir cada alta de una hospitalización en un hospital de agudos o en un centro de enfermería especializada Límite anual de dos altas para un total de 56 comidas/año calendario	Sin cobertura	Veintiocho comidas (dos comidas/día durante 14 días) entregadas directamente a su casa después de recibir cada alta de una hospitalización en un hospital de agudos o en un centro de enfermería especializada Límite anual de dos altas para un total de 56 comidas/año calendario

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Premier (HMO)
Dispositivos protésicos	<p><u>Todos los planes</u></p> <p>Dispositivos protésicos: 20% de coseguro</p> <p>Suministros médicos relacionados: 20% de coseguro</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>		
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca: \$30 de copago por día</p> <p>Consultas por terapia ocupacional, del habla y del lenguaje: \$15 de copago</p> <p>Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios ambulatorios de terapia el mismo día.</p> <p>Se requiere una derivación.</p>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca: \$30 de copago por día</p> <p>Consultas por terapia ocupacional, del habla y del lenguaje: \$35 de copago</p> <p>Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios ambulatorios de terapia el mismo día.</p> <p>Se requiere una derivación.</p>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca: \$30 de copago por día</p> <p>Consultas por terapia ocupacional, del habla y del lenguaje: \$10 de copago</p> <p>Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios ambulatorios de terapia el mismo día.</p> <p>Se requiere una derivación.</p>
Programas de bienestar	<p><u>Todos los planes</u></p> <p>Membresía en gimnasios/clases de ejercicio a través de Silver&Fit®: \$0 de copago</p>		
Acupuntura	<p>Servicios cubiertos por Medicare (dolor crónico en la parte baja de la espalda):</p> <p>\$20 de copago por hasta 12 visitas en 90 días*</p> <p>No más de 20 consultas por dolor crónico en la parte baja de la espalda por año calendario</p> <p>Servicios complementarios:</p> <p>\$20 de copago por hasta 20 consultas por año calendario a través de American Specialty Health</p> <p>*Consulte el documento de la Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>	<p>Servicios cubiertos por Medicare (dolor crónico en la parte baja de la espalda):</p> <p>\$20 de copago por hasta 12 visitas en 90 días*</p> <p>No más de 20 consultas por dolor crónico en la parte baja de la espalda por año calendario</p> <p>Servicios complementarios:</p> <p>\$20 de copago por hasta 20 consultas por año calendario a través de American Specialty Health</p> <p>*Consulte el documento de la Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>	<p>Servicios cubiertos por Medicare (dolor crónico en la parte baja de la espalda):</p> <p>\$20 de copago por hasta 12 visitas en 90 días*</p> <p>No más de 20 consultas por dolor crónico en la parte baja de la espalda por año calendario</p> <p>Servicios complementarios:</p> <p>\$20 de copago por hasta 30 consultas combinadas entre acupuntura y masaje terapéutico por año calendario a través de American Specialty Health</p> <p>*Consulte el documento de la Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>
Masaje terapéutico	Sin cobertura	Sin cobertura	\$20 de copago por hasta 30 consultas combinadas entre acupuntura y masaje terapéutico por año calendario a través de American Specialty Health

Beneficios dentales integrales opcionales

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Premier (HMO)
Beneficios suplementarios opcionales	<p style="text-align: center;"><u>Todos los planes</u></p> <p>Como miembro de cualquier plan BayCarePlus, recibirá determinados beneficios dentales sin costo adicional (consulte las páginas 8-9). Por una prima mensual baja, también puede optar por agregar cobertura integral opcional que proporcione más beneficios.</p> <p style="text-align: center;">Prima mensual: \$25</p> <p style="text-align: center;">Deducible anual: \$0</p> <p style="text-align: center;">Servicios dentales integrales: \$0 de copago</p> <p style="text-align: center;">Cubrimos los siguientes servicios dentales cuando son provistos por un proveedor dental contratado por Argus:</p> <p style="text-align: center;"><u>Restauración:</u></p> <p style="text-align: center;">Dos coronas por año calendario</p> <p style="text-align: center;"><u>Endodoncia:</u></p> <p style="text-align: center;">Tres tratamientos de conducto por año calendario</p> <p style="text-align: center;"><u>Prostodoncia (dentaduras postizas):</u></p> <p>Un conjunto de dentaduras postizas completas o parciales una vez cada cinco años (superiores e inferiores):</p> <ul style="list-style-type: none">• Dentadura postiza superior completa• Dentadura postiza inferior completa• Dentadura postiza superior completa, inmediata• Dentadura postiza inferior completa, inmediata• Dentadura postiza superior parcial - base de resina (con retenedores/apoyos y dientes)• Dentadura postiza inferior parcial - base de resina (con retenedores/apoyos y dientes)• Dentadura postiza superior parcial - base de metal fundido con monturas de resina (con retenedores/apoyos y dientes)• Dentadura postiza inferior parcial - base de metal fundido con monturas de resina (con retenedores/apoyos y dientes) <p style="text-align: center;"><u>Extracciones</u></p> <p style="text-align: center;">Se cubre solamente un número ilimitado de extracciones cuando se obtiene una dentadura postiza completa o parcial.</p> <p style="text-align: center;">Hay servicios adicionales disponibles que se pagan según un cuadro tarifario con descuento.</p> <p style="text-align: center;">Se podría requerir autorización previa.</p>		

Índice

Acupuntura	16
Ambulancia	11
Atención quiropráctica	14
Deducibles	5
Servicios dentales	8
Beneficios dentales integrales opcionales	17
Suministros y servicios para la diabetes	14
Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes	7
Consultas al médico.....	6
Equipo médico duradero.....	14
Atención de emergencia	7
Cuidado de los pies.....	15
Servicios auditivos	8
Atención médica domiciliaria	15
Cuidados paliativos.....	15
Cobertura de atención en un hospital como paciente hospitalizado	5
Responsabilidad máxima de su bolsillo	5
Comidas	15
Servicios de salud mental	11
Prima mensual del plan	5
Cobertura de atención en un hospital como paciente ambulatorio	6
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.....	16
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	15
Cobertura de productos de venta libre (OTC).....	15
Reducción de prima de la Parte B.....	5
Fisioterapia	11
Beneficios de medicamentos recetados	12
Medicamentos de la Parte B de Medicare	12
Deducible.....	12
Cobertura inicial	12
Cobertura adicional de medicamentos (Programa de Ahorro en Insulina).....	12
Período sin cobertura.....	13
Cobertura en casos de catástrofe	13
Atención preventiva	6
Dispositivos protésicos	16
Centro de enfermería especializada (SNF).....	11
Masaje terapéutico	16
Traslado	11
Servicios de atención urgente	7
Consultas virtuales/de asistencia remota	6
Servicios oftalmológicos	10
Programas de bienestar	16

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda por completo nuestros beneficios y reglas.

Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de ventas al (877) 528-5819 (TTY: 711).

Explicación de los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en el documento de Evidencia de cobertura (EOC), especialmente para los servicios por los que consulte a un médico de rutina. Visite BayCarePlus.org o llame al (877) 528-5819 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos con los que se atiende ahora estén dentro de la red. Si no están incluidos, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el Directorio de proveedores para asegurarse de que la farmacia que use para medicamentos recetados esté dentro de la red. Si la farmacia no está incluida, probablemente tendrá que seleccionar una nueva farmacia para los medicamentos recetados.

Explicación de reglas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta todos los meses de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2023.
- Salvo en casos de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el Directorio de proveedores).

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 las leyes federales aplicables en materia de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo.

La información sobre nuestros procesos de gestión de la utilización, incluidas la autorización previa, la revisión concurrente, la revisión posterior al servicio y las apelaciones, puede encontrarse en línea en Member.BayCarePlus.org/s/Utilization.

BayCare Health Plans

300 Park Place Blvd.

Suite 170

Clearwater, FL 33759

BayCarePlus.org

Número de teléfono

gratuito: (877) 528-5819

(TTY: 711)

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.

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. Todos los planes de BayCare Select Health Plans incluyen cobertura de medicamentos de la Parte D. Para inscribirse, debe tener Medicare Partes A y B y residir en el área de servicio del plan.

Los miembros deben usar proveedores del plan, salvo en situaciones de atención de emergencia o de urgencia. Si un miembro obtiene atención de rutina de un proveedor fuera de la red sin antes obtener la aprobación de BayCare Select Health Plans, ni Medicare ni BayCare Select Health Plans serán responsables de los costos. BayCare Select Health Plans cumple con las leyes federales aplicables en materia de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo.

