

BlueMedicare Value (PPO) ofrecido por Florida Blue Medicare

Notificación anual de cambios para 2022

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

- **Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre podrá hacer cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

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 para obtener 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 medicinas estarán cubiertas?
- ¿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 Value.
- Para cambiar a un **plan diferente** que cubra mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscribese 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 Value.
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará 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 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 Value

- Florida Blue es un plan PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción a Florida Blue depende de la renovación del contrato.
 - 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 Value.
-

Resumen de Costos importantes para 2022

El siguiente cuadro compara los costos de 2021 y los costos de 2022 para BlueMedicare Value 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*	\$0	\$0
*Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Vea la Sección 1.1 para obtener mayor información		
Cantidad máxima de gastos a su cargo	De los proveedores de la red: \$4,500	De los proveedores de la red: \$4,000
Esto es lo <u>máximo</u> que pagará como gastos a su cargo por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Vea la Sección 1.2 para obtener mayor información).	De los proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$10,000	De los proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$10,000
Visitas al consultorio médico	<u>Dentro de la red:</u> Visitas a médicos de cabecera: Nivel 1: copago de \$0 por visita Nivel 2: copago de \$10 por visita Visitas a especialistas: Nivel 1: copago de \$35 por visita Nivel 2: copago de \$45 por visita <u>Fuera de la red:</u> Visitas a médicos de cabecera: Nivel 1 y 2 50 % del costo total por visita Visitas a especialistas: Nivel 1 y 2 50 % del costo total por visita	<u>Dentro de la red:</u> Visitas a médicos de cabecera: Nivel 1: copago de \$0 por visita Nivel 2: copago de \$10 por visita Visitas a especialistas: Nivel 1: copago de \$35 por visita Nivel 2: copago de \$48 por visita <u>Fuera de la red:</u> Visitas a médicos de cabecera: Nivel 1 y 2 50 % del costo total por visita Visitas a especialistas: Nivel 1 y 2 50 % del costo total por visita
Atención para pacientes hospitalizados	<u>Dentro de la red</u> Días 1 a 6: \$275 de copago por día (por hospitalización cubierta por Medicare). Después del día 6, el plan	<u>Dentro de la red</u> Días 1 a 6: \$275 de copago por día (por hospitalización cubierta por Medicare). Después del día 6, el plan
Incluye cuidados intensivos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención		

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>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.</p>	<p>paga el 100 % de los gastos cubiertos. Fuera de la red 50 % del costo total</p>	<p>paga el 100 % de los gastos cubiertos. Fuera de la red 50 % del costo total</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados Parte D</p> <p>(Vea la Sección 1.6 para obtener mayor información).</p> <p>Para saber qué medicamentos son Insulinas selectas, revise la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos en forma electrónica. Para identificar las insulinas seleccionadas, usted puede consultar la categoría “Reguladores del nivel de glucosa en la sangre” en los medicamentos del Nivel 3 de la Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este folleto).</p>	<p>Deducible: \$150 Solo aplica a los Niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: Costo compartido estándar: copago de \$3 • Nivel de medicamento 2: Costo compartido estándar: copago de \$12 • Nivel de medicamento 3: Costo compartido estándar: copago de \$47 • Nivel de medicamento 4: Costo compartido estándar: copago de \$100 • Nivel de medicamento 5: Costo compartido estándar: 30 % del costo total • Nivel de medicamento 6: Costo compartido estándar: copago de \$0 	<p>Deducible: \$150 Solo aplica a los Niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: Costo compartido estándar: copago de \$0 • Nivel de medicamento 2: Costo compartido estándar: copago de \$8 • Nivel de medicamento 3: Costo compartido estándar: copago de \$47 • Nivel de medicamento 4: Costo compartido estándar: copago de \$100 • Nivel de medicamento 5: Costo compartido estándar: 30 % del costo total • Nivel de medicamento 6: Costo compartido estándar: copago de \$0

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	6
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	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	14
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	15
Sección 3.1 – Si desea continuar en BlueMedicare Value.....	15
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan.....	15
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	16
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare	16
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	17
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?.....	18
Sección 7.1 – Para recibir ayuda de BlueMedicare Value	18
Sección 7.2 – Para recibir ayuda de Medicare	18

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 (Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se requiere que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida si no posee otra cobertura de medicamentos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, podría tener que pagar un monto adicional todos los meses directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si está recibiendo “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos recetados. Consulte la Sección 6 sobre “Ayuda adicional” de Medicare.

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. Estos límites se denominan “cantidad máxima de gastos 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)
Gasto máximo a su cargo dentro de la red Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como copagos) de los proveedores de la red cuentan para su cantidad máxima de gastos a su cargo dentro de la red. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su cantidad máxima de gastos a su cargo.	\$4,500	\$4,000 Una vez que pague \$4,000 en costos a su cargo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya no pagará ningún monto por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B de los proveedores de la red durante el resto del año calendario.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Gasto máximo combinado a su cargo	\$10,000	\$10,000
Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como copagos) de los proveedores dentro y fuera de la red cuentan para su cantidad máxima combinada de gastos a su cargo fuera de la red. Sus costos por medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cuentan para su cantidad máxima de gastos a su cargo por servicios médicos.		Una vez que pague \$10,000 por costos 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 brindados por proveedores dentro o fuera de la red 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. Se ha publicado un *Directorio de proveedores* 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 proveedores*. **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 nosotros podemos hacer cambios de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que sean 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 está 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.

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

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 los costos por estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, en su *Constancia de cobertura para 2022*.

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)
Servicios dentales (Servicios dentales cubiertos por Medicare que no sean de rutina)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$45 por atención dental que no es de rutina.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$35 por atención dental que no es de rutina de Nivel 1 Usted paga un copago de \$48 por atención dental que no es de rutina de Nivel 2 (todos los demás)

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios, suministros y capacitación para el automanejo de la diabetes	Se requiere autorización previa para recibir ciertos suministros y servicios para la diabetes exclusivamente dentro de la red. Para obtener información adicional, llame a nuestro teléfono de Servicios para Miembros.	No se requiere autorización.
Educación sobre salud	La educación sobre salud <u>no</u> está cubierta.	<p><u>Dentro y Fuera de la Red</u></p> <p>La plataforma de entrenamiento digital de meQuilibrium ofrece soluciones de resiliencia clínicamente validadas y altamente personalizadas para ayudar a las personas a mejorar su capacidad de manejar el estrés y enfrentar con éxito los desafíos de la vida. Para comenzar, ingrese a FloridaBlue.com/Medicare, haga clic en My Health y seleccione HealthyBlue Rewards.</p>
Servicios de la audición (Servicios de la audición cubiertos por Medicare que no sean de rutina)	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$45 por exámenes para diagnosticar y tratar los problemas de audición y de equilibrio</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usted paga un copago \$35 para los exámenes de Nivel 1 para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio. ▪ Usted paga un copago de \$48 por exámenes para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio de Nivel 2 (todos los demás).
Servicios de la audición (Servicios de la audición adicionales)	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por hasta 2 audífonos por año con un subsidio máximo de beneficios de \$500 por oído</p> <p>NOTA: Para recibir beneficios dentro de la red, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por hasta 2 audífonos por año con un subsidio máximo de beneficios de \$750 por oído</p> <p>NOTA: Para recibir beneficios dentro de la red, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	El miembro es responsable de cualquier importe una vez aplicado el subsidio para beneficios. Sujeto al beneficio máximo	El miembro es responsable de cualquier importe una vez aplicado el subsidio para beneficios. Sujeto al beneficio máximo
Especialidad de salud mental Especialista no médico	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$40 por sesiones grupales cubiertas por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por sesiones individuales cubiertas por Medicare</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$20 por sesiones grupales cubiertas por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por sesiones individuales cubiertas por Medicare</p>
Programas de Tratamiento con Opioides	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$40 por el Programa del Tratamiento con Opioides</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$20 por el Programa del Tratamiento con Opioides</p>
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$40 por sesiones grupales cubiertas por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por sesiones individuales cubiertas por Medicare</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$20 por sesiones grupales cubiertas por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por sesiones individuales cubiertas por Medicare</p>
Artículos de venta libre	<p>\$50 cada trimestre. El saldo no se transfiere al trimestre siguiente.</p> <p>Debe usar el monto completo de su beneficio trimestral en un solo pedido.</p>	<p>\$50 cada trimestre. El saldo no se transfiere al trimestre siguiente. Puede utilizar su beneficio trimestral para uno o más pedidos hasta que se haya utilizado el monto máximo para el trimestre.</p>
Hospitalización parcial (sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios)	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$40 por hospitalización parcial (sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios)</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$20 por hospitalización parcial (sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios)</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Médico especialista	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$35 por visita a un médico especialista de Nivel 1</p> <p>Usted paga un copago de \$45 por visita a un médico especialista de Nivel 2 (todas las demás)</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$35 por visita a un médico especialista de Nivel 1</p> <p>Usted paga un copago de \$48 por visita a un médico especialista de Nivel 2 (todas las demás)</p>
Servicios psiquiátricos	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$40 por sesiones grupales cubiertas por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por sesiones individuales cubiertas por Medicare</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$20 por sesiones grupales cubiertas por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por sesiones individuales cubiertas por Medicare</p>
Servicios de Telesalud	<p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$40 por servicios de urgencia necesarios. • Usted paga un copago de \$0 en el Nivel 1, un copago de \$10 en el Nivel 2 por visitas a médicos de atención primaria • Usted paga un copago de \$40 por visita por terapia ocupacional/física/del habla en un centro independiente • Usted paga un copago de \$40 por terapia por visita por terapia ocupacional/del habla/fisioterapia en un hospital ambulatorio • Usted paga un copago de \$35 de Nivel 1, un copago de \$45 de Nivel 2 por servicios de dermatología. <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$40 por sesiones individuales para servicios de especialidad de salud mental para pacientes ambulatorios. 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$40 por servicios de urgencia necesarios. • Usted paga un copago de \$0 Nivel 1, un copago de \$10 de Nivel 2 por visitas a médicos de atención primaria. • Usted paga un copago de \$40 por terapia ocupacional/fisioterapia/terapia del habla en un centro independiente. • Usted paga un copago de \$40 por terapia ocupacional/fisioterapia/terapia del habla en un hospital ambulatorio. • Usted paga un copago de \$35 de Nivel 1, un copago de \$48 de Nivel 2 por servicios de dermatología. • Usted paga un copago de \$20 por sesiones individuales para servicios de especialidad de salud mental para pacientes ambulatorios. • Usted paga un copago de \$20 por sesiones individuales para

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios de Telesalud (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$40 por sesiones individuales para servicios de especialidad de psiquiatría para pacientes ambulatorios. • Usted paga un copago de \$40 por servicios del Programa del tratamiento con opioides. • Usted paga un copago de \$40 por sesiones individuales para servicios de especialidad por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. • Usted paga un copago de \$0 por la capacitación para el autocontrol de la diabetes. • Usted paga un copago de \$0 por servicios de nutricionistas. 	<p>servicios de especialidad de psiquiatría para pacientes ambulatorios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$20 por servicios del Programa del tratamiento con opioides. • Usted paga un copago de \$20 por sesiones individuales para servicios de especialidad por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. • Usted paga un copago de \$0 por la capacitación para el autocontrol de la diabetes. • Usted paga un copago de \$0 por servicios de nutricionistas.
Servicios de la vista (Servicios de la vista cubiertos por Medicare que no sean de rutina)	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$45 por servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$35 por servicios médicos del Nivel 1 para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>Usted paga un copago de \$48 por los servicios de Nivel 2 (todos los demás) para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.</p>

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios a nuestra Lista de medicamentos

Nuestra Lista de medicamentos cubiertos se llama Vademécum 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 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 sobre cuándo obtener suministro temporal y cómo pedir uno, consulte 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 a los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica 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 cobertura* 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 llegan a 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 el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Constancia de cobertura*, que se encuentra 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*.)

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>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>El deducible es \$150.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$3 por medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos); de \$12 por medicamentos en el Nivel 2 (medicamentos genéricos); \$0 por medicamentos en el Nivel 6 (medicamentos de cuidados seleccionados) y el costo total de 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>El deducible es \$150.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 por medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos); de \$8 por medicamentos en el Nivel 2 (medicamentos genéricos); \$0 por medicamentos en el Nivel 6 (medicamentos de cuidados seleccionados) y el costo total de 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>

Cambios en sus costos compartidos en la etapa inicial de cobertura

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *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</p> <p>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 medicamento y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de 1 mes (31 días) cuando surta su medicamento recetado en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar. 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 medicinas estarán en un nivel diferente, búsquelas en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 – medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$3 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 – medicamentos genéricos: Usted paga \$12 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 3 – medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 4 – medicamento no preferidos: Usted paga \$100 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 5 – medicamentos especializados: Usted paga el 30 % del costo total.</p> <p>Nivel 6 – medicamentos de cuidados seleccionados: Usted paga \$0 por medicina recetada.</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (etapa de brecha en la cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 – medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por medicina recetada.</p> <p>Nivel 2 – medicamentos genéricos: Usted paga \$8 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 3 – medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 4 – medicamento no preferidos: Usted paga \$100 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 5 – medicamentos especializados: Usted paga el 30 % del costo total.</p> <p>Nivel 6 – medicamentos de cuidados seleccionados: Usted paga \$0 por medicina recetada.</p> <hr/> <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

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la etapa de brecha en la cobertura y la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos, son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de miembros no llegan a la etapa de brecha en la cobertura o la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos.** Para obtener más información acerca de sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Constancia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Opción de pago automático (APO)</p>	<p>En vez de pagar con cheque, puede pedir que su multa por inscripción tardía 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 (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 la multa por inscripción tardía en la Parte D. 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 multa por inscripción tardía en la Parte D 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 por correo 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 Opción de Pago Automático (Automatic Payment Option, 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</p>

Descripción	2021 (este año)	2022 (próximo año)
		<p>http://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 multa.</p>

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea continuar en BlueMedicare Value

Para quedarse en nuestro plan, usted 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 Value.

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 oportunamente,
- –O– Puede cambiarse a Medicare Original. Si usted se cambia a Medicare Original, deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, por favor, consulte la Sección 1.1 relacionada a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

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 ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas 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 Value.
- 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 Value.
- 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.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

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.º 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. Para obtener mayor información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Constancia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º 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.º de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener mayor información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Constancia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare

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 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). Puede conocer más de SHINE, visite su sitio de Internet (www.floridashine.org).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede calificar para obtener ayuda para pagar sus medicinas recetadas.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para que “Ayuda adicional” pague por los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas para medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen no tendrán brechas en la cobertura o una penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para usar estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, llame a:
 - 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); o
 - 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 escriba a: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Para recibir ayuda de BlueMedicare Value

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565. (Solo usuarios TTY, 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 Value. 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 (*Vademécum/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.