

2021

AVISO ANUAL DE CAMBIOS

Medicare Advantage

BayCarePlus Rewards (HMO)

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

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

Aviso anual de cambios para 2021

Actualmente, está inscrito como miembro de **BayCarePlus Rewards (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 2021 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). 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 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).
 - Verifique la lista en el reverso del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
 - Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre sus opciones.

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

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, se lo inscribirá en **BayCarePlus Rewards**.
- 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.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, se lo inscribirá en **BayCarePlus Rewards**.
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Se cancelará automáticamente la inscripción en su plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Please contact our Customer Service number at (866) 509-5396 (TTY: 711) for additional information. Hours are 8 am to 8 pm, seven days a week. You may reach a messaging service on weekends from April 1 through September 30 and holidays. Please leave a message and your call will be returned the next business day.
- 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 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 [IRS.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

Acerca de BayCarePlus Rewards

- **BayCarePlus Rewards** es un plan de Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.
- BayCare Select Health Plans es un plan de 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 Rewards**.

Resumen de costos importantes para 2021

En la tabla siguiente, se comparan los costos de 2020 y 2021 para **BayCarePlus** Rewards 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	2020 (este año)	2021 (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
	BayCarePlus pagará hasta \$100 de su prima de la Parte B de Medicare.	BayCarePlus pagará hasta \$114 de su prima de la Parte B de Medicare.
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).	\$5,300	\$4,500
Visitas en el consultorio del médico	Visitas al médico de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialista: \$45 por visita	Visitas al médico de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialista: \$35 por visita

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>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.</p>	<p>\$250 de copago por día: días del 1 al 6 por cada hospitalización.</p> <p>\$0 de copago por día: día 7 en adelante por cada hospitalización.</p>	<p>\$250 de copago por día: días del 1 al 6 por cada hospitalización.</p> <p>\$0 de copago por día: día 7 en adelante por cada hospitalización.</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</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: \$10 de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$47 de copago • Nivel 4 de medicamentos: \$100 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: \$10 de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$47 de copago • Nivel 4 de medicamentos: \$100 de copago • Nivel 5 de medicamentos: 33% de coseguro

Aviso anual de cambios para 2021
Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el año próximo	4
Sección 1.2. Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	4
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.....	13
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir.....	16
Sección 2.1. Si desea permanecer en BayCarePlus Rewards	16
Sección 2.2. Si quiere cambiar de plan	17
SECCIÓN 3 Plazo para cambiarse de plan.....	17
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	18
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta.....	18
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?.....	19
Sección 6.1. Cómo recibir ayuda de BayCarePlus Rewards	19
Sección 6.2. Cómo recibir ayuda de Medicare	20

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

Sección 1.1. Cambios en su prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Prima mensual del plan (Usted también debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0 BayCarePlus pagará hasta \$100 de su prima de la Parte B de Medicare.	\$0 BayCarePlus pagará hasta \$114 de su prima de la Parte B de Medicare.
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 2021</i> .	No se ofrece	\$14

- 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 5 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	2020 (este año)	2021 (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.	\$5,300	\$4,500 Una vez que haya pagado \$4,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B 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 2021 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 2021 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 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda	Usted paga \$45 de copago por cada tratamiento de acupuntura cubierto por Medicare. Se requiere una derivación de su PCP para acupuntura.	Usted paga \$20 de copago por cada tratamiento de acupuntura cubierto por Medicare a través de un proveedor de American Specialty Health (ASH). Se requiere una derivación de su PCP para ir a una visita con un médico o con otro profesional de atención médica pero <u>no</u> se requiere una derivación para tratamientos de acupuntura.
Acupuntura: beneficio suplementario	Acupuntura: el beneficio suplementario <u>no</u> está cubierto.	Usted paga \$20 de copago por hasta 20 visitas a través de un proveedor de American Specialty Health (ASH).

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>Servicios odontológicos: integrales</p>	<p>Usted paga \$45 de copago por servicios odontológicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Otros servicios odontológicos integrales <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Usted paga \$35 de copago por servicios odontológicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por la cobertura de algunos servicios de periodoncia proporcionados a través de un proveedor de atención odontológica contratado de Argus.</p> <p>Los beneficios suplementarios opcionales por servicios odontológicos integrales están disponibles por una prima adicional. Consulte la sección Servicios odontológicos: integrales (beneficio suplementario opcional) al final de esta tabla.</p>
<p>Servicios odontológicos: preventivos</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por servicios odontológicos preventivos proporcionados a través de un proveedor de atención odontológica contratado de DentaQuest.</p> <p>Su plan cubre evaluaciones bucales periódicas y limpieza de rutina dos veces por año calendario. Cubre tratamientos con flúor y radiografías horizontales de mordida una vez por año calendario.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por servicios odontológicos preventivos proporcionados a través de un proveedor de atención odontológica contratado de Argus.</p> <p>Su plan cubre un examen bucal periódico y profilaxis cada seis meses, radiografías de mordida cada año, radiografías panorámicas cada tres años y desbridamiento de toda la boca cada tres años.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</p>	<p>Se requiere autorización previa para calzado terapéutico y plantillas ortopédicas a medida.</p>	<p>Se requiere autorización previa para algunos elementos (p. ej., calzado y plantillas ortopédicas a medida para diabéticos, bombas de insulina, monitores continuos de glucosa y sus suministros relacionados, como sensores, transmisores, receptores y lectores).</p>
<p>Visita en el consultorio del médico</p>	<p>Usted paga \$45 de copago por cada visita a un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$45 de copago por cada visita cubierta por Medicare con otros profesionales de atención médica.</p> <p>Usted paga \$45 de copago por visitas virtuales a un médico a través de BayCareAnywhere®, limitadas a 4 visitas por año.</p>	<p>Usted paga \$35 de copago por cada visita a un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$35 de copago por cada visita cubierta por Medicare con otros profesionales de atención médica.</p> <p>Usted paga \$20 de copago por visitas virtuales a un médico a través de BayCareAnywhere®, limitadas a 4 visitas por año.</p>
<p>Medicamentos excluidos</p>	<p>Los medicamentos para la disfunción eréctil <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Se cubren cantidades limitadas de ciertos medicamentos genéricos orales usados para el tratamiento de la disfunción eréctil en el nivel 2 de costos compartidos.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Ayuda con ciertas afecciones crónicas	Usted paga \$0 de copago por exámenes de los ojos para diabéticos y \$45 de copago por todos los demás exámenes de los ojos cubiertos por Medicare (realizados por un especialista, como un oftalmólogo o un optometrista).	Usted paga \$0 de copago por exámenes de los ojos para diabéticos y \$35 de copago por todos los demás exámenes de los ojos cubiertos por Medicare (realizados por un especialista, como un oftalmólogo o un optometrista). Hicimos cambios adicionales con respecto a cómo informamos a Medicare este beneficio. Sin embargo, los únicos cambios con respecto a lo que usted paga son los mencionados anteriormente.
Servicios del programa de tratamiento con opioides	Usted paga \$40 de copago por visita por servicios del programa de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.	Usted paga \$35 de copago por visita por servicios del programa de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios	Usted paga \$6 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Si recibe varios servicios en el mismo lugar el mismo día, se podrían aplicar copagos de nivel de servicio individual.	Usted paga \$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Si recibe varios servicios en el mismo lugar el mismo día, solo se aplica el copago máximo.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	Usted paga \$40 de copago por cada visita individual cubierta por Medicare. Usted paga \$35 de copago por cada visita grupal cubierta por Medicare.	Usted paga \$35 de copago por cada visita individual cubierta por Medicare. Usted paga \$30 de copago por cada visita grupal cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Usted paga \$40 de copago por cada visita de terapia ocupacional, fisioterapia o patología del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.	Usted paga \$35 de copago por cada visita de terapia ocupacional, fisioterapia o patología del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes ambulatorios	Usted paga \$40 de copago por cada visita individual cubierta por Medicare. Usted paga \$35 de copago por cada visita grupal cubierta por Medicare.	Usted paga \$35 de copago por cada visita individual cubierta por Medicare. Usted paga \$30 de copago por cada visita grupal cubierta por Medicare.
Servicios de podología	Usted paga \$45 de copago por cada servicio de podología cubierto por Medicare.	Usted paga \$35 de copago por cada servicio de podología cubierto por Medicare.
Atención de la vista	Usted paga \$45 de copago por cada visita a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por beneficios cubiertos por Medicare. Usted paga \$0 de copago por hasta 1 par de lentes de anteojos cubiertos por Medicare (lentes simples	Usted paga \$35 de copago por cada visita a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por beneficios cubiertos por Medicare. Usted paga \$0 de copago por 1 par de anteojos cubiertos por Medicare, que incluye marco y lentes

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Atención de la vista (continuación)	de plástico estándares, bifocales, trifocales o lenticulares) después de cada cirugía de cataratas.	de plástico, o lentes de contacto cubiertos por Medicare (después de cada cirugía de cataratas).
	Usted paga \$15 de copago por 1 par de marcos de anteojos cubiertos por Medicare o por 1 par de lentes de contacto cubiertos por Medicare (o 2 paquetes de seis) después de cada cirugía de cataratas. Su plan paga hasta \$100 por marcos de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas.	
	Usted paga \$0 de copago por hasta 1 examen de los ojos de rutina por año calendario.	Usted paga \$0 de copago por hasta 1 examen de los ojos de rutina por año calendario.
	Usted paga \$0 de copago por hasta 1 par de lentes de anteojos (lentes simples de plástico estándares, bifocales, trifocales o lenticulares) por año calendario.	Usted paga \$0 de copago por hasta 1 par de anteojos (lentes y marcos), con lentes monofocales de plástico transparente CR-39, bifocales con unión, trifocales o lentes de contacto por año calendario.
	Usted paga \$15 de copago por 1 par de marcos de anteojos o por 1 par de lentes de contacto (o 2 paquetes de seis) por año calendario.	
	Su plan paga hasta \$100 por año calendario por marcos de anteojos o lentes de contacto.	Su plan paga hasta \$100 por año calendario por anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>Atención de la vista (continuación)</p>	<p>Para obtener mejoras de lentes de anteojos y lentes de contacto, que se aplican solo a elementos para la vista de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$15 de copago que se aplica al tratamiento con filtro ultravioleta (UV), tinte o tratamiento antirrayas de plástico estándar. • Usted paga \$65 de copago que se aplica a los lentes progresivos estándares y tratamiento antirreflejo estándar. • Usted paga el 80% del costo total de los lentes progresivos premium y otros tratamientos, lentes de gran tamaño, prismas y otras opciones de lentes. • Usted paga el 90% del costo total del ajuste de lentes de contacto y servicios de seguimiento. <p>La atención de la vista de rutina debe recibirla de parte de un proveedor de EyeQuest.</p>	<p>Para obtener mejoras de lentes de anteojos y lentes de contacto, que se aplican solo a elementos para la vista de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$40 de copago por lentes fotocromáticos. • Usted paga \$50 de copago por lentes progresivos estándares. • Usted paga 85% del costo total por mejoras de tratamiento de lentes. • Usted paga el 100% del costo total del ajuste de lentes de contacto y servicios de seguimiento. <p>La atención de la vista de rutina debe recibirla de parte de un proveedor de Argus.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Servicios odontológicos integrales (beneficio suplementario opcional)*	Los servicios odontológicos suplementarios opcionales <u>no</u> están cubiertos.	<p>Usted paga \$0 de copago por servicios odontológicos cubiertos cuando son proporcionados a través de un proveedor de atención odontológica contratado de Argus.</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 2021</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 pedimos 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 28 de septiembre de 2020, llame al Servicio de atención al cliente y pida la “cláusula adicional LIS”. Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente figuran en la Sección 6.1 de este documento.

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	2020 (este año)	2021 (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	2020 (este año)	2021 (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>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 \$10 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta.</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 \$10 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta.</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</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>Medicamentos de marca no preferidos: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Nivel especializado: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Medicamentos de marca no preferidos: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Nivel especializado: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>

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*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1. Si desea permanecer en BayCarePlus Rewards

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 Rewards**.

Sección 2.2. Si quiere cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año próximo, pero si desea cambiar en 2021 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 Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, 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 2.1 acerca de una posible multa por inscripción tardía a la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021), comuníquese con el Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección 4) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 6.2).

Usted puede encontrar información sobre los planes que hay en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio 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**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en **BayCarePlus Rewards**.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en **BayCarePlus Rewards**.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están en la Sección 6.1 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 3 Plazo para cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

¿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 2021 y no está a gusto con su elección, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con la cobertura para medicamentos con receta de Medicare o sin ella) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin la cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 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. Puede obtener más información sobre SHINE visitando el sitio web FloridaSHINE.org.

SECCIÓN 5 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

HIV/AIDS Section
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 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1. Cómo recibir ayuda de BayCarePlus Rewards

¿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 2021* (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 2021. Para obtener detalles, puede consultar la *Evidencia de cobertura de 2021* para **BayCarePlus Rewards**. 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 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*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio 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 6.2. 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 el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (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 el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite Medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021)

Puede leer el manual *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021). 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 (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.

