

2024

Resumen de Beneficios

Medicare Advantage

BayCarePlus Rewards (HMO)
BayCarePlus Value (HMO)
BayCarePlus Complete (HMO)
BayCarePlus Premier (HMO)
BayCarePlus Freedom (HMO-POS)

Al Servicio de los Condados de Hillsborough,
Pasco, Pinellas y Polk



Resumen de Beneficios

1 de enero de 2024–31 de diciembre de 2024

Este folleto le ofrece un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera todas las limitaciones, exclusiones o servicios cubiertos. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la Evidencia de Cobertura. También puede consultarla en BayCarePlus.org.

Este folleto de Resumen de Beneficios le ofrece un resumen de lo que cubren los planes **BayCarePlus® Rewards** (HMO), **BayCarePlus Value** (HMO), **BayCarePlus Complete** (HMO), **BayCarePlus Premier** (HMO) y **BayCarePlus Freedom** (HMO-POS) y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestros planes con otros planes de seguro médico de Medicare, solicite a los otros planes sus folletos de Resumen de Beneficios o utilice el Buscador de Planes de Medicare 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). Consúltelo en línea en Medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-Medicare (1-800 633 4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al (877) 486-2048.

Secciones de Este Folleto

- Cosas que debe saber sobre los planes **BayCarePlus Rewards** (HMO), **BayCarePlus Value** (HMO), **BayCarePlus Complete** (HMO), **BayCarePlus Premier** (HMO) y **BayCarePlus Freedom** (HMO-POS)
- Prima Mensual, Deducibles y Límites sobre Cuánto Paga por los Servicios Cubiertos
- Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos
- Beneficios de Medicamentos Recetados
- Otros Beneficios Cubiertos
- Beneficios Dentales Integrales Opcionales

Este documento está disponible en otros formatos, como braille y letra grande. Este documento puede estar disponible en un idioma distinto del inglés. Para obtener información adicional, llame al (877) 549-1741 (TTY: 711) para hablar con un asesor de servicios médicos.



Bernadette S.,
BayCarePlus Member

Cosas que Debe Saber sobre BayCarePlus Medicare Advantage (HMO)

Horario de Atención

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

Números de Teléfono y Sitio Web

- Si tiene preguntas, llame al número gratuito: (877) 549-1741 (TTY: 711).
- Nuestro sitio web: BayCarePlus.org

¿Quién puede afiliarse?

Para afiliarse a los planes **BayCarePlus Rewards**, **BayCarePlus Value**, **BayCarePlus Complete**, **BayCarePlus Premier** y **BayCarePlus Freedom** debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, ser ciudadano estadounidense o encontrarse legalmente en Estados Unidos y residir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Florida: Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk.

¿Qué es una HMO?

Una health maintenance organization (HMO), organización para el mantenimiento de la salud, es un tipo de plan de seguro médico que suele limitar la cobertura al cuidado de doctores que trabajan para la HMO o tienen un contrato con ella. Por lo general, no cubre el cuidado fuera de la red, salvo en una emergencia. Una HMO puede exigirle que viva o trabaje en su área de servicio para ser elegible para cobertura.

¿Qué es un HMO-POS?

Un plan HMO-POS es un tipo de plan de Medicare Advantage que es una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) con beneficios de point of service (POS), punto de servicio. Los beneficios de POS añadidos le brindan la flexibilidad de acudir a proveedores de atención médica fuera de la red del plan para recibir cuidado o servicios a un costo de desembolso más alto, si así lo elige.

¿Qué doctores, hospitales y farmacias puedo utilizar?

BayCarePlus cuenta con una red de doctores, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si acude a proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios. La excepción es el plan **BayCarePlus Freedom** (HMO-POS), que le brinda la flexibilidad de acudir a proveedores que no pertenezcan a la red del plan por un costo adicional. Por lo general, debe utilizar las farmacias de la red para surtir sus recetas médicas de medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede consultar el Directorio de Proveedores de nuestro plan en BayCarePlus.org o llamarnos y le enviaremos una copia.

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de seguro médico de Medicare, cubrimos todo lo que abarca Medicare Original y más.

■ **Los miembros de nuestro plan reciben todos los beneficios cubiertos por Medicare Original.** Para algunos de estos beneficios, es posible que pague más en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros, es posible que pague menos.

■ **Los miembros de nuestro plan también reciben más de lo que cubre Medicare Original.** En este folleto se describen algunos de los beneficios adicionales.

¿Qué medicamentos cubrimos?

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

- Puede consultar el formulario completo del plan (*lista de medicamentos recetados de la Parte D*) y cualquier restricción en BayCarePlus.org.
- O llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determinaré el costo de mis medicamentos?

Nuestros planes agrupan cada medicamento en uno de cinco niveles. Tendrá que utilizar su formulario para saber en qué nivel se encuentra su medicamento y así determinar cuánto le costará. El monto que pague dependerá del nivel del medicamento y de la fase del beneficio que haya alcanzado. Más adelante hablaremos de las etapas del beneficio: cobertura inicial, brecha de cobertura y cobertura en caso de catástrofe. Si tiene preguntas sobre las distintas etapas del beneficio, comuníquese con el plan para obtener más información o acceda a la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web.

Prima Mensual, Deducibles y Límites de lo que Paga por los Servicios Cubiertos

	BayCarePlus Rewards (HMO) H2235-002	¡NUEVO! BayCarePlus Value (HMO) H2235-005	BayCarePlus Complete (HMO) H2235-001
Prima Mensual del Plan	\$0 mensuales	\$0 mensuales	\$0 mensuales
	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.		
Reducción de la Prima de la Parte B	\$134 mensuales	\$113 mensuales	No cubierto
Deducibles	Estos planes no exigen deducible.		
Responsabilidad de Desembolso Máxima	<p>El monto de desembolso máximo es la cantidad máxima que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos dentro de la red.</p> <p>Su límite anual en este plan: \$4,500 por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos que reciba de proveedores de la red</p>	<p>El monto de desembolso máximo es la cantidad máxima que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos dentro de la red.</p> <p>Su límite anual en este plan: \$3,100 por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos que reciba de proveedores de la red</p>	
	<p>Si alcanza el límite de costos de desembolso, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tendrá que seguir pagando las primas mensuales y el costo compartido de los medicamentos recetados de la Parte D.</p>		

BayCarePlus Premier (HMO) H2235-003	¡NUEVO! BayCarePlus Freedom (HMO-POS) H2235-006	
	Dentro de la red	Fuera de la red*
\$42 mensuales	\$0 mensuales	
Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.		
No cubierto	No cubierto	
Estos planes no exigen deducible.		
<p>El monto de desembolso máximo es la cantidad máxima que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos dentro de la red.</p> <p>Su límite anual en este plan: \$2,500 por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos que reciba de proveedores de la red</p>	<p>El monto de desembolso máximo es la cantidad máxima que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos dentro de la red.</p> <p>Su límite anual en este plan: \$3,850 por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos que reciba de proveedores de la red</p>	<p>El monto de desembolso máximo es la cantidad máxima que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos combinados dentro y fuera de la red.</p> <p>Su límite anual en este plan: \$8,950 por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos que reciba de proveedores dentro y fuera de la red</p>
<p>Si alcanza el límite de costos de desembolso, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tendrá que seguir pagando las primas mensuales y el costo compartido de los medicamentos recetados de la Parte D.</p>		

*Debe acudir a un proveedor que acepte Medicare y que esté de acuerdo en atenderlo. Se aplican costos compartidos fuera de la red. Consulte la Evidencia de Cobertura.

Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

	BayCarePlus Rewards (HMO) H2235-002	¡NUEVO! BayCarePlus Value (HMO) H2235-005	BayCarePlus Complete (HMO) H2235-001
Cobertura en el Hospital para el Paciente Hospitalizado	<p>Este plan cubre un número ilimitado de días de estadía en el hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>Copago de \$250 por día, por estadía: días 1-5</p> <p>Copago de \$0 por día, por estadía: a partir del día 6</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Este plan cubre un número ilimitado de días de estadía en el hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>Copago de \$250 por día, por estadía: días 1-5</p> <p>Copago de \$0 por día, por estadía: a partir del día 6</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Este plan cubre un número ilimitado de días de estadía en el hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>Copago de \$200 por día, por estadía: días 1-5</p> <p>Copago de \$0 por día, por estadía: a partir del día 6</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Cobertura en el Hospital para el Paciente Ambulatorio	<p>\$225 de copago</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$225 de copago</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$125 de copago</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Ambulatory Surgical Center (ASC), centro de cirugía ambulatoria	<p>\$125 de copago</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$125 de copago</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$75 de copago</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

BayCarePlus Premier (HMO) H2235-003	¡NUEVO! BayCarePlus Freedom (HMO-POS) H2235-006	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Este plan cubre un número ilimitado de días de estadía en el hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>Copago de \$175 por día, por estadía: días 1-5</p> <p>Copago de \$0 por día, por estadía: a partir del día 6</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Este plan cubre un número ilimitado de días de estadía en el hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>Copago de \$250 por día, por estadía: días 1-5</p> <p>Copago de \$0 por día, por estadía: a partir del día 6</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Este plan cubre un número ilimitado de días de estadía en el hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>Coseguro del 45% por día, por estadía: a partir del 1er día</p>
<p>\$95 de copago</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$125 de copago</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Coseguro del 45% para todos los servicios en el hospital para paciente ambulatorio cubiertos por Medicare</p>
<p>\$50 de copago</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$75 de copago</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Coseguro del 45%</p>

	BayCarePlus Rewards (HMO) H2235-002	¡NUEVO! BayCarePlus Value (HMO) H2235-005	BayCarePlus Complete (HMO) H2235-001
Visitas al Doctor <i>(Primary care providers [PCP], proveedores de atención primaria y especialistas)</i>	<p>Visita al PCP: \$0 de copago</p> <p>Visita al Especialista: \$40 de copago</p> <p>Se requiere una referencia para las visitas al especialista, salvo para ginecólogo/obstetra, quiropráctico, podólogo o dermatólogo.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa.</p>	<p>Visita al PCP: \$0 de copago</p> <p>Visita al Especialista: \$40 de copago</p> <p>Se requiere una referencia para las visitas al especialista, salvo para ginecólogo/obstetra, quiropráctico, podólogo o dermatólogo.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa.</p>	<p>Visita al PCP: \$0 de copago</p> <p>Visita al Especialista: \$15 de copago</p> <p>Se requiere una referencia para las visitas al especialista, salvo para ginecólogo/obstetra, quiropráctico, podólogo o dermatólogo.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa.</p>
Consultas Virtuales/ Telesalud	<p>Se ofrecen visitas de telesalud con determinados doctores de cuidados primarios y especialistas, así como para terapia (<i>ocupacional, física y del habla</i>), salud mental, psiquiatría y servicios por consumo de drogas.</p> <p>Los miembros pagan el mismo copago que si los servicios se brindaran en una visita presencial.</p> <p>Consultas virtuales de BayCareAnywhere® (<i>copago de \$20, hasta cuatro por año calendario</i>): Para necesidades de cuidado urgente, visitas al doctor a través de un teléfono inteligente, tableta o computadora utilizando la aplicación BayCareAnywhere.</p> <p>Para necesidades de cuidado que no son urgentes, consultas con el doctor a través de un quiosco (<i>ubicado en una sala privada</i>) mediante teleconferencia y equipos de diagnóstico médico. Disponible a través de Atención sin Cita Previa proporcionada por BayCare en ciertas Farmacias Publix.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de salud mental, psiquiatría y consumo de drogas.</p> <p>Se requiere una referencia para terapia (<i>ocupacional, física y del habla</i>) u otros servicios médicos profesionales. Los mismos requisitos de autorización previa y de referencia para las visitas presenciales rigen para las consultas virtuales/telesalud.</p>		

BayCarePlus Premier (HMO) H2235-003	¡NUEVO! BayCarePlus Freedom (HMO-POS) H2235-006	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Visita al PCP: \$0 de copago Visita al Especialista: \$15 de copago No es necesaria la referencia para ir a especialistas, salvo en los casos de atención domiciliaria, terapia ocupacional, terapia física y terapia del habla. Algunos servicios pueden requerir autorización previa.	Visita al PCP: \$0 de copago Visita al Especialista: \$35 de copago Se requiere una referencia para las visitas al especialista, salvo para ginecólogo/obstetra, quiropráctico, podólogo o dermatólogo. Algunos servicios pueden requerir autorización previa.	Visita al PCP: \$50 de copago Visita al Especialista: \$70 de copago No es necesaria la referencia para las visitas a especialistas. Algunos servicios pueden requerir autorización previa.

Se ofrecen visitas de telesalud con determinados doctores de cuidados primarios y especialistas, así como para terapia (*ocupacional, física y del habla*), salud mental, psiquiatría y servicios por consumo de drogas.

Los miembros pagan el mismo copago que si los servicios se brindaran en una visita presencial.

Consultas virtuales de **BayCareAnywhere**
(*copago de \$20, hasta cuatro por año calendario*):

Para necesidades de cuidado urgente, visitas al doctor a través de un teléfono inteligente, tableta o computadora utilizando la aplicación **BayCareAnywhere**.

Para necesidades de cuidado que no son urgentes, consultas con el doctor a través de un quiosco (*ubicado en una sala privada*) mediante teleconferencia y equipos de diagnóstico médico. Disponible a través de Atención sin Cita Previa proporcionada por BayCare en ciertas Farmacias Publix.

Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de salud mental, psiquiatría y consumo de drogas.

Se requiere una referencia para terapia (*ocupacional, física y del habla*) u otros servicios médicos profesionales. Los mismos requisitos de autorización previa y de referencia para las visitas presenciales rigen para las consultas virtuales/telesalud.

	BayCarePlus Rewards (HMO) H2235-002	¡NUEVO! BayCarePlus Value (HMO) H2235-005	BayCarePlus Complete (HMO) H2235-001
Cuidado Preventivo	<p>Usted no paga nada. Nuestros planes cubren muchos servicios preventivos, entre ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección de aneurisma aórtico abdominal • Visita anual de bienestar • Medición de la masa ósea • Detección de cáncer de seno (mamografía) • Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) • Pruebas de enfermedades cardiovasculares • Detección de cáncer de cuello uterino y de vagina • Detección de cáncer colorrectal • Detección de depresión • Detección de diabetes • Formación en autocontrol de la diabetes • Programas de educación para la salud y el bienestar • Detección del VIH <ul style="list-style-type: none"> • Vacunaciones (COVID-19, pulmonía, hepatitis B y gripe) • Terapia médica nutricional • Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP), programa de prevención de la diabetes de Medicare • Detección de la obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida • Exámenes de detección de cáncer de próstata • Detección y consejería para reducir el consumo abusivo de alcohol • Detección de cáncer de pulmón con Low-Dose Computed Tomography (LDCT), tomografía computarizada de baja dosis • Detección de sexually transmitted infections (STI), infecciones de transmisión sexual y consejería para prevenirlas • Abandono del hábito de fumar y del consumo de tabaco (<i>consejería para dejar de fumar o consumir tabaco</i>) • Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez) <p>Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.</p>		
Cuidado de Emergencia	\$100 de copago	\$100 de copago	\$90 de copago
	<p>Si lo ingresan en el mismo hospital en un plazo de 24 horas por la misma condición, pagará \$0 por acudir a la sala de emergencia. Consulte la sección “Cuidado en el Hospital para Paciente Hospitalizado” de este folleto para conocer otros costos.</p> <p>Brindamos cobertura mundial.</p>		
Servicios de Necesidad Urgente	Copago de \$35 en EE. UU. Copago de \$100 de copago fuera de EE. UU.	Copago de \$35 en EE. UU. Copago de \$100 de copago fuera de EE. UU.	Copago de \$35 en EE. UU. Copago de \$90 fuera de EE. UU.
	Brindamos cobertura mundial.		

BayCarePlus Premier (HMO) H2235-003	¡NUEVO! BayCarePlus Freedom (HMO-POS) H2235-006	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Usted no paga nada. Nuestros planes cubren muchos servicios preventivos, entre ellos:		
<ul style="list-style-type: none"> • Detección de aneurisma aórtico abdominal • Visita anual de bienestar • Medición de la masa ósea • Detección de cáncer de seno (mamografía) • Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) • Pruebas de enfermedades cardiovasculares • Detección de cáncer de cuello uterino y de vagina • Detección de cáncer colorrectal • Detección de depresión • Detección de diabetes • Formación en autocontrol de la diabetes • Programas de educación para la salud y el bienestar • Detección del VIH • Vacunaciones (COVID-19, pulmonía, hepatitis B y gripe) <p style="text-align: center;">Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia médica nutricional • Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) • Detección de la obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida • Exámenes de detección de cáncer de próstata • Detección y consejería para reducir el consumo abusivo de alcohol • Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) • Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y consejería para prevenirlas • Abandono del hábito de fumar y del consumo de tabaco (<i>consejería para dejar de fumar o consumir tabaco</i>) • Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (<i>una vez</i>) 	Coseguro del 45% para todos los servicios de cuidado preventivo
\$120 de copago	\$135 de copago	
<p>Si lo ingresan en el mismo hospital en un plazo de 24 horas por la misma condición, pagará \$0 por acudir a la sala de emergencia. Consulte la sección “Cuidado en el Hospital para Paciente Hospitalizado” de este folleto para conocer otros costos.</p> <p>Brindamos cobertura mundial.</p>		
Copago de \$30 en EE. UU. Copago de \$120 fuera de EE. UU.	Copago de \$40 en EE. UU. Copago de \$135 fuera de EE. UU.	
Brindamos cobertura mundial.		

	BayCarePlus Rewards (HMO) H2235-002	¡NUEVO! BayCarePlus Value (HMO) H2235-005	BayCarePlus Complete (HMO) H2235-001
<p>Servicios de Diagnóstico/Laboratorio/Imágenes</p> <p><i>Los costos de estos servicios pueden variar según el lugar donde se proporcionen.</i></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>Escaneos por Magnetic Resonance Imaging (MRI), imágenes por resonancia magnética, Computerized Tomography (CT), tomografía computarizada y Positron Emission Tomography (PET), tomografía por emisión de positrones: \$125 de copago</p> <p>Mamografías para diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Colonoscopias para diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer): Coseguro del 20%</p> <p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles y una lista completa.</p> <p>No hay copago para las pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal, diabetes o cáncer de próstata cuando se solicitan 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>Escaneos por MRI, CT y PET: \$125 de copago</p> <p>Mamografías para diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Colonoscopias para diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer): Coseguro del 20%</p> <p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles y una lista completa.</p> <p>No hay copago para las pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal, diabetes o cáncer de próstata cuando se solicitan como servicio preventivo.</p>	<p>Servicios de laboratorio: \$0 de copago</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Radiografías: \$0 de copago</p> <p>Escaneos por MRI, CT y PET: \$90 de copago</p> <p>Mamografías para diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Colonoscopias para diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer): Coseguro del 20%</p> <p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles y una lista completa.</p> <p>No hay copago para las pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal, diabetes o cáncer de próstata cuando se solicitan como servicio preventivo.</p>

BayCarePlus Premier (HMO) H2235-003	¡NUEVO! BayCarePlus Freedom (HMO-POS) H2235-006	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<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>Escaneos por MRI, CT y PET: \$90 de copago</p> <p>Mamografías para diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Colonoscopias para diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (<i>como radioterapia para el cáncer</i>): Coseguro del 20%</p> <p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles y una lista completa.</p> <p>No hay copago para las pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal, diabetes o cáncer de próstata cuando se solicitan como servicio preventivo.</p>	<p>Servicios de laboratorio: \$0 de copago</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Radiografías: \$0 de copago</p> <p>Escaneos por MRI, CT y PET: \$90 de copago</p> <p>Mamografías para diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Colonoscopias para diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (<i>como radioterapia para el cáncer</i>): Coseguro del 20%</p> <p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles y una lista completa.</p> <p>No hay copago para las pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal, diabetes o cáncer de próstata cuando se solicitan como servicio preventivo.</p>	<p>Servicios de laboratorio: Coseguro del 45%</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico: Coseguro del 45%</p> <p>Radiografías: Coseguro del 45%</p> <p>Escaneos por MRI, CT y PET: Coseguro del 45%</p> <p>Mamografías para diagnóstico: Coseguro del 45%</p> <p>Colonoscopias para diagnóstico: Coseguro del 45%</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (<i>como radioterapia para el cáncer</i>): Coseguro del 45%</p> <p>Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal, diabetes o cáncer de próstata ordenadas como servicio preventivo: Coseguro del 45%</p>

	BayCarePlus Rewards (HMO) H2235-002	¡NUEVO! BayCarePlus Value (HMO) H2235-005	BayCarePlus Complete (HMO) H2235-001
Servicios de Audición	<p>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio: \$40 de copago</p> <p>Se requiere una referencia para los exámenes cubiertos por Medicare.</p> <p>Examen de audición de rutina: Copago de \$30 <i>(uno por año calendario)</i></p> <p>Hasta dos aparatos auditivos cada año calendario <i>(uno por oído)</i></p> <p>Copagos de aparatos auditivos: \$599 para TruHearing Advanced u \$899 para TruHearing Premium <i>(el copago es por aparato auditivo*)</i></p> <p>Los aparatos auditivos Premium recargables están disponibles por un copago adicional de \$50 por aparato auditivo.</p> <p>La compra de aparatos auditivos incluye las visitas posteriores a la compra durante un año para la adaptación, el ajuste y la formación: \$0 de copago</p>	<p>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio: \$40 de copago</p> <p>Se requiere una referencia para los exámenes cubiertos por Medicare.</p> <p>Examen de audición de rutina: Copago de \$30 <i>(uno por año calendario)</i></p> <p>Hasta dos aparatos auditivos cada año calendario <i>(uno por oído)</i></p> <p>Copagos de aparatos auditivos: \$599 para TruHearing Advanced u \$899 para TruHearing Premium <i>(el copago es por aparato auditivo*)</i></p> <p>Los aparatos auditivos Premium recargables están disponibles por un copago adicional de \$50 por aparato auditivo.</p> <p>La compra de aparatos auditivos incluye las visitas posteriores a la compra durante un año para la adaptación, el ajuste y la formación: \$0 de copago</p>	<p>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio: \$15 de copago</p> <p>Se requiere una referencia para los exámenes cubiertos por Medicare.</p> <p>Examen de audición de rutina: Copago de \$0 <i>(uno por año calendario)</i></p> <p>Hasta dos aparatos auditivos cada año calendario <i>(uno por oído)</i></p> <p>Copagos de aparatos auditivos: \$699 para TruHearing Advanced o \$999 para TruHearing Premium <i>(el copago es por aparato auditivo*)</i></p> <p>Los aparatos auditivos Premium recargables están disponibles por un copago adicional de \$50 por aparato auditivo.</p> <p>La compra de aparatos auditivos incluye las visitas posteriores a la compra durante un año para la adaptación, el ajuste y la formación: \$0 de copago</p>

BayCarePlus Premier (HMO) H2235-003	¡NUEVO! BayCarePlus Freedom (HMO-POS) H2235-006	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio: \$15 de copago</p> <p>No es necesaria una referencia para los exámenes cubiertos por Medicare.</p> <p>Examen de audición de rutina: Copago de \$0 <i>(uno por año calendario)</i></p> <p>Hasta dos aparatos auditivos cada año calendario <i>(uno por oído)</i></p> <p>Copagos de aparatos auditivos: \$599 para TruHearing Advanced u \$899 para TruHearing Premium <i>(el copago es por aparato auditivo*)</i></p> <p>Los aparatos auditivos Premium recargables están disponibles por un copago adicional de \$50 por aparato auditivo.</p> <p>La compra de aparatos auditivos incluye las visitas posteriores a la compra durante un año para la adaptación, el ajuste y la formación: \$0 de copago</p>	<p>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio: \$35 de copago</p> <p>Se requiere una referencia para los exámenes cubiertos por Medicare.</p> <p>Examen de audición de rutina: Copago de \$0 <i>(uno por año calendario)</i></p> <p>Hasta dos aparatos auditivos cada año calendario <i>(uno por oído)</i></p> <p>Copagos de aparatos auditivos: \$699 para TruHearing Advanced o \$999 para TruHearing Premium <i>(el copago es por aparato auditivo*)</i></p> <p>Los aparatos auditivos Premium recargables están disponibles por un copago adicional de \$50 por aparato auditivo.</p> <p>La compra de aparatos auditivos incluye las visitas posteriores a la compra durante un año para la adaptación, el ajuste y la formación: \$0 de copago</p>	<p>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio: \$70 de copago</p> <p>Los servicios auditivos de rutina y los aparatos auditivos no están cubiertos fuera de la red.</p>

*El monto que pague por estos servicios no cuenta para el monto de desembolso máximo.

BayCarePlus Rewards (HMO) H2235-002	¡NUEVO! BayCarePlus Value (HMO) H2235-005	BayCarePlus Complete (HMO) H2235-001	
<p>Servicios dentales cubiertos por Medicare: \$40 de copago</p> <p>Se requiere una referencia para acudir a un cirujano oral para los servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios requieren autorización previa.</p>	<p>Servicios dentales cubiertos por Medicare: \$40 de copago</p> <p>Se requiere una referencia para acudir a un cirujano oral para los servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios requieren autorización previa.</p>	<p>Servicios dentales cubiertos por Medicare: \$15 de copago</p> <p>Se requiere una referencia para acudir a un cirujano oral para los servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios requieren autorización previa.</p>	
Servicios Dentales	<p align="center">Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales preventivos cubiertos que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un examen oral completo cada tres años por proveedor o ubicación Dos revisiones orales periódicas cada año calendario Dos limpiezas de rutina cada año calendario Dos aplicaciones de flúor cada año calendario Una radiografía de mordida cada año calendario Una serie intraoral completa y una radiografía panorámica cada dos años calendario Evaluaciones orales limitadas <p align="center">Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales integrales cubiertos que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un alisado radicular/raspado y alisado por cuadrante cada dos años Dos empastes cada año calendario Una corona cada año calendario Dos conductos radiculares por año calendario Dos extracciones por año calendario Un desbridamiento bucal completo cada dos años calendario Una dentadura postiza por arco cada cinco años calendario Dos realineaciones por año calendario <p>Máximo anual de \$2,000 para atención dental integral. Los montos que paga por los servicios dentales preventivos e integrales no se aplican al monto de desembolso máximo.</p> <p>Los servicios dentales preventivos e integrales solo están cubiertos cuando se obtienen a través de la red Delta Dental Medicare Advantage.</p> <p>En la página 38 encontrará información sobre la cobertura dental integral opcional que puede adquirirse por separado.</p>		

BayCarePlus Premier (HMO) H2235-003	¡NUEVO! BayCarePlus Freedom (HMO-POS) H2235-006	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales cubiertos por Medicare: \$15 de copago Se requiere una referencia para ir a un cirujano oral para los servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios requieren autorización previa.	Servicios dentales cubiertos por Medicare: \$35 de copago Se requiere una referencia para acudir a un cirujano oral para los servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios requieren autorización previa.	Servicios dentales cubiertos por Medicare: \$70 de copago
<p style="text-align: center;">Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales preventivos cubiertos que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un examen oral completo cada tres años por proveedor o ubicación Dos revisiones orales periódicas cada año calendario Dos limpiezas de rutina cada año calendario Dos aplicaciones de flúor cada año calendario Una radiografía de mordida cada año calendario Una serie intraoral completa y una radiografía panorámica cada dos años calendario Evaluaciones orales limitadas <p style="text-align: center;">Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales integrales cubiertos que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un alisado radicular/raspado y alisado por cuadrante cada dos años Dos empastes cada año calendario Una corona cada año calendario Dos conductos radiculares por año calendario Dos extracciones por año calendario Un desbridamiento bucal completo cada dos años calendario Una dentadura postiza por arco cada cinco años calendario Dos realineaciones por año calendario <p>Máximo anual de \$2,000 para atención dental integral. Los montos que paga por los servicios dentales preventivos e integrales no se aplican al monto de desembolso máximo.</p> <p>Los servicios dentales preventivos e integrales solo están cubiertos cuando se obtienen a través de la red Delta Dental Medicare Advantage.</p> <p>En la página 38 encontrará información sobre la cobertura dental integral opcional que puede adquirirse por separado.</p>		

	BayCarePlus Rewards (HMO) H2235-002	¡NUEVO! BayCarePlus Value (HMO) H2235-005	BayCarePlus Complete (HMO) H2235-001
Servicios de la Vista	<p>Los servicios oftalmológicos de rutina los brinda EyeMed (<i>proveedor de cuidado de la vista</i>):</p> <p>Un examen de la vista de rutina cada año calendario: \$0 de copago</p> <p>Este plan paga hasta \$150 por año calendario en concepto de lentes (<i>cristales y monturas</i>) y actualizaciones o lentes de contacto.</p> <p>Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare:</p> <p>Exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare: \$40 de copago</p>	<p>Los servicios oftalmológicos de rutina los brinda EyeMed (<i>proveedor de cuidado de la vista</i>):</p> <p>Un examen de la vista de rutina cada año calendario: \$0 de copago</p> <p>Este plan paga hasta \$300 por año calendario por lentes (<i>cristales y monturas</i>) y actualizaciones o \$350 por lentes de contacto.</p> <p>Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare:</p> <p>Exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare: \$40 de copago</p>	<p>Los servicios oftalmológicos de rutina los brinda EyeMed (<i>proveedor de cuidado de la vista</i>):</p> <p>Un examen de la vista de rutina cada año calendario: \$0 de copago</p> <p>Este plan paga hasta \$300 por año calendario por lentes (<i>cristales y monturas</i>) y actualizaciones o \$350 por lentes de contacto.</p> <p>Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare:</p> <p>Exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare: \$15 de copago</p>
	<p>Exámenes oftalmológicos para personas con diabetes realizados por un especialista, como un oftalmólogo o un optómetra: \$0 de copago</p> <p>Para estas visitas cubiertas por Medicare es necesaria una referencia.</p>		

BayCarePlus Premier (HMO) H2235-003	¡NUEVO! BayCarePlus Freedom (HMO-POS) H2235-006	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Los servicios oftalmológicos de rutina los brinda EyeMed (<i>proveedor de cuidado de la vista</i>):</p> <p>Un examen de la vista de rutina cada año calendario: \$0 de copago</p> <p>Este plan paga hasta \$300 por año calendario por lentes (<i>crisales y monturas</i>) y actualizaciones o \$350 por lentes de contacto.</p> <p>Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare:</p> <p>Exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare: \$15 de copago</p>	<p>Los servicios oftalmológicos de rutina los brinda EyeMed (<i>proveedor de cuidado de la vista</i>):</p> <p>Un examen de la vista de rutina cada año calendario: \$0 de copago</p> <p>Este plan paga hasta \$300 por año calendario por lentes (<i>crisales y monturas</i>) y actualizaciones o \$350 por lentes de contacto.</p> <p>Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare:</p> <p>Exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare: \$35 de copago</p>	<p>Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare:</p> <p>Exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare: \$70 de copago</p> <p>No hay cobertura fuera de red para exámenes de la vista gratuitos para personas con diabetes, servicios oftalmológicos de rutina o refracciones, anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p>
<p>Exámenes oftalmológicos para personas con diabetes realizados por un especialista, como un oftalmólogo o un optómetra: \$0 de copago</p> <p>No se requiere referencia para estas visitas cubiertas por Medicare.</p>		

Cobertura después de una cirugía de cataratas para todos los planes (*solo dentro de la red*):

Examen oftalmológico después de una cirugía de cataratas: \$0 de copago

Un par de crisales para lentes cubiertos por Medicare (*monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares de plástico estándar, monturas o lentes de contacto*) después de una cirugía de cataratas: \$0 de copago

Después de cada cirugía de cataratas, nuestro plan paga hasta \$150 por año calendario por lentes (*crisales y monturas*) o \$200 por año calendario por lentes de contacto.

Todos los lentes y lentes de contacto, incluidas las refracciones oculares, deben obtenerse a través de un proveedor de cuidado de la vista EyeMed.

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

**¡NUEVO!
BayCarePlus Value
(HMO)**
H2235-005

**BayCarePlus Complete
(HMO)**
H2235-001

	Estadía de paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de estadía en el hospital para paciente hospitalizado.		
Servicios de Salud Mental	<p>Copago de \$250 por día, por estadía: días 1-5</p> <p>Copago de \$0 por día, por estadía: a partir del día 6</p> <p>Visita individual ambulatoria: \$40 de copago</p> <p>Visita ambulatoria en grupo: \$35 de copago</p> <p>Programas de tratamiento con opioides: Copago de \$40 por visitas para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Hospitalización parcial: Copago de \$55 por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Copago de \$250 por día, por estadía: días 1-5</p> <p>Copago de \$0 por día, por estadía: a partir del día 6</p> <p>Visita individual ambulatoria: \$40 de copago</p> <p>Visita ambulatoria en grupo: \$35 de copago</p> <p>Programas de tratamiento con opioides: Copago de \$40 por visitas para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Hospitalización parcial: Copago de \$55 por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Copago de \$200 por día, por estadía: días 1-5</p> <p>Copago de \$0 por día, por estadía: a partir del día 6</p> <p>Visita individual ambulatoria: \$15 de copago</p> <p>Visita ambulatoria en grupo: \$10 de copago</p> <p>Programas de tratamiento con opioides: Copago de \$15 por visita para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Hospitalización parcial: Copago de \$55 por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
	El plan cubre hasta 100 días por admisión. No se requiere estadía en el hospital previa.		
Centro de Cuidados de Enfermería Especializada	<p>Copago de \$0 por día, por estadía: días 1-20</p> <p>Copago de \$172 por día, por estadía: días 21-100</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0 por día, por estadía: días 1-20</p> <p>Copago de \$172 por día, por estadía: días 21-100</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0 por día, por estadía: días 1-20</p> <p>Copago de \$150 por día, por estadía: días 21-100</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

BayCarePlus Premier (HMO) H2235-003	¡NUEVO! BayCarePlus Freedom (HMO-POS) H2235-006	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Estadía de paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de estadía en el hospital para paciente hospitalizado.		
<p>Copago de \$175 por día, por estadía: días 1-5.</p> <p>Copago de \$0 por día, por estadía: a partir del día 6</p> <p>Visita individual ambulatoria: \$15 de copago</p> <p>Visita ambulatoria en grupo: \$10 de copago</p> <p>Programas de tratamiento con opioides: Copago de \$15 por visita para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Hospitalización parcial: Copago de \$55 por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Copago de \$250 por día, por estadía: días 1-5</p> <p>Copago de \$0 por día, por estadía: a partir del día 6</p> <p>Visita individual ambulatoria: \$35 de copago</p> <p>Visita ambulatoria en grupo: \$30 de copago</p> <p>Programas de tratamiento con opioides: Copago de \$35 por visita para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Hospitalización parcial: Copago de \$55 por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Coseguro del 45 % por día, por estadía: a partir del 1er día</p> <p>Visita individual ambulatoria: \$70 de copago</p> <p>Visita ambulatoria en grupo: \$70 de copago</p> <p>Programas de tratamiento con opioides: Copago de \$70 por visita para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Hospitalización parcial: Coaseguro del 45% por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>
El plan cubre hasta 100 días por admisión. No se requiere estadía en el hospital previa.		
<p>Copago de \$0 por día, por estadía: días 1-20</p> <p>Copago de \$175 por día, por estadía: días 21-100.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0 por día, por estadía: días 1-20</p> <p>Copago de \$200 por día, por estadía: días 21-100</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Coseguro del 45%, días 1-100</p>

	BayCarePlus Rewards (HMO) H2235-002	¡NUEVO! BayCarePlus Value (HMO) H2235-005	BayCarePlus Complete (HMO) H2235-001
Terapia Física	\$40 de copago Se requiere una referencia.		\$15 de copago Se requiere una referencia.
Ambulancia	\$250 de copago Este copago se aplica a cada viaje de una sola dirección. Se requiere autorización previa para el transporte en ambulancia que no es de emergencia.	\$250 de copago Este copago se aplica a cada viaje de una sola dirección. Se requiere autorización previa para el transporte en ambulancia que no es de emergencia.	\$200 de copago Este copago se aplica a cada viaje de una sola dirección. Se requiere autorización previa para el transporte en ambulancia que no es de emergencia.
Transporte	No cubierto		\$0 de copago Limitado a 16 viajes de una sola dirección a lugares aprobados por el plan cada año calendario
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Medicamentos de la Parte B, como los de quimioterapia: Coseguro del 20%</p> <p>Se requiere autorización previa para los medicamentos de quimioterapia.</p> <p>Insulina administrada a través de una bomba de insulina de equipo médico duradero: Coseguro del 20% hasta un copago máximo de \$35 por un suministro para un mes</p> <p>Si el precio de un medicamento recetado de la Parte B ha aumentado a una tasa superior a la de inflación, reduciremos su coseguro para ese medicamento en una cantidad determinada según las indicaciones de los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.</p> <p>Los CMS indicarán a BayCarePlus cuál debe ser su coseguro para ese medicamento. El monto que pague nunca superará su coseguro, pero podría ser inferior según la información que recibamos de los CMS.</p> <p>Los montos que pague por los medicamentos de la Parte B cuentan para su maximum out-of-pocket (MOOP), desembolso máximo; no cuentan para el límite de cobertura inicial de la Parte D ni para el costo de desembolso real de \$8,000.</p>		

BayCarePlus Premier (HMO) H2235-003	¡NUEVO! BayCarePlus Freedom (HMO-POS) H2235-006	
	Dentro de la red	Fuera de la red
\$15 de copago Se requiere una referencia.	\$35 de copago Se requiere una referencia.	\$70 de copago
\$200 de copago Este copago se aplica a cada viaje de una sola dirección . Se requiere autorización previa para el transporte en ambulancia que no es de emergencia.	\$200 de copago Este copago se aplica a cada viaje de una sola dirección . Se requiere autorización previa para el transporte en ambulancia que no es de emergencia.	Coseguro del 45%
\$0 de copago Limitado a 24 viajes de una sola dirección a lugares aprobados por el plan cada año calendario	No cubierto	No cubierto
Medicamentos de la Parte B, como los de quimioterapia: Coseguro del 20% Se requiere autorización previa para los medicamentos de quimioterapia. Insulina administrada a través de una bomba de insulina de equipo médico duradero: Coseguro del 20% hasta un copago máximo de \$35 por un suministro para un mes		Medicamentos de la Parte B, como los de quimioterapia: Coseguro del 45% Se requiere autorización previa para los medicamentos de quimioterapia. Insulina administrada a través de una bomba de insulina de equipo médico duradero: Coseguro del 45%
<p>Si el precio de un medicamento recetado de la Parte B ha aumentado a una tasa superior a la de inflación, reduciremos su coseguro para ese medicamento en una cantidad determinada según las indicaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).</p> <p>Los CMS indicarán a BayCarePlus cuál debe ser su coseguro para ese medicamento. El monto que pague nunca superará su coseguro, pero podría ser inferior según la información que recibamos de los CMS.</p> <p>Los montos que pague por los medicamentos de la Parte B cuentan para su MOOP; no cuentan para el límite de cobertura inicial de la Parte D ni para el costo de desembolso real de \$8,000.</p>		

Beneficios de Medicamentos Recetados de la Parte D

	BayCarePlus Rewards (HMO) H2235-002	¡NUEVO! BayCarePlus Value (HMO) H2235-005	BayCarePlus Complete (HMO) H2235-001
Deducible	Estos planes no exigen deducible.		
Cobertura Inicial	<p>Usted paga los montos indicados en las tablas de las páginas siguientes hasta que el total de sus gastos anuales en medicamentos alcance los \$5,030. En el caso de las insulinas, no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestros planes para todos los niveles de costo compartido. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D.</p> <p>Si reside en un centro de cuidados a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia minorista estándar.</p> <p>Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia minorista estándar. La cobertura está limitada a determinadas situaciones si acude a una farmacia fuera de la red.</p>		
Cobertura de Insulina	No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de gastos compartidos, la fase de cobertura o su estado de Ayuda Adicional.		
Brecha de Cobertura	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha de cobertura (<i>también llamado “el hueco de la dona”</i>). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos.</p> <p>La brecha de cobertura comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (<i>incluido lo que ha pagado nuestro plan y lo que ha pagado usted</i>) alcanza los \$5,030.</p> <p>Después de entrar en la brecha de cobertura, pagará el 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos de desembolso alcancen un total de \$8,000, que es el final de la brecha de cobertura. No todo el mundo entra en la brecha de cobertura.</p> <p>Importante: No pagará más de \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.</p>		
Cobertura en Caso de Catástrofe	Después de que sus costos de desembolso anuales en medicamentos alcancen los \$8,000, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.		

BayCarePlus Premier (HMO) H2235-003	¡NUEVO! BayCarePlus Freedom (HMO-POS) H2235-006	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Estos planes no exigen deducible.		
<p>Usted paga los montos indicados en las tablas de las páginas siguientes hasta que el total de sus gastos anuales en medicamentos alcance los \$5,030. En el caso de las insulinas, no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestros planes para todos los niveles de costo compartido. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D.</p> <p>Si reside en un centro de cuidados a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia minorista estándar.</p> <p>Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia minorista estándar. La cobertura está limitada a determinadas situaciones si acude a una farmacia fuera de la red.</p>		
<p>No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de gastos compartidos, la fase de cobertura o su estado de Ayuda Adicional.</p>		
<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha de cobertura (<i>también llamado “el hueco de la dona”</i>). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (<i>incluido lo que ha pagado nuestro plan y lo que ha pagado usted</i>) alcanza los \$5,030.</p> <p>Después de entrar en la brecha de cobertura, pagará el 25 por ciento del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25 por ciento del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos de desembolso alcancen un total de \$8,000, que es el final de la brecha de cobertura.</p> <p>No todo el mundo entra en la brecha de cobertura.</p> <p>Importante: No pagará más de \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.</p>		
<p>Después de que sus costos de desembolso anuales en medicamentos alcancen los \$8,000, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>		

Costo Compartido Minorista Estándar

* Coseguro N/O: No ofrecido	BayCarePlus Rewards (HMO) H2235-002			¡NUEVO! BayCarePlus Value (HMO) H2235-005		
	Suministro de 30/60/90-Días					
Nivel	30	60	90	30	60	90
Nivel 1 (genérico preferido)	\$0 de copago					
Nivel 2 (genérico)	\$10 de copago	\$20 de copago	\$30 de copago	\$10 de copago	\$20 de copago	\$30 de copago
Nivel 3 (marca preferida)	\$47 de copago	\$94 de copago	\$141 de copago	\$47 de copago	\$94 de copago	\$141 de copago
Insulinas	\$35 de copago	\$75 de copago	\$105 de copago	\$35 de copago	\$75 de copago	\$105 de copago
Nivel 4 (marca no preferida)	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago
Nivel 5 (medicamento especializado)	33%*	N/O	N/O	33%*	N/O	N/O
Farmacia de Pedido por Correo						
Nivel	30	60	90	30	60	90
Nivel 1 (genérico preferido)	N/O	N/O	\$0 de copago	N/O	N/O	\$0 de copago
Nivel 2 (genérico)	N/O	N/O	\$0 de copago	N/O	N/O	\$0 de copago
Nivel 3 (marca preferida)	N/O	N/O	\$125 de copago	N/O	N/O	\$125 de copago
Insulinas	N/O	N/O	\$105 de copago	N/O	N/O	\$105 de copago
Nivel 4 (marca no preferida)	N/O	N/O	\$275 de copago	N/O	N/O	\$275 de copago
Nivel 5 (medicamento especializado)	33%*	N/O	N/O	33%*	N/O	N/O

BayCarePlus Complete (HMO) H2235-001			BayCarePlus Premier (HMO) H2235-003			¡NUEVO! BayCarePlus Freedom (HMO-POS) H2235-006		
Suministro de 30/60/90-Días								
30	60	90	30	60	90	30	60	90
\$0 de copago								
\$3 de copago	\$6 de copago	\$9 de copago	\$0 de copago			\$3 de copago	\$6 de copago	\$9 de copago
\$35 de copago	\$70 de copago	\$105 de copago	\$30 de copago	\$60 de copago	\$90 de copago	\$35 de copago	\$70 de copago	\$105 de copago
\$35 de copago	\$70 de copago	\$105 de copago	\$30 de copago	\$60 de copago	\$90 de copago	\$35 de copago	\$70 de copago	\$105 de copago
\$85 de copago	\$170 de copago	\$255 de copago	\$85 de copago	\$170 de copago	\$255 de copago	\$85 de copago	\$170 de copago	\$255 de copago
33%*	N/O	N/O	33%*	N/O	N/O	33%*	N/O	N/O
Farmacia de Pedido por Correo								
30	60	90	30	60	90	30	60	90
N/O	N/O	\$0 de copago	N/O	N/O	\$0 de copago	N/O	N/O	\$0 de copago
N/O	N/O	\$0 de copago	N/O	N/O	\$0 de copago	N/O	N/O	\$0 de copago
N/O	N/O	\$95 de copago	N/O	N/O	\$80 de copago	N/O	N/O	\$95 de copago
N/O	N/O	\$95 de copago	N/O	N/O	\$80 de copago	N/O	N/O	\$95 de copago
N/O	N/O	\$245 de copago	N/O	N/O	\$245 de copago	N/O	N/O	\$245 de copago
33%*	N/O	N/O	33%*	N/O	N/O	33%*	N/O	N/O

Otros Beneficios Cubiertos

	BayCarePlus Rewards (HMO) H2235-002	¡NUEVO! BayCarePlus Value (HMO) H2235-005	BayCarePlus Complete (HMO) H2235-001
Cuidado Quiropráctico	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones: \$20 de copago		
Suministros y Servicios para la Diabetes	<p>Formación en autocontrol de la diabetes: \$0 de copago</p> <p>Suministros para el monitoreo de la diabetes (<i>incluidos medidores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas de glucosa en sangre</i>): Coseguro del 10%*</p> <p>Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Bayer/Ascensia.</p> <p>Zapatos o plantillas terapéuticos moldeados a medida para personas con diabetes: Coseguro del 20%</p> <p>Se requiere autorización para algunos artículos (<i>p. ej., calzado y plantillas moldeadas a medida para personas con diabetes, medidores continuos de glucosa y bombas de insulina</i>).</p>	<p>Formación en autocontrol de la diabetes: \$0 de copago</p> <p>Suministros para el monitoreo de la diabetes (<i>incluidos medidores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas de glucosa en sangre</i>): Coseguro del 10%*</p> <p>Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Bayer/Ascensia.</p> <p>Zapatos o plantillas terapéuticos moldeados a medida para personas con diabetes: Coseguro del 20%</p> <p>Se requiere autorización para algunos artículos (<i>p. ej., calzado y plantillas moldeadas a medida para personas con diabetes, medidores continuos de glucosa y bombas de insulina</i>).</p>	<p>Formación en autocontrol de la diabetes: \$0 de copago</p> <p>Suministros para el monitoreo de la diabetes (<i>incluidos medidores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas de glucosa en sangre</i>): \$0 de copago*</p> <p>Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Bayer/Ascensia.</p> <p>Zapatos o plantillas terapéuticos moldeados a medida para personas con diabetes: Coseguro del 20%</p> <p>Un crédito adicional de \$25 por trimestre para gastar en artículos de venta libre**</p> <p>Cuatro visitas de rutina al podólogo, que incluyen cortar las uñas, por año calendario: Copago de \$0**</p> <p>Cuatro horas adicionales de consejería nutricional por año calendario: Copago de \$0**</p> <p>Se requiere autorización para algunos artículos (<i>p. ej., calzado y plantillas moldeadas a medida para personas con diabetes, medidores continuos de glucosa y bombas de insulina</i>).</p>

<p>BayCarePlus Premier (HMO) H2235-003</p>	<p>¡NUEVO! BayCarePlus Freedom (HMO-POS) H2235-006</p>	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones: \$15 de copago</p>	<p>Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones: \$20 de copago</p>	<p>Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones: \$70 de copago</p>
<p>Formación en autocontrol de la diabetes: \$0 de copago</p> <p>Suministros para el monitoreo de la diabetes (<i>incluidos medidores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas de glucosa en sangre</i>): \$0 de copago*</p> <p>Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Bayer/Ascensia.</p> <p>Zapatos o plantillas terapéuticos moldeados a medida para personas con diabetes: Coseguro del 20%</p> <p>Un crédito adicional de \$50 por trimestre para gastar en artículos de venta libre**</p> <p>Seis visitas de rutina al podólogo, que incluyen cortar las uñas, por año calendario: Copago de \$0**</p> <p>Seis horas adicionales de consejería nutricional por año calendario: Copago de \$0**</p> <p>Se requiere autorización para algunos artículos (<i>p. ej., calzado y plantillas moldeadas a medida para personas con diabetes, medidores continuos de glucosa y bombas de insulina</i>).</p>	<p>Formación en autocontrol de la diabetes: \$0 de copago</p> <p>Suministros para el monitoreo de la diabetes (<i>incluidos medidores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas de glucosa en sangre</i>): \$0 de copago*</p> <p>Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Bayer/Ascensia.</p> <p>Zapatos o plantillas terapéuticos moldeados a medida para personas con diabetes: Coseguro del 20%</p> <p>Se requiere autorización para algunos artículos (<i>p. ej., calzado y plantillas moldeadas a medida para personas con diabetes, medidores continuos de glucosa y bombas de insulina</i>).</p>	<p>Formación en autocontrol de la diabetes: Coseguro del 45%</p> <p>Suministros para el monitoreo de la diabetes (<i>incluidos medidores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas de glucosa en sangre</i>): Coseguro del 45%*</p> <p>Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Bayer/Ascensia.</p> <p>Zapatos o plantillas terapéuticos moldeados a medida para personas con diabetes: Coseguro del 45%</p>

*Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener una lista completa.

**Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.

	BayCarePlus Rewards (HMO) H2235-002	¡NUEVO! BayCarePlus Value (HMO) H2235-005	BayCarePlus Complete (HMO) H2235-001
Equipo Médico Duradero <i>(sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</i>	Coseguro del 20% para los artículos cubiertos por Medicare Se requiere autorización previa.		
Cuidado de los Pies <i>(servicios de podología)</i>	Copago de \$40 por cada consulta al podólogo cubierta por Medicare.		Copago de \$15 por cada visita de podología cubierta por Medicare. Miembros con diabetes: Copago de \$0 por cuatro visitas de rutina al podólogo <i>(incluido cortar las uñas)</i> por año calendario*
Atención Médica a Domicilio	\$0 de copago Se requiere una referencia.		
Servicios de Cuidados Paliativos	Usted no paga nada por los cuidados paliativos de cualquier programa de servicios de cuidados paliativos certificado por Medicare. Comuníquese con nosotros para obtener más información.		
Abuso de Drogas Ambulatorio	Visita individual: \$40 de copago Visita grupal: \$35 de copago Se requiere autorización previa.		Visita individual: \$15 de copago Visita grupal: \$10 de copago Se requiere autorización previa.

BayCarePlus Premier (HMO) H2235-003	¡NUEVO! BayCarePlus Freedom (HMO-POS) H2235-006	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Coseguro del 20% para los artículos cubiertos por Medicare</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Coseguro del 45% para los artículos cubiertos por Medicare</p>	
<p>Copago de \$15 por cada visita de podología cubierta por Medicare.</p> <p>Miembros con diabetes: Copago de \$0 por seis visitas de rutina al podólogo (incluido cortar las uñas) por año calendario*</p>	<p>Copago de \$35 por cada visita de podología cubierta por Medicare.</p>	<p>Copago de \$70 por cada consulta al podólogo cubierta por Medicare.</p>
<p>\$0 de copago</p> <p>Se requiere una referencia.</p>	<p>Coseguro del 45% para toda la atención médica a domicilio cubierta por Medicare.</p>	
<p>Usted no paga nada por los cuidados paliativos de cualquier programa de servicios de cuidados paliativos certificado por Medicare. Comuníquese con nosotros para obtener más información.</p>		
<p>Visita individual: \$15 de copago</p> <p>Visita grupal: \$10 de copago</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Visita individual: \$35 de copago</p> <p>Visita grupal: \$30 de copago</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Visita individual: \$70 de copago</p> <p>Visita grupal: \$70 de copago</p>

*Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.

	BayCarePlus Rewards (HMO) H2235-002	¡NUEVO! BayCarePlus Value (HMO) H2235-005	BayCarePlus Complete (HMO) H2235-001
Cobertura de Artículos Over-the-Counter (OTC), sin receta	No cubierto	<p>\$50 de crédito por trimestre para utilizar en productos médicos aprobados que pueden pedirse en línea, por teléfono o por correo.</p> <p>Se permiten hasta dos pedidos por trimestre y el crédito sobrante no se transfiere de un trimestre a otro.</p>	<p>\$107 de crédito por trimestre para utilizar en productos médicos aprobados que pueden pedirse en línea, por teléfono o por correo.</p> <p>Los miembros con diabetes recibirán un crédito adicional de \$25 por trimestre.*</p> <p>Se permiten hasta dos pedidos por trimestre y el crédito sobrante no se transfiere de un trimestre a otro.</p>
Comidas	No cubierto	No cubierto	<p>Veintiocho comidas (<i>dos comidas/día durante 14 días</i>) entregadas directamente en el hogar después de cada alta médica después de una estadía aguda en el hospital como paciente hospitalizado o una estadía en un centro de cuidados de enfermería especializada.</p> <p>Límite anual de dos altas médicas para un total de 56 comidas/año calendario</p>
Asignación para Compras de Alimentos	No cubierto	\$50 por trimestre*	

*Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.

BayCarePlus Premier (HMO) H2235-003	¡NUEVO! BayCarePlus Freedom (HMO-POS) H2235-006	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>\$135 de crédito por trimestre para utilizar en productos médicos aprobados que pueden pedirse en línea, por teléfono o por correo.</p> <p>Los miembros con diabetes recibirán un crédito adicional de \$50 por trimestre*.</p> <p>Se permiten hasta dos pedidos por trimestre y el crédito sobrante no se transfiere de un trimestre a otro.</p>	<p>\$25 de crédito por trimestre para utilizar en productos médicos aprobados que pueden pedirse en línea, por teléfono o por correo.</p> <p>Se permiten hasta dos pedidos por trimestre y el crédito sobrante no se transfiere de un trimestre a otro.</p>	<p>No cubierto</p>
<p>Veintiocho comidas (<i>dos comidas/día durante 14 días</i>) entregadas directamente en el hogar después de cada alta médica después de una estadía aguda en el hospital como paciente hospitalizado o una estadía en un centro de cuidados de enfermería especializada.</p> <p>Límite anual de dos altas médicas para un total de 56 comidas/año calendario</p>	<p>No cubierto</p>	<p>No cubierto</p>
<p>\$50 por trimestre*</p>	<p>No cubierto</p>	<p>No cubierto</p>

BayCarePlus Rewards (HMO) H2235-002	¡NUEVO! BayCarePlus Value (HMO) H2235-005	BayCarePlus Complete (HMO) H2235-001
Dispositivos Protésicos	<p>Dispositivos protésicos: Coseguro del 20%</p> <p>Suministros médicos relacionados: Coseguro del 20%</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	
Servicios de Rehabilitación Ambulatoria	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar: \$15 de copago por día:</p> <p>Visitas de terapia ocupacional y del habla y del lenguaje: \$40 de copago</p> <p>Se aplicará un copago aparte por terapia ocupacional si se brindan otros servicios de terapia para paciente ambulatorio el mismo día.</p> <p>Se requiere una referencia.</p>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar: \$10 de copago por día</p> <p>Visitas de terapia ocupacional y del habla y del lenguaje: \$15 de copago</p> <p>Se aplicará un copago aparte por terapia ocupacional si se brindan otros servicios de terapia para paciente ambulatorio el mismo día.</p> <p>Se requiere una referencia.</p>
Programas de Bienestar	<p>Membresía en un club de salud/clases de acondicionamiento físico a través de Silver&Fit®: \$0 de copago</p> <p>Acceso a una red de más de 16,500 centros y estudios de acondicionamiento físico</p> <p>Más de 13,000 videos digitales de entrenamientos en el sitio web y en la biblioteca digital de la aplicación móvil, lo que incluye Silver&Fit Signature Series Classes®</p> <p>Un kit de acondicionamiento físico para el hogar por año de beneficios de una variedad de categorías de acondicionamiento físico</p>	

BayCarePlus Premier (HMO) H2235-003	¡NUEVO! BayCarePlus Freedom (HMO-POS) H2235-006	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Dispositivos protésicos: Coseguro del 20%</p> <p>Suministros médicos relacionados: Coseguro del 20%</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>		<p>Coseguro del 45%</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar: \$30 de copago por día</p> <p>Visitas de terapia ocupacional y del habla y del lenguaje: \$15 de copago</p> <p>Se aplicará un copago aparte por terapia ocupacional si se brindan otros servicios de terapia para paciente ambulatorio el mismo día.</p> <p>Se requiere una referencia.</p>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar: \$20-30 de copago por día</p> <p>Visitas de terapia ocupacional y del habla y del lenguaje: \$35 de copago</p> <p>Se aplicará un copago aparte por terapia ocupacional si se brindan otros servicios de terapia para paciente ambulatorio el mismo día.</p> <p>Se requiere una referencia.</p>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar: Coseguro del 45%</p> <p>Visitas de terapia ocupacional y del habla y del lenguaje: \$70 de copago</p>
<p>Membresía en un club de salud/clases de acondicionamiento físico a través de Silver&Fit: \$0 de copago</p> <p>Acceso a una red de más de 16,500 centros y estudios de acondicionamiento físico</p> <p>Más de 13,000 videos digitales de entrenamientos en el sitio web y en la biblioteca digital de la aplicación móvil, que incluye Silver&Fit Signature Series Classes</p> <p>Un kit de acondicionamiento físico para el hogar por año de beneficios de una variedad de categorías de acondicionamiento físico</p>		

	BayCarePlus Rewards (HMO) H2235-002	¡NUEVO! BayCarePlus Value (HMO) H2235-005	BayCarePlus Complete (HMO) H2235-001
Acupuntura	<p>Servicios cubiertos por Medicare (<i>dolor lumbar crónico</i>): \$20 de copago para un máximo de 12 visitas en 90 días*</p> <p>No más de 20 consultas por dolor lumbar crónico por año calendario</p>		

*Consulte su folleto de Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.

Beneficios Dentales Integrales Opcionales

Beneficios Complementarios Opcionales	<p>Como miembro a cualquier plan de BayCarePlus recibirá determinados beneficios dentales sin costo adicional (consulte la página 18). Por una prima mensual reducida, puede sustituir los beneficios integrales de la página 18 por estos beneficios dentales integrales mejorados:</p> <p>Prima mensual: \$49 Deducible anual: \$0 Beneficio máximo: \$4,000 por año*</p> <p>Los servicios pueden brindarse dentro de la red a través de la Red Delta Dental Medicare Advantage o fuera de la red.**</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales integrales cubiertos que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un alisado radicular/raspado y alisado por cuadrante cada dos años Un empaste por diente cada año calendario Dos coronas por año calendario Tres conductos radiculares por año calendario Dos extracciones por año calendario Un desbridamiento bucal completo cada dos años calendario Una dentadura postiza por arco cada cinco años calendario Dos realineaciones por año calendario <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
--	--

*Los montos que paga por los servicios dentales integrales no se aplican al monto de desembolso máximo.

BayCarePlus Premier (HMO) H2235-003	¡NUEVO! BayCarePlus Freedom (HMO-POS) H2235-006	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios cubiertos por Medicare (<i>dolor lumbar crónico</i>): Copago de \$20 para un máximo de 12 visitas en 90 días*</p> <p>No más de 20 consultas por dolor lumbar crónico por año calendario</p>	<p>Servicios cubiertos por Medicare (<i>dolor lumbar crónico</i>): Copago de \$20 para un máximo de 12 visitas en 90 días*</p> <p>No más de 20 consultas por dolor lumbar crónico por año calendario</p>	<p>Servicios cubiertos por Medicare (<i>dolor lumbar crónico</i>): Copago de \$70 para un máximo de 12 consultas en 90 días*</p> <p>No más de 20 consultas por dolor lumbar crónico por año calendario</p>

*Consulte su folleto de Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.

Como miembro a cualquier plan **BayCarePlus** recibirá determinados beneficios dentales sin costo adicional (consulte la página 19). Por una prima mensual reducida, puede sustituir los beneficios dentales completos de la página 19 por estos beneficios dentales completos mejorados:

Prima mensual: \$49
Deducible anual: \$0
Beneficio máximo: \$4,000 por año*

Los servicios pueden brindarse dentro de la red a través de la Red Delta Dental Medicare Advantage o fuera de la red.**

Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales integrales cubiertos que incluyen:

- Un alisado radicular/raspado y alisado por cuadrante cada dos años
- Un empaste por diente cada año calendario
- Dos coronas por año calendario
- Tres conductos radiculares por año calendario
- Dos extracciones por año calendario
- Un desbridamiento bucal completo cada dos años calendario
- Una dentadura postiza por arco cada cinco años calendario
- Dos realineaciones por año calendario

Es posible que se requiera autorización previa.

**El plan Delta Dental pagará los beneficios de los servicios cubiertos brindados por un proveedor no participante. Sin embargo, un proveedor no participante puede cobrarle más de la cantidad máxima permitida por este plan de Medicare Advantage, y usted será responsable de todos los cargos que superen la cantidad máxima permitida por el plan. Cualquier monto que pague no cuenta para el monto de desembolso máximo.

Índice

Abuso de Drogas Ambulatorio.....	32
Acupuntura	38
Ambulancia	24
Asignación para Compras de Alimentos	34
Atención Médica a Domicilio	32
Beneficios Complementarios Opcionales.....	38
Beneficios de los Medicamentos Recetados de la Parte D.....	26
Brecha de Cobertura.....	26
Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC).....	8
Centro de Cuidados de Enfermería Especializada.....	22
Cobertura de Artículos Over the Counter (OTC), sin receta.....	34
Cobertura de Insulina	26
Cobertura en Caso de Catástrofe	26
Cobertura en el Hospital para el Paciente Ambulatorio.....	8
Cobertura en el Hospital para el Paciente Hospitalizado.....	8
Cobertura Inicial.....	26
Comidas.....	34
Consultas Virtuales/Telesalud	10
Cuidado de Emergencia	12
Cuidado de los Pies	32
Cuidado Preventivo	12
Cuidado Quiropráctico.....	30
Deducible de la Parte D.....	26
Deducibles.....	6
Dispositivos Protésicos	36
Equipo Médico Duradero	32
Medicamentos de la Parte B de Medicare.....	24
Prima Mensual del Plan.....	6
Programas de Bienestar	36
Reducción de la Prima de la Parte B.....	6
Responsabilidad de Desembolso Máxima.....	6
Servicios de Audición	16
Servicios de Cuidados Paliativos	32
Servicios de Diagnóstico/Laboratorio/Imágenes	14
Servicios de Necesidad Urgente.....	12
Servicios de Rehabilitación Ambulatoria	36
Servicios de Salud Mental.....	22
Servicios Dentales.....	18
Servicios Oftalmológicos.....	20
Suministros y Servicios para la Diabetes.....	30
Terapia Física.....	24
Transporte	24
Visitas al Doctor	10

BayCare Health Plans

300 Park Place Blvd.
Suite 170
Clearwater, FL 33759



BayCarePlus.org



**Línea telefónica gratuita:
(877) 549-1741 (TTY: 711)**

De 8am a 8pm, los siete días de la semana

Los fines de semana, del 1 de abril al 30 de septiembre y los días festivos, podría ser dirigido a un servicio de mensajería. Deje un mensaje y le devolveremos la llamada el siguiente día hábil.

BayCare Select Health Plans es un plan de seguro médico de la Health Maintenance Organization (HMO), organización para el mantenimiento de la salud, con contrato de Medicare. La inscripción en BayCare Select Health Plans depende de la renovación del contrato. Todos los planes de BayCare Select Health Plans incluyen la cobertura de medicamentos de la Parte D. Para inscribirse, debe tener las Partes A y B de Medicare y residir en el área de servicio del plan.

Los miembros deben acudir a los proveedores del plan, excepto en situaciones de emergencia o cuidado urgente. Si un miembro recibe cuidado de un proveedor fuera de la red sin la aprobación previa de BayCare Select Health Plans, ni Medicare ni BayCare Select Health Plans serán responsables de los costos.

Los miembros al plan **BayCarePlus Freedom** (HMO-POS) pueden acudir a doctores y hospitales fuera de la red por un costo compartido más elevado. Los proveedores deben aceptar Medicare.

Puede encontrar información en línea sobre nuestros procesos de gestión de la utilización, incluida la autorización previa, la revisión concurrente, la revisión posterior al servicio y las apelaciones en Member.BayCarePlus.org.

BayCare Select Health Plans cumple con las correspondientes leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género.

