

2021

RESUMEN DE BENEFICIOS

Medicare Advantage

BayCarePlus Complete (HMO)
BayCarePlus Rewards (HMO)
BayCarePlus Signature (HMO)

Asistencia de
los condados de Hillsborough,
Pasco y Polk

Resumen de beneficios 1 de enero de 2021 – 31 de diciembre de 2021

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 cuadernillo de Resumen de beneficios le proporciona un resumen de lo que **BayCarePlus Complete (HMO)**, **BayCarePlus Rewards (HMO)** y **BayCarePlus Signature (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 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 Signature**
- Tabla de contenidos
- 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 más información, llame al servicio de atención al cliente al (866) 509-5396 (TTY: 711).

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

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: (866) 947-5820 (TTY: 711).
- Nuestro sitio web: BayCarePlus.org

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en **BayCarePlus Complete**, **BayCarePlus Rewards** o **BayCarePlus Signature**, 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 y Polk.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Los planes de **BayCarePlus** tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa los proveedores que no están dentro de 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 cuadernillo.

¿Qué medicamentos cubrimos?

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, como quimioterapéuticos y algunos medicamentos que administra 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 los medicamentos en 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 Signature (HMO) H2235-004
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.	\$28 por mes. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Reducción de prima de la Parte B	Sin cobertura	\$114 por mes	Sin cobertura
Deducibles	Este plan no tiene un deducible.	Este plan no tiene un deducible.	Este plan no tiene un deducible.
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, 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, 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, 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 Signature (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 Signature (HMO)
Cobertura de atención en un hospital como paciente ambulatorio	Centro de cirugía ambulatoria: \$75 de copago Hospital de atención ambulatoria: \$125 de copago Se requiere autorización previa. Se requiere una derivación para recibir servicios de hospital de atención ambulatoria.	Centro de cirugía ambulatoria: \$125 de copago Hospital de atención ambulatoria: \$195 de copago Se requiere autorización previa. Se requiere una derivación para recibir servicios de hospital de atención ambulatoria.	Centro de cirugía ambulatoria: \$50 de copago Hospital de atención ambulatoria: \$95 de copago Se requiere autorización previa. Se requiere una derivación para recibir servicios de hospital de atención ambulatoria.
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 Consultas virtuales a través de BayCareAnywhere ®: \$20 de copago, limitado a cuatro visitas por año calendario 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 Consultas virtuales a través de BayCareAnywhere ®: \$20 de copago, limitado a cuatro visitas por año calendario 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 Consultas virtuales a través de BayCareAnywhere ®: \$20 de copago, limitado a cuatro visitas por año calendario Se requiere una derivación para hacer consultas a especialistas, salvo las consultas a un obstetra/ ginecólogo, quiropráctico, podólogo o dermatólogo.
Atención preventiva	No paga nada. Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes: • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Consulta anual de bienestar • Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) • Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (única vez) • Medición de la masa ósea • Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) • Programas educativos sobre salud y bienestar • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Prueba de detección de cáncer colorrectal • Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) • Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) • Prueba de detección de depresión • Prueba de detección de diabetes • Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas	No paga nada. Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes: • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Consulta anual de bienestar • Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) • Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (única vez) • Medición de la masa ósea • Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) • Programas educativos sobre salud y bienestar • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Prueba de detección de cáncer colorrectal • Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) • Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) • Prueba de detección de depresión • Prueba de detección de diabetes • Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas	No paga nada. Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes: • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Consulta anual de bienestar • Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) • Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (única vez) • Medición de la masa ósea • Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) • Programas educativos sobre salud y bienestar • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Prueba de detección de cáncer colorrectal • Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) • Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) • Prueba de detección de depresión • Prueba de detección de diabetes • Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Signature (HMO)
Atención preventiva (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua • Prueba de detección de VIH • Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol • Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal • Pruebas de detección de cáncer de próstata • Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares • Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) • Terapia médica nutricional • Vacunas (contra la neumonía, la hepatitis B y antigripal) <p>Los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año contractual estarán cubiertos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua • Prueba de detección de VIH • Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol • Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal • Pruebas de detección de cáncer de próstata • Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares • Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) • Terapia médica nutricional • Vacunas (contra la neumonía, la hepatitis B y antigripal) <p>Los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año contractual estarán cubiertos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua • Prueba de detección de VIH • Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol • Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal • Pruebas de detección de cáncer de próstata • Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares • Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) • Terapia médica nutricional • Vacunas (contra la neumonía, la hepatitis B y antigripal) <p>Los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año contractual estarán cubiertos.</p>
Atención de emergencia	\$90 de copago 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. Esta cobertura es en todo el mundo.	\$90 de copago 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. Esta cobertura es en todo el mundo.	\$120 de copago 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. Esta cobertura es en todo el mundo.
Servicios de urgencia	\$35 de copago dentro de los Estados Unidos \$90 de copago fuera de los Estados Unidos Esta cobertura es en todo el mundo.	\$35 de copago dentro de los Estados Unidos \$90 de copago fuera de los Estados Unidos Esta cobertura es en todo el mundo.	\$30 de copago dentro de los Estados Unidos \$120 de copago fuera de los Estados Unidos Esta cobertura es en todo el mundo.

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Signature (HMO)
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>Servicios de radiología de diagnóstico (como RM, TC y TEP): \$0-\$90 de copago</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): 20% de coseguro</p> <p>Algunos servicios podrían requerir autorización previa o una derivación. 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>Servicios de radiología de diagnóstico (como RM, TC y TEP): \$0-\$125 de copago**</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): 20% de coseguro</p> <p>Algunos servicios podrían requerir autorización previa o una derivación. 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>*Las colonoscopías de diagnóstico cuestan \$0.</p> <p>**Las mamografías de diagnóstico cuestan \$0.</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>Servicios de radiología de diagnóstico (como RM, TC y TEP): \$0-\$90 de copago</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): 20% de coseguro</p> <p>Algunos servicios podrían requerir autorización previa o una derivación. 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>
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>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>Prueba de audífonos: \$0 de copago</p> <p>Se requiere una derivación para los exámenes cubiertos por Medicare.</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>Los audífonos no están cubiertos.</p> <p>Se requiere una derivación para los exámenes cubiertos por Medicare.</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 o \$899 por TruHearing Premium (el copago es por audífono).*</p> <p>Prueba de audífonos: \$0 de copago</p> <p>Se requiere una derivación para los exámenes cubiertos por Medicare.</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 preventivos: \$0 de copago</p> <p><u>Los servicios preventivos incluyen:</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) 	<p>Servicios dentales preventivos: \$0 de copago</p> <p><u>Los servicios preventivos incluyen:</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) 	<p>Servicios dentales preventivos: \$0 de copago</p> <p><u>Los servicios preventivos incluyen:</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)

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Signature (HMO)
Servicios dentales <i>(continuación)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Radiografías panorámicas de mordida horizontales (hasta cuatro, una vez por año calendario) Radiografía intrabucal de toda la boca (serie de boca completa o imagen panorámica) (una vez cada tres años calendario) <p><u>Los servicios integrales incluyen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Desbridamiento de toda la boca (limpieza profunda) (una vez cada tres años calendario) 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) <p>Consulte la página 17 para obtener información sobre cobertura odontológica integral opcional que se puede adquirir por separado.</p> <p>Servicios dentales cubiertos por Medicare: \$15 de copago</p> <p>Se requiere una derivación para consultar a un cirujano bucal para obtener servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios requieren autorización previa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Radiografías panorámicas de mordida horizontales (hasta cuatro, una vez por año calendario) Radiografía intrabucal de toda la boca (serie de boca completa o imagen panorámica) (una vez cada tres años calendario) <p><u>Los servicios integrales incluyen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Desbridamiento de toda la boca (limpieza profunda) (una vez cada tres años calendario) 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) <p>Consulte la página 17 para obtener información sobre cobertura odontológica integral opcional que se puede adquirir por separado.</p> <p>Servicios dentales cubiertos por Medicare: \$35 de copago</p> <p>Se requiere una derivación para consultar a un cirujano bucal para obtener servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios requieren autorización previa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Radiografías panorámicas de mordida horizontales (hasta cuatro, una vez por año calendario) Radiografía intrabucal de toda la boca (serie de boca completa o imagen panorámica) (una vez cada tres años calendario) <p><u>Los servicios integrales incluyen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Desbridamiento de toda la boca (limpieza profunda) (una vez cada tres años calendario) 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) <p>Consulte la página 17 para obtener información sobre cobertura odontológica integral opcional que se puede adquirir por separado.</p> <p>Servicios dentales cubiertos por Medicare: \$10 de copago</p> <p>Se requiere una derivación para consultar a un cirujano bucal para obtener servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios requieren autorización previa.</p>

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Signature (HMO)
Servicios oftalmológicos	<p>Servicios oftalmológicos de rutina: 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: 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 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: 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: 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 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: 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: 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>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 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 Signature (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</p> <p>Se requiere 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</p> <p>Se requiere 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</p> <p>Se requiere 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</p> <p>Se requiere una derivación.</p>	<p>\$35 de copago</p> <p>Se requiere una derivación.</p>	<p>\$10 de copago</p> <p>Se requiere una derivación.</p>
Ambulancia	<p>\$200 de copago</p> <p>Este copago se aplica a cada viaje de ida.</p> <p>Se podría requerir una autorización previa para traslado en ambulancia que no sea de emergencia.</p>	<p>\$250 de copago</p> <p>Este copago se aplica a cada viaje de ida.</p> <p>Se podría requerir una autorización previa para traslado en ambulancia que no sea de emergencia.</p>	<p>\$200 de copago</p> <p>Este copago se aplica a cada viaje de ida.</p> <p>Se podría requerir una autorización previa para traslado en ambulancia que no sea de emergencia.</p>
Traslado	<p>\$0 de copago</p> <p>Limitado a 16 viajes de ida a lugares aprobados por el plan por año calendario</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Limitado a 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 Signature (HMO)
Medicamentos de la Parte B de Medicare	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.	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.	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.
Deducible	Este plan no tiene un deducible.	Este plan no tiene un deducible.	Este plan no tiene un deducible.
Cobertura inicial	Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales totales por medicamentos lleguen a \$4,130. Los costos anuales totales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan usted y nuestro plan de la Parte D.	Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales totales por medicamentos lleguen a \$4,130. Los costos anuales totales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan usted y nuestro plan de la Parte D.	Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales totales por medicamentos lleguen a \$4,130. Los costos anuales totales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan usted y nuestro plan de la Parte D.
	Costos compartidos para farmacias minoristas estándares	Costos compartidos para farmacias minoristas estándares	Costos compartidos para farmacias minoristas estándares
Nivel	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
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	\$4 de copago	\$8 de copago	\$12 de copago
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida)	\$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
Nivel 5 (medicamentos de especialidad)	33% de coseguro	No se ofrece	No se ofrece

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Signature (HMO)
Cobertura inicial (continuación)	Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar. 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.	Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar. 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.	Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar. 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.
	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
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	No se ofrece	No se ofrece	\$0 de copago
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	No se ofrece	No se ofrece	\$0 de copago
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida)	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
Nivel 5 (medicamentos de especialidad)	33% de coseguro	No se ofrece	No se ofrece
Brecha de cobertura	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 \$4,130. Una vez que entra en la brecha de cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos, hasta que sus costos lleguen a un total de \$6,550, que es cuando finaliza la brecha de cobertura. No todos ingresan en la brecha de cobertura.	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 \$4,130. Una vez que entra en la brecha de cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos, hasta que sus costos lleguen a un total de \$6,550, que es cuando finaliza la brecha de cobertura. No todos ingresan en la brecha de cobertura.	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 \$4,130. Una vez que entra en la brecha de cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos, hasta que sus costos lleguen a un total de \$6,550, que es cuando finaliza la brecha de cobertura. No todos ingresan en la brecha de cobertura.

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Signature (HMO)
Cobertura en casos de catástrofe	Una vez que los costos de su propio bolsillo por medicamentos llegan a \$6,550, usted paga el monto que sea mayor entre los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> 5% de coseguro o \$3.70 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.20 de copago por todos los demás medicamentos 	Una vez que los costos de su propio bolsillo por medicamentos llegan a \$6,550, usted paga el monto que sea mayor entre los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> 5% de coseguro o \$3.70 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.20 de copago por todos los demás medicamentos 	Una vez que los costos de su propio bolsillo por medicamentos llegan a \$6,550, usted paga el monto que sea mayor entre los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> 5% de coseguro o \$3.70 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.20 de copago por todos los demás medicamentos

Otros beneficios cubiertos

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Signature (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	Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 de copago Suministros para el control de la diabetes (incluidos monitores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas para glucosa en sangre*): 10% de coseguro Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Bayer/Ascensia. Calzado o plantillas ortopédicas personalizados terapéuticos para diabéticos: 20% de coseguro Se requiere autorización para algunos artículos (p. ej., calzado y plantillas ortopédicas personalizados para diabéticos, medidores de glucosa continuos y bombas de insulina). *Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa.	Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 de copago Suministros para el control de la diabetes (incluidos monitores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas para glucosa en sangre*): 10% de coseguro Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Bayer/Ascensia. Calzado o plantillas ortopédicas personalizados terapéuticos para diabéticos: 20% de coseguro Se requiere autorización para algunos artículos (p. ej., calzado y plantillas ortopédicas personalizados para diabéticos, medidores de glucosa continuos y bombas de insulina). *Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa.	Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 de copago Suministros para el control de la diabetes (incluidos monitores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas para glucosa en sangre*): 10% de coseguro Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Bayer/Ascensia. Calzado o plantillas ortopédicas personalizados terapéuticos para diabéticos: 20% de coseguro Se requiere autorización para algunos artículos (p. ej., calzado y plantillas ortopédicas personalizados para diabéticos, medidores de glucosa continuos y bombas de insulina). *Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa.

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Signature (HMO)
Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	20% de coseguro por artículos cubiertos por Medicare Se podría requerir autorización previa.	20% de coseguro por artículos cubiertos por Medicare Se podría requerir autorización previa.	20% de coseguro por artículos cubiertos por Medicare Se podría requerir autorización previa.
Cuidado de los pies (servicios de podología)	\$15 de copago por cada consulta de podología cubierta por Medicare	\$35 de copago por cada consulta de podología cubierta por Medicare	\$10 de copago por cada consulta de podología cubierta por Medicare
Atención médica domiciliaria	\$0 de copago Se requiere una derivación.	\$0 de copago Se requiere una derivación.	\$0 de copago Se requiere una derivación.
Cuidados paliativos	Usted no paga nada por los cuidados paliativos que reciba de programas de cuidados paliativos certificados por Medicare. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.	Usted no paga nada por los cuidados paliativos que reciba de programas de cuidados paliativos certificados por Medicare. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.	Usted no paga nada por los cuidados paliativos que reciba de programas de cuidados paliativos certificados 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)	\$70 de crédito por trimestre para usar en productos de salud aprobados que se pueden pedir en línea, por teléfono o por correo Lo que sobre del monto permitido 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 Lo que sobre del monto permitido no se traslada de un trimestre a otro.
Comidas	28 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	28 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 Signature (HMO)
Dispositivos protésicos	Dispositivos protésicos: 20% de coseguro Suministros médicos relacionados: 20% de coseguro Se podría requerir autorización previa.	Dispositivos protésicos: 20% de coseguro Suministros médicos relacionados: 20% de coseguro Se podría requerir autorización previa.	Dispositivos protésicos: 20% de coseguro Suministros médicos relacionados: 20% de coseguro Se podría requerir autorización previa.
Servicios ambulatorios de rehabilitación	Servicios de rehabilitación cardíaca: \$30 de copago por día Consultas por terapia ocupacional, del habla y del lenguaje: \$15 de copago Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios ambulatorios de terapia el mismo día. Se requiere una derivación.	Servicios de rehabilitación cardíaca: \$30 de copago por día Consultas por terapia ocupacional, del habla y del lenguaje: \$35 de copago Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios ambulatorios de terapia el mismo día. Se requiere una derivación.	Servicios de rehabilitación cardíaca: \$30 de copago por día Consultas por terapia ocupacional, del habla y del lenguaje: \$10 de copago Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios ambulatorios de terapia el mismo día. Se requiere una derivación.
Programas de bienestar	Membresía a gimnasios/clases de ejercicio a través de SilverSneakers®: \$0 de copago	Membresía a gimnasios/clases de ejercicio a través de SilverSneakers®: \$0 de copago	Membresía a gimnasios/clases de ejercicio a través de SilverSneakers®: \$0 de copago
Acupuntura	Servicios cubiertos por Medicare (dolor crónico en la parte baja de la espalda): \$20 de copago por hasta 12 visitas en 90 días* No más de 20 consultas por dolor crónico en la parte baja de la espalda por año calendario Servicios complementarios: \$20 de copago por hasta 20 consultas por año calendario a través de American Specialty Health *Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información	Servicios cubiertos por Medicare (dolor crónico en la parte baja de la espalda): \$20 de copago por hasta 12 visitas en 90 días* No más de 20 consultas por dolor crónico en la parte baja de la espalda por año calendario Servicios complementarios: \$20 de copago por hasta 20 consultas por año calendario a través de American Specialty Health *Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información	Servicios cubiertos por Medicare (dolor crónico en la parte baja de la espalda): \$20 de copago por hasta 12 visitas en 90 días* No más de 20 consultas por dolor crónico en la parte baja de la espalda por año calendario Servicios complementarios: \$20 de copago por hasta 30 consultas entre acupuntura y masaje terapéutico por año calendario a través de American Specialty Health *Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información
Masaje terapéutico	Sin cobertura	Sin cobertura	\$20 de copago por hasta 30 visitas combinadas en total entre acupuntura y masaje terapéutico por año calendario

Beneficios dentales integrales opcionales

	BayCarePlus Complete (HMO)	BayCarePlus Rewards (HMO)	BayCarePlus Signature (HMO)
Beneficios complementarios opcionales	Como miembro de cualquier plan de BayCarePlus, recibirá beneficios dentales integrales limitados y preventivos (consulte las páginas 8 y 9). Por una prima mensual adicional, también puede optar por agregar cobertura integral opcional que proporcione más beneficios. Prima mensual: \$14 Deducible anual: \$0	Como miembro de cualquier plan de BayCarePlus, recibirá beneficios dentales integrales limitados y preventivos (consulte las páginas 8 y 9). Por una prima mensual adicional, también puede optar por agregar cobertura integral opcional que proporcione más beneficios. Prima mensual: \$14 Deducible anual: \$0	Como miembro de cualquier plan de BayCarePlus, recibirá beneficios dentales integrales limitados y preventivos (consulte las páginas 8 y 9). Por una prima mensual adicional, también puede optar por agregar cobertura integral opcional que proporcione más beneficios. Prima mensual: \$14 Deducible anual: \$0
<p>Servicios dentales integrales* \$0 de copago</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios dentales cuando se proporcionan a través de un proveedor de atención dental contratado de Argus.</p> <p><u>Restauración:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Corona sustrato de porcelana/cerámica - una por año calendario • Corona de porcelana fundida con contenido alto de metales nobles - una por año calendario <p><u>Endodoncia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de conducto radicular - diente anterior - por diente - uno por año calendario • Tratamiento de conducto radicular - premolar - por diente - uno por año calendario • Tratamiento de conducto radicular - molar - por diente - uno por año calendario <p><u>Prostodoncia (extraíble):</u></p> <p>un conjunto completo de dentaduras postizas completas o parciales una vez cada 5 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>Hay servicios adicionales disponibles que se pagan según un cuadro tarifario con descuento.</p> <p>*Se podría requerir autorización previa.</p>			

Índice

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

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 atención al cliente al (866) 509-5396 (TTY: 711).

Explicación de los beneficios

- Repase la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente para los servicios por los que consulte a un médico de rutina. Visite BayCarePlus.org o llame al (866) 509-5396 (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 2022.
- 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 de HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en BayCare Select Health Plans depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al (866) 509-5396 (TTY: 711) para obtener más información.

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.

BayCare Health Plans

300 Park Place Blvd.
Suite 170
Clearwater, FL 33759

BayCarePlus.org

Número de teléfono
gratuito: (877) 528-5821
(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 de 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 las Partes A y B de Medicare y residir en los condados de Hillsborough, Pasco o Polk de Florida.

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.

