

BlueMedicare Complete (HMO D-SNP) ofrecido por Florida Blue Medicare

Notificación Anual de Cambios para 2022

Actualmente, usted está inscrito como miembro de BlueMedicare Complete. El próximo año habrá algunos cambios para los costos y los beneficios del plan. *Este folleto trata sobre los cambios.*

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

Revise los cambios de nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.

- Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que cubrirá sus necesidades el próximo año.
- ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
- Consulte las Secciones 1.1, 1.2 y 1.5 por la información sobre cambios en los beneficios y los costos para nuestro plan.

En el folleto, verifique los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si estos cambios le afectan.

- ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
- ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
- ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como la necesidad de nuestra aprobación antes de que abastezca su receta?
- ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
- Revise la Lista de Medicamentos de 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales a su cargo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace "dashboards" (tableros) en el medio de la segunda Nota hacia la parte inferior de la página. Estos tableros destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran información sobre el comportamiento de los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus propios medicamentos.

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

- ¿Están tus médicos, incluidos especialistas que visite regularmente, dentro de nuestra red?
- ¿Pertenece a ella los hospitales u otros proveedores que utiliza?

- Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores*.

Piense acerca de sus costos generales por atención médica.

- ¿Cuánto gastará en efectivo por los servicios y medicamentos recetados que utiliza regularmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
- ¿Cómo funcionan los costos totales del plan en comparación a otras opciones de cobertura de Medicare?

Considere si está satisfecho con nuestro plan.

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

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

- Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de Planes de Medicare en el sitio de Internet www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista en la parte de atrás de su manual *Medicare y Usted 2022*.
- Consulte la Sección 3.2 para obtener más información acerca de sus opciones.

Una vez que haya reducido el número de opciones a su plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio de Internet del plan.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, estará inscrito en BlueMedicare Complete.
- Si desea **cambiar a un** plan diferente que cubra mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la sección 3 en la página 15 para obtener más información acerca de sus opciones.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, estará inscrito en BlueMedicare Complete.
- Si se inscribe en otro plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2021, su nueva cobertura empezará el 1.º de enero de 2022. Su inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible en español sin costo.
- Comuníquese con Atención al cliente al 1-800-926-6565 para obtener información adicional. (Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-955-8770). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.
- Esta información está disponible en formatos alternativos, lo que incluye letra grande, audio y braille. Si necesita información sobre el plan en otro formato, llame a Servicios para Miembros al número que se indica arriba.
- **La cobertura bajo este plan califica como una cobertura de salud elegible (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio de Internet del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de BlueMedicare Complete

- Florida Blue Medicare es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue Medicare depende de la renovación del contrato. Este plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Florida Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
 - Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, quiere decir Florida Blue Medicare. Cuando se hace referencia a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a BlueMedicare Complete.
-

Resumen de Costos importantes para 2022

El siguiente cuadro compara los costos de 2021 y los costos de 2022 para BlueMedicare Complete en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de cambios.** Encontrará una copia de la *Constancia de Cobertura* en nuestro sitio de Internet en www.floridablue.com/medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Constancia de Cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener mayor información.	\$0 o hasta \$30.80	\$0 o hasta \$34.30
Visitas al consultorio médico	Visitas al médico de atención primaria: Copago de \$0 por visita. Visitas al especialista: Copago de \$0 por visita. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por visita.	Visitas al médico de atención primaria: Copago de \$0 por visita. Visitas al especialista: Copago de \$0 por visita. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por visita.
Atención para pacientes hospitalizados Incluye cuidados intensivos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados empieza el día en que es admitido formalmente en el hospital con una orden del médico. El día anterior en que es dado de alta es su último día de hospitalización.	Copago de \$0 por día (por estadía cubierta por Medicare). Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.	Copago de \$0 por día (por estadía cubierta por Medicare). Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados Parte D (Vea la Sección 1.6 para obtener mayor información).</p>	<p>Deducible: \$0 o hasta \$445</p> <p>Aplica a los Niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Copago/coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: Costo compartido estándar: Copago de \$10 Costo compartido preferido: Copago de \$0 • Nivel de medicamento 2: Costo compartido estándar: Copago de \$11 Costo compartido preferido: Copago de \$0 • Nivel de medicamento 3: Costo compartido estándar: Copago de \$47 Costo compartido preferido: Copago de \$40 • Nivel de medicamento 4: Costo compartido estándar: Copago de \$99 Costo compartido preferido: Copago de \$92 • Nivel de medicamento 5: Costo compartido estándar: 25 % del costo total Costo compartido preferido: 25% del costo total 	<p>Deducible: \$0 o hasta \$480</p> <p>Aplica a los Niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Copago/coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: Costo compartido estándar: Copago de \$10 Costo compartido preferido: Copago de \$0 • Nivel de medicamento 2: Costo compartido estándar: Copago de \$11 Costo compartido preferido: Copago de \$0 • Nivel de medicamento 3: Costo compartido estándar: Copago de \$47 Costo compartido preferido: Copago de \$40 • Nivel de medicamento 4: Costo compartido estándar: Copago de \$99 Costo compartido preferido: Copago de \$92 • Nivel de medicamento 5: Costo compartido estándar: 25 % del costo total Costo compartido preferido: 25% del costo total
<p>Gastos máximos a su cargo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará como gastos a su cargo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Vea la Sección 1.2 para obtener mayor información).</p>	<p style="text-align: center;">\$2,500</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los costos a su cargo para la cantidad máxima a su cargo de los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p style="text-align: center;">\$2,500</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los costos a su cargo para la cantidad máxima a su cargo de los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Notificación Anual de Cambios para 2022
Índice

Resumen de Costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y los beneficios para el próximo año	4
Sección 1.1 - Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2 - Cambios en los gastos máximos a su cargo	4
Sección 1.3 - Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4 - Cambios en la red de farmacias	5
Sección 1.5 - Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos	6
Sección 1.6 - Cambios en la Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	11
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	16
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	16
Sección 3.1 - Si desea conservar BlueMedicare Complete	16
Sección 3.2 - Si desea cambiar de plan	16
SECCIÓN 4 Cambio de planes	17
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	18
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	18
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?.....	19
Sección 7.1 - Para recibir ayuda de BlueMedicare Complete	19
Sección 7.2 - Para recibir ayuda de Medicare	19
Sección 7.3 - Para recibir ayuda de Medicaid	20

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y los beneficios para el próximo año**Sección 1.1 - Cambios en la prima mensual**

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar abonando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que lo haga Medicaid u otro tercero).	\$0 o hasta \$30.80	\$0 o hasta \$34.30

Sección 1.2 - Cambios en los gastos máximos a su cargo

Para protegerlo(a), Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que paga "de su propio bolsillo" durante el año. Este límite se denomina "gastos máximos a su cargo". Una vez que alcanza esta cantidad, por lo general, no paga ninguna cantidad por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Gastos máximos a su cargo Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este gasto máximo a su cargo. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicaid, no es responsable de pagar los costos a su cargo para la cantidad máxima a su cargo de los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para su gasto máximo a su cargo. La prima de su plan y sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su cantidad máxima de costos a su cargo.	\$2,500	\$2,500 Una vez que haya pagado \$2,500 de gastos a su cargo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 - Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Encontrará un *Directorio de Proveedores* actualizado en nuestro sitio de Internet en www.floridablue.com/medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores* por correo. **Revise el *Directorio de Proveedores de 2022* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en hospitales, médicos, y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay muchas razones por las cuales su proveedor podría retirarse de su plan, pero si su médico o especialista efectivamente se retiran de su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Realizaremos un esfuerzo de buena fe por proporcionar una notificación de, al menos, 30 días en la que se indicará que su proveedor se retirará de nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar uno nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo y trabajaremos con usted para asegurarnos de que el tratamiento que esté recibiendo no se interrumpa.
- Si usted cree que no le hemos brindado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no se está administrando adecuadamente, tiene el derecho de presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o su especialista se retirarán del plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 1.4 - Cambios en la red de farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia donde los compra. Los planes de cobertura de medicamentos de Medicare tienen una Red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados *solo* están cubiertos si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que puede ofrecerle un costo compartido menor que el costo compartido estándar en otras farmacias dentro de la red.

Se han realizado cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Se ha publicado un *Directorio de Farmacias* actualizado en nuestro sitio de Internet www.floridablue.com/medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros, para obtener información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos por correo el *Directorio de Farmacias*. **Revise el *Directorio de Farmacias 2022* para ver qué farmacias se encuentran dentro de nuestra red.**

Sección 1.5 - Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos

Tenga en cuenta que la *Notificación Anual de Cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare y Medicaid.

Estamos cambiando nuestra cobertura para algunos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener información detallada sobre la cobertura y costos por estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su *Constancia de Cobertura de 2022*. Encontrará una copia de la *Constancia de Cobertura* en nuestro sitio de Internet en www.floridablue.com/medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Constancia de Cobertura*.

Servicios del programa de tratamiento con opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento con Opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos.
- Abastecimiento y administración de medicamentos de MAT (según corresponda).
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias.
- Terapia individual y grupal.
- Pruebas de toxicología.
- Actividades de admisión.
- Evaluaciones periódicas.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Apoyo del cuidador para el miembro	El Apoyo del cuidador para el miembro <u>no</u> está cubierto.	Proporcionamos cobertura para servicios de asesoramiento, educación y apoyo, como cursos de orientación y capacitación para cuidadores de inscritos. Los beneficios incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Una herramienta basada en la web que contiene contenido educativo que cubre temas sobre salud, riqueza, vida de personas mayores, atención en el hogar y estilo de vida. • Acceso para que los cuidadores y familiares publiquen actualizaciones y videos; herramientas para administrar documentos, mantenerse organizados y al tanto de las próximas tareas y citas.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> Herramientas de búsqueda (es decir, búsqueda de viviendas para adultos mayores y de atención en el hogar). <p>Consulte su <i>Constancia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p>Servicios dentales</p>		
<p>También cubrimos los siguientes suministros y servicios dentales adicionales no cubiertos por Medicare.</p>		
<p>Para obtener información adicional detallada sobre la cobertura y los costos para los siguientes servicios, consulte la sección “Cuadro de Beneficios” del Capítulo 4 en su folleto de Constancia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) de 2022.</p>		
<p>Evaluaciones orales clínicas: evaluación oral limitada</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por evaluaciones orales limitadas.</p>	<p>Sin cobertura (se siguen cubriendo otros tipos de evaluaciones).</p>
<p>Extracciones quirúrgicas</p>	<p>Las extracciones quirúrgicas no están cubiertas.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada extracción quirúrgica (máximo de 2 por año).</p>
<p>Periodoncia: máximo de 1 cada 36 meses</p>	<p>La periodoncia no está cubierta.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por desbridamiento completo de la boca (periodoncia).</p>
<p>Servicios, suministros y capacitación para el automanejo de la diabetes</p>	<p>Se requiere autorización previa para recibir ciertos suministros y servicios para la diabetes. Para obtener información adicional, llame a nuestro teléfono de Servicios para Miembros.</p>	<p>No se requiere autorización.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Marcos y lentes de anteojos (materiales para la visión)</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por lentes de anteojos, marcos o lentes de contacto con un subsidio máximo de beneficios de \$400 por año para la compra de lentes, marcos o lentes de contacto.</p> <p>El miembro es responsable de los costos que excedan el Beneficio Máximo.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por lentes de anteojos, marcos o lentes de contacto con un subsidio máximo de beneficios de \$500 por año para la compra de lentes, marcos o lentes de contacto.</p> <p>El miembro es responsable de los costos que excedan el Beneficio Máximo.</p>
<p>Educación sobre salud</p>	<p>La educación sobre salud <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Plataforma de asesoramiento digital meQuilibrium que ofrece soluciones de resiliencia altamente personalizadas y clínicamente validadas para ayudar a las personas a mejorar su capacidad de manejar el estrés y enfrentar con éxito los desafíos de la vida. Para comenzar visite FloridaBlue.com/Medicare, inicie sesión, haga clic My Health (Mi salud) y seleccione HealthyBlue Rewards (Recompensas de HealthyBlue).</p>
<p>Audífonos</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por hasta 2 audífonos por año con un subsidio máximo de beneficios de \$1,000 por oído. Usted es responsable de cualquier monto después de que se haya aplicado el subsidio de beneficios.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por hasta 2 audífonos por año con un subsidio máximo de beneficios de \$2,000 por oído. Usted es responsable de cualquier monto después de que se haya aplicado el subsidio de beneficios.</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos (SSBCI)</p>	<p>Los Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos (SSBCI) no están cubiertos</p>	<p>Los miembros a quienes se les haya diagnosticado una enfermedad de las arterias coronarias (Coronary Artery Disease, CAD), insuficiencia cardíaca congestiva (Congestive Heart Failure, CHF), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) o diabetes, o una combinación de estas enfermedades, pueden recibir el siguiente beneficio adicional:</p> <p>Beneficio de alimentos saludables: \$50 por mes a su tarjeta Blue Dollars para comprar alimentos y</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
		<p>productos saludables en un lugar aprobado por el plan. Cualquier monto no utilizado no se transfiere al mes siguiente.</p> <p>Consulte la <i>Constancia de Cobertura</i> para conocer todos los requisitos de elegibilidad.</p>

Tabla de beneficios de Medicaid

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios de evaluación de salud del comportamiento	Los Servicios de evaluación de salud del comportamiento están cubiertos por Medicaid del estado de Florida.	Los Servicios de evaluación de salud del comportamiento están cubiertos por su plan BlueMedicare Complete HMO.
Servicios de apoyo comunitario de salud del comportamiento	Los Servicios de apoyo comunitario de salud del comportamiento están cubiertos por Medicaid del estado de Florida.	Los Servicios de apoyo comunitario de salud del comportamiento están cubiertos por su plan BlueMedicare Complete HMO.
Servicios de intervención de salud del comportamiento	Los Servicios de intervención de salud del comportamiento están cubiertos por Medicaid del estado de Florida.	Los Servicios de intervención de salud del comportamiento están cubiertos por su plan BlueMedicare Complete HMO.
Servicios de administración de medicamentos de salud del comportamiento	Los Servicios de administración de medicamentos de salud del comportamiento están cubiertos por Medicaid del estado de Florida.	Los Servicios de administración de medicamentos de salud del comportamiento están cubiertos por su plan BlueMedicare Complete HMO.
Los Servicios personalizados de salud del comportamiento - Manejo del comportamiento	Los Servicios personalizados de salud del comportamiento - Manejo del comportamiento están cubiertos por Medicaid del estado de Florida.	Los Servicios personalizados de salud del comportamiento - Manejo del comportamiento están cubiertos por su plan BlueMedicare Complete HMO.
Servicios personalizados de salud del comportamiento - Apoyo terapéutico	Los Servicios personalizados de salud del comportamiento - Apoyo terapéutico están cubiertos por Medicaid del estado de Florida.	Los Servicios personalizados de salud del comportamiento - Apoyo terapéutico están cubiertos por su plan BlueMedicare Complete HMO.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios personalizados de salud del comportamiento - Terapia	Los Servicios personalizados de salud del comportamiento - Terapia están cubiertos por Medicaid del estado de Florida.	Los Servicios personalizados de salud del comportamiento - Terapia están cubiertos por su plan BlueMedicare Complete HMO.
Administración de casos específicos de los servicios de salud pediátrica	La Administración de casos específicos de los servicios de salud pediátrica está cubierta por Medicaid del estado de Florida.	La Administración de casos específicos de los servicios de salud pediátrica está cubierta por su plan BlueMedicare Complete HMO.
Servicios de intervención temprana	Los Servicios de intervención temprana están cubiertos por Medicaid del estado de Florida.	Los Servicios de intervención temprana están cubiertos por su plan BlueMedicare Complete HMO.
Servicios de atención médica en un hogar de guarda	Los Servicios de atención médica en un hogar de guarda están cubiertos por Medicaid del estado de Florida.	Los Servicios de atención médica en un hogar de guarda están cubiertos por su plan BlueMedicare Complete HMO.
Administración de casos específicos de salud mental	La Administración de casos específicos de salud mental está cubierta por Medicaid del estado de Florida.	La Administración de casos específicos de salud mental está cubierta por su plan BlueMedicare Complete HMO.
Servicios en centros de enfermería	Los Servicios en centros de enfermería están cubiertos por Medicaid del estado de Florida.	Los Servicios en centros de enfermería están cubiertos por su plan BlueMedicare Complete HMO.
Servicios de cuidado personal	Los Servicios de cuidado personal están cubiertos por Medicaid del estado de Florida.	Los Servicios de cuidado personal están cubiertos por su plan BlueMedicare Complete HMO.
Servicios privados de enfermería	Los Servicios privados de enfermería están cubiertos por Medicaid del estado de Florida.	Los Servicios privados de enfermería están cubiertos por su plan BlueMedicare Complete HMO.
Servicios del centro de cuidados intensivos perinatales regionales - Servicios reproductivos	Los Servicios del centro de cuidados intensivos perinatales regionales - Servicios reproductivos están cubiertos por Medicaid del estado de Florida.	Los Servicios del centro de cuidados intensivos perinatales regionales - Servicios reproductivos están cubiertos por su plan BlueMedicare Complete HMO.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios reproductivos	Los Servicios reproductivos están cubiertos por Medicaid del estado de Florida.	Los Servicios reproductivos están cubiertos por su plan BlueMedicare Complete HMO.
Programa psiquiátrico para pacientes hospitalizados en todo el estado	El Programa psiquiátrico para pacientes hospitalizados en todo el estado está cubierto por Medicaid del estado de Florida.	El Programa psiquiátrico para pacientes hospitalizados en todo el estado está cubierto por su plan BlueMedicare Complete HMO.
Servicios terapéuticos	Los Servicios terapéuticos están cubiertos por Medicaid del estado de Florida.	Los Servicios terapéuticos están cubiertos por su plan BlueMedicare Complete HMO.
Servicios de atención visual	Los Servicios de atención visual están cubiertos por Medicaid del estado de Florida.	Los Servicios de atención visual están cubiertos por su plan BlueMedicare Complete HMO.

Sección 1.6 - Cambios en la Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertas se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos en forma electrónica.

Hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos, incluyendo cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si se aplicará alguna restricción.**

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

- **Trabaje con su médico (u otro profesional que emita la receta) y solicite al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Les sugerimos a los miembros actuales** que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Constancia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios para Miembros.
- **En conjunto con su médico (u otro profesional que emita la receta) encuentre un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Servicios para Miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, tenemos la obligación de cubrir un suministro temporal de un medicamento que no pertenece a la Lista de Medicamentos durante los primeros 90 días del año del plan o durante los primeros 90 días de membresía para evitar la falta de cobertura en la terapia. (Para conocer más acerca de cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Constancia de Cobertura*). Durante el período en que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando se agote su suministro temporal. Usted puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y que cubra su medicamento actual.

Cualquier autorización de la excepción a la lista de medicamentos, el nivel o la administración de utilización que pueda tener no se renovará automáticamente para el año del plan 2022. Para asegurarse de que su autorización de excepción actual no venza, comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros para obtener ayuda. Si su autorización de la excepción caduca, usted será elegible para un surtido transitorio de su medicamento actual aprobado según la póliza de transición. Su médico deberá presentar una nueva solicitud de autorización continuada de la excepción. Consulte el Capítulo 5, Sección 5 de la *Constancia de Cobertura* para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, puede seguir trabajando con su médico (u otra persona autorizada para emitir recetas) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en línea, según lo programado, y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre cambios que podemos hacer a la Lista de Medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Constancia de Cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **puede ser que la información sobre los costos de los medicamentos recetados Parte D no aplique a usted.** Le hemos enviado por separado una información adicional denominada “Cláusula Adicional de la Constancia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también llamada “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si obtiene la “Ayuda Adicional” y no ha recibido esta información antes del 30 de septiembre de 2021, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de su *Constancia de Cubierto* para obtener mayor información acerca de las etapas).

La siguiente información muestra los cambios para el siguiente año con respecto a las primeras dos etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de Brecha en la Cobertura o la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de Beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en la *Constancia de Cobertura*).

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos en el Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>Su deducible es de \$0 o hasta \$445 Durante esta etapa, usted paga un copago de \$0 por un suministro de 31 días de un medicamento de una farmacia preferida y un copago de \$10 por un medicamento de una farmacia estándar para medicamentos del Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos). Usted paga un copago de \$0 por el suministro para un mes de un medicamento de una farmacia preferida y un copago de \$11 por un medicamento de una farmacia estándar para medicamentos del Nivel 2 (Medicamentos genéricos) y el costo total de los medicamentos del Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (Medicamentos especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>Su deducible es de \$0 o hasta \$480 Durante esta etapa, usted paga un copago de \$0 por un suministro de 31 días de un medicamento de una farmacia preferida y un copago de \$10 por un medicamento de una farmacia estándar para medicamentos del Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos). Usted paga un copago de \$0 por el suministro para un mes de un medicamento de una farmacia preferida y un copago de \$11 por un medicamento de una farmacia estándar para medicamentos del Nivel 2 (Medicamentos genéricos) y el costo total de los medicamentos del Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (Medicamentos especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa Inicial de Cobertura

Para saber cómo los copagos y el coaseguro funcionan, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos a su cargo que puede pagar por los medicamentos cubiertos en su Constancia de Cobertura.*

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial Una vez que alcance su deducible anual, pasará a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Los costos en esta fila son para un suministro de 1 mes (31 días) cuando surta su medicamento recetado en una</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red: Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$10 por medicamento recetado. <i>Costo compartido preferido:</i></p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red: Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$10 por medicamento recetado. <i>Costo compartido preferido:</i></p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>farmacia de la red. Para obtener información acerca de los costos: para un suministro a largo plazo o para medicamentos recetados de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Constancia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 (Medicamentos genéricos): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$11 por medicamento recetado. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento recetado. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$40 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 4 (Medicamentos no preferidos): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$99 por medicamento recetado. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$92 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 5 (Nivel especializado): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25% del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un 25% por medicamento recetado.</p>	<p>Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 (Medicamentos genéricos): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$11 por medicamento recetado. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento recetado. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$40 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 4 (Medicamentos no preferidos): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$99 por medicamento recetado. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$92 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 5 (Nivel especializado): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25% del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un 25% por medicamento recetado.</p>
	<p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en la cobertura).</p>	<p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en la cobertura).</p>

Cambios en las Etapas de Brecha en la Cobertura y la Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos

La Etapa de Brecha en la Cobertura y la Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan ninguna de estas etapas.**

Para obtener más información acerca de sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de Beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en su *Constancia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Opción de Pago Automático (APO)	<p>En lugar de pagar con cheque, puede pedir que su prima se deduzca automáticamente de su cuenta bancaria. Los pagos se deducirán mensualmente. Las deducciones se realizan el tercer día de cada mes.</p> <p>Para inscribirse en la Opción de Pago Automático (Automatic Payment Option, APO), deberá enviarnos por correo un formulario de autorización debidamente llenado, junto con un cheque anulado. Su inscripción entrará en vigencia en un plazo máximo de cuatro semanas. Puede revocar la APO notificándonos y notificando a su institución financiera 15 días antes de la fecha de vencimiento de su prima. Si tiene preguntas acerca de la APO o si le gustaría obtener un formulario de autorización, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite el sitio de Internet de nuestro plan en www.floridablue.com/medicare.</p>	<p>Su prima se puede deducir automáticamente de su cuenta de cheques o ahorros o de su tarjeta de débito/crédito. Los pagos se deducirán mensualmente. Las deducciones se realizan el tercer día de cada mes.</p> <p>Puede inscribirse en la Opción de Pago Automático (APO) de una de las siguientes tres maneras:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Visite www.floridablue.com/medicare para iniciar sesión en My Health Link™, su portal de miembros y luego seleccione “Pay my Bill” (Pagar mi factura). 2. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) 3. Envíenos un formulario de autorización completo. La retención de una cuenta de cheques/ahorros requerirá un cheque nulo adjunto al formulario. <p>Si tiene preguntas acerca de la APO o si le gustaría obtener un formulario de autorización, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite el sitio de Internet de nuestro plan en www.floridablue.com/medicare. Su inscripción entrará en vigencia en un plazo máximo de cuatro semanas. Puede revocar la APO notificándonos y notificando a su institución financiera 15 días antes de la fecha de vencimiento del pago de la prima.</p>

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir**Sección 3.1 - Si desea conservar BlueMedicare Complete**

Para quedarse en nuestro plan no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan distinto ni cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente quedará inscrito en nuestro plan BlueMedicare Complete.

Sección 3.2 - Si desea cambiar de plan

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para el 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare
- -- O-- Puede cambiarse a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2022*, llame a su Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí, usted puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Como recordatorio, Florida Blue Medicare ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, los pagos mensuales y las cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud diferente de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare Complete.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare Complete.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted puede:
 - Envíenos una solicitud escrita para dar de baja a su inscripción. Comunicarse con Servicios para Miembros si necesita mayor información sobre cómo hacer esto (los números telefónicos se encuentran en la Sección 7.1 de este folleto).
 - - O - Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que se haya excluido de la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambio de planes

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

¿Hay otras épocas del año en que se pueden hacer un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que cuentan con Medicaid, aquellas a las que "Ayuda Adicional" paga sus medicamentos y aquellas que se mudaron del área de servicio pueden tener permitido hacer un cambio en otras épocas del año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta la opción de su plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener mayor información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Constancia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal (SHIP) es un programa gubernamental que tiene asesores capacitados en cada estado. En Florida, SHIP se denomina SHINE (Atención de Necesidades de Seguro Médico de Ancianos).

SHINE es independiente (no está relacionada con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer asesoramiento **gratuito** sobre seguros médicos a las personas de la comunidad que tienen Medicare. Los asesores de SHINE pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder sus preguntas acerca de pasarse a otros planes. Puede llamar a SHINE al 1-800-963-5337. Puede conocer más de SHINE, visite su sitio de Internet (www.floridashine.org).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Florida Medicaid, comuníquese con Florida Medicaid al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Florida Medicaid.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Puede reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Como tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda Adicional”, también llamada Subsidio por Bajos Ingresos. Si recibe ayuda para pagar ciertos costos de Medicare a través del programa de personas discapacitadas y trabajadoras elegibles (QDWI), debe solicitar la Ayuda Adicional; automáticamente no califica para ella. La “Ayuda Adicional” paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Si califica, no tiene una interrupción en la cobertura o una penalidad por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional”, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la Oficina de Medicaid de su estado (aplicaciones).
- **Asistencia de costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que los individuos que viven con VIH/SIDA elegibles para ADAP tengan acceso a los medicamentos vitales contra el VIH/SIDA. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y la

condición sin cobertura o sin cobertura completa. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para una asistencia de costos compartidos de medicamentos a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Florida. Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP de Florida directamente al 1-800-352-2437 (TTY: 1-888-503-7118) o escríbales a: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 - Para recibir ayuda de BlueMedicare Complete

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY solamente deben llamar al 1-800-955-8770). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Constancia de Cobertura* para 2022 (contiene información sobre los costos y los beneficios para el próximo año)

Esta *Notificación Anual de Cambios* le brinda un resumen de cambios en sus beneficios y costos para el 2022. Para obtener más información, consulte la *Constancia de Cobertura* de 2022 de BlueMedicare Complete. La *Constancia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Encontrará una copia de la *Constancia de Cobertura* en nuestro sitio de Internet en www.floridablue.com/medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Constancia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio de Internet

También puede visitar nuestro sitio de Internet en www.floridablue.com/medicare. Como recordatorio, nuestro sitio de Internet tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Lista de Medicamentos*).

Sección 7.2 - Para recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente desde Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio de Internet de Medicare

Puede visitar el sitio de Internet de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre calificaciones de calidad, costo y cobertura para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información

sobre los planes disponibles en su área al utilizar el Buscador de planes de Medicare en el sitio de Internet de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea Medicare y Usted 2022

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. Cada año en el otoño, se envía este folleto a las personas que tienen Medicare. Este incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio de Internet de Medicare (www.medicare.gov) o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3 - Para recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a la Agencia para la Administración de Atención Médica (Agency for Health Care Administration) al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771