

Resumen de Beneficios de 2021

Planes Medicare Advantage con Cobertura de la Parte D para Medicamentos Recetados

BlueMedicare Classic (HMO) H1035-019

BlueMedicare Premier (HMO) H1035-033

1/1/2021 – 12/31/2021



El área de servicio del plan incluye:
Condados de Clay y Duval

Este folleto le proporciona un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. Para recibir una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pregunte sobre la “Constancia de Cobertura”. También puede ver la “Constancia de Cobertura” para este plan en nuestro sitio web www.floridablue.com/medicare.

Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "Medicare y Usted". Consúltelo en línea en www.medicare.gov, o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Quién Puede Inscribirse?

Para inscribirse, usted debe:

- tener derecho a la Parte A de Medicare; y
- estar inscrito en la Parte B de Medicare; y
- vivir dentro de **nuestra área de servicio**.

Nuestra área de cobertura H1035-019 incluye los siguientes condados de Florida: Clay y Duval

Nuestra área de cobertura H1035-033 incluye los siguientes condados de Florida: Clay y Duval

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Tenemos una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, el plan podría no pagar por estos servicios.

- Puede ver nuestro directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web (www.floridablue.com/medicare). O llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

¿Tiene Preguntas? Llámenos

- Si usted es miembro de este plan, llame al 1-800-926-6565; TTY: 1-800-955-8770.
- Si usted no es miembro de este plan, llame al 1-855-601-9465, TTY: 1-800-955-8770.
 - Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, estamos abiertos los siete días de la semana, desde las 8:00 a. m. hasta las 8:00 p. m., hora local, excepto Acción de Gracias y Navidad.
 - Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excepto los días feriados principales.
- O visite nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare.

Información Importante

En este documento verá los siguientes símbolos.

- * Los servicios con este símbolo pueden requerir aprobación previa (una recomendación) de su médico de atención primaria (PCP) para que el plan los cubra.
- ◇ Los servicios con este símbolo pueden requerir autorización previa del plan antes de que usted reciba los servicios.
Si no recibe una recomendación o una autorización previa, puede que tenga que pagar el costo total de los servicios. Comuníquese con su PCP o consulte la constancia de cobertura (EOC) para obtener más información sobre los servicios que requieren una recomendación y/o autorización previa del plan.

Prima Mensual, Deducible y Límites



	BlueMedicare Classic (HMO) Clay y Duval H1035-019	BlueMedicare Premier (HMO) Clay y Duval H1035-033
Prima Mensual del Plan	\$0 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.	\$0 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.
Responsabilidad Máxima de Costos a su Cargo	\$4,900 es lo máximo que paga por copagos, coaseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año.	\$3,000 es lo máximo que paga por copagos, coaseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año.

Beneficios Médicos y de Hospital



	BlueMedicare Classic (HMO) Clay y Duval H1035-019	BlueMedicare Premier (HMO) Clay y Duval H1035-033
Atención para Pacientes Hospitalizados ◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$200 de copago por día, del día 1 al 5 ▪ \$0 de copago por día después del día 5 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$150 de copago por día, del día 1 al 5 ▪ \$0 de copago por día después del día 5
Atención en el Hospital para Pacientes Ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$175 de copago por consulta para servicios cubiertos por Medicare◇ ▪ \$90 de copago por consulta para servicios de observación cubiertos por Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$100 de copago por consulta para servicios cubiertos por Medicare◇ ▪ \$100 de copago por consulta para servicios de observación cubiertos por Medicare
Centro ◇ de Cirugía Ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$150 de copago por servicios quirúrgicos prestados en un Centro de Cirugía Ambulatoria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$65 de copago por servicios quirúrgicos prestados en un Centro de Cirugía Ambulatoria
Visitas a Consultorios Médicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago por consulta de atención primaria ▪ \$40 de copago por consulta al especialista* 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago por consulta de atención primaria ▪ \$20 de copago por consulta al especialista*

	BlueMedicare Classic (HMO) Clay y Duval H1035-019	BlueMedicare Premier (HMO) Clay y Duval H1035-033
Servicios Preventivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare ▪ Exámenes de detección de aneurisma de aorta abdominal ▪ Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol ▪ Visita Anual de Bienestar ▪ Mediciones de masa ósea ▪ Exámenes de detección de cáncer de seno (mamografías) ▪ Detección de enfermedades cardiovasculares y terapia conductual intensiva ▪ Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal ▪ Exámenes de detección de cáncer colorrectal ▪ Examen de detección de depresión ▪ Capacitación para la detección de diabetes y el autocontrol ▪ Detección del glaucoma ▪ Detección de hepatitis B y C ▪ Pruebas de detección del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) ▪ Terapia Conductual Intensiva para la Obesidad ▪ Evaluación para la detección del cáncer de pulmón ▪ Terapia nutricional médica ▪ Detección de cáncer de próstata ▪ Detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento conductual intensivo para prevenirlas ▪ Asesoría para el cese del consumo del tabaco y el hábito de fumar ▪ Vacunas para influenza, neumonía y Hepatitis B ▪ Visita preventiva de bienvenida a Medicare <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare
Atención de Emergencia	<p>Atención de Emergencia Cubierta por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$90 de copago por consulta dentro o fuera de la red <p>No se aplica este copago si es admitido al hospital dentro de 48 horas de una visita a la sala de emergencia.</p> <p>Servicios de Atención de Emergencia a Nivel Mundial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$125 de copago por Atención de Emergencia a Nivel Mundial ▪ \$25,000 de límite combinado anual para Atención de Emergencia a Nivel Mundial y Servicios de Urgencia Necesarios a Nivel Mundial <p>No incluye transporte de emergencia.</p>	<p>Atención de emergencia Cubierta por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$100 de copago por consulta dentro o fuera de la red <p>No se aplica este copago si es admitido al hospital dentro de 48 horas de una visita a la sala de emergencia.</p> <p>Servicios de Atención de Emergencia a Nivel Mundial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$125 de copago por Atención de Emergencia a Nivel Mundial ▪ \$25,000 de límite combinado anual para Atención de Emergencia a Nivel Mundial y Servicios de Urgencia Necesarios a Nivel Mundial <p>No incluye transporte de emergencia.</p>

	BlueMedicare Classic (HMO) Clay y Duval H1035-019	BlueMedicare Premier (HMO) Clay y Duval H1035-033
Servicios de Urgencia Necesarios	<p>Servicios de Urgencia Necesarios Cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios de urgencia necesarios se proporcionan para tratar una enfermedad, una lesión o una afección médica inesperada que no es de emergencia, pero requiere atención médica inmediata.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$45 de copago en un Centro de Atención de Urgencias (dentro o fuera de la red) <p>Los Servicios de Atención Sin Cita Previa son servicios ambulatorios para lesiones y enfermedades que no son de emergencia y que necesitan tratamiento cuando la mayoría de los consultorios médicos familiares están cerrados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$45 de copago en un Centro de Atención Sin Cita Previa (dentro o fuera de la red) <p>Servicios de Urgencia Necesarios a Nivel Mundial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$125 de copago por Servicios de Urgencia Necesarios a Nivel Mundial ▪ \$25,000 de límite combinado anual para Atención de Emergencia a Nivel Mundial y Servicios de Urgencia Necesarios a Nivel Mundial <p>No incluye transporte de emergencia.</p>	<p>Servicios de Urgencia Necesarios Cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios de urgencia necesarios se proporcionan para tratar una enfermedad, una lesión o una afección médica inesperada que no es de emergencia, pero requiere atención médica inmediata.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$10 de copago en un Centro de Atención de Urgencias (dentro o fuera de la red) <p>Los Servicios de Atención Sin Cita Previa son servicios ambulatorios para lesiones y enfermedades que no son de emergencia y que necesitan tratamiento cuando la mayoría de los consultorios médicos familiares están cerrados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$10 de copago en un Centro de Atención Sin Cita Previa (dentro o fuera de la red) <p>Servicios de Urgencia Necesarios a Nivel Mundial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$125 de copago por Servicios de Urgencia Necesarios a Nivel Mundial ▪ \$25,000 de límite combinado anual para Atención de Emergencia a Nivel Mundial y Servicios de Urgencia Necesarios a Nivel Mundial <p>No incluye transporte de emergencia.</p>

	BlueMedicare Classic (HMO) Clay y Duval H1035-019	BlueMedicare Premier (HMO) Clay y Duval H1035-033
Servicios de Diagnóstico/Laboratorio/Diagnóstico por Imágenes*◇	<p>Servicios de Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago en un Laboratorio Clínico Independiente ▪ \$50 de copago en un hospital de cuidados ambulatorios <p>Radiografías</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago en un Centro de Pruebas Diagnósticas Independiente (IDTF) ▪ \$100 de copago en un hospital de cuidados ambulatorios <p>Servicios Avanzados de Diagnóstico por Imágenes</p> <p>Incluye servicios como Imagen por Resonancia Magnética (IRM), Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y Tomografía Computarizada (CT).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$25 de copago en consultorios de médicos especialistas o en un IDTF ▪ \$225 de copago en un hospital de cuidados ambulatorios <p>Terapia de Radiación</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 20% del monto permitido por Medicare 	<p>Servicios de Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago en un Laboratorio Clínico Independiente ▪ \$30 de copago en un hospital de cuidados ambulatorios <p>Radiografías</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago en un Centro de Pruebas Diagnósticas Independiente (IDTF) ▪ \$100 de copago en hospital de cuidados ambulatorios <p>Servicios Avanzados de Diagnóstico por Imágenes</p> <p>Incluye servicios como Imagen por Resonancia Magnética (IRM), Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y Tomografía Computarizada (CT).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$50 de copago en consultorios de médicos especialistas o en un IDTF ▪ \$100 de copago en un hospital de cuidados ambulatorios <p>Terapia de Radiación</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 20% del monto permitido por Medicare

BlueMedicare Classic (HMO)

Clay y Duval

H1035-019

BlueMedicare Premier (HMO)

Clay y Duval

H1035-033

Servicios para la Audición**Servicios para la Audición Cubiertos por Medicare***

- **\$40** de copago por exámenes para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio

Servicios de Audición Adicionales

- **\$0** de copago por un examen de audición de rutina por año
- **\$0** de copago por la evaluación y el ajuste de audífonos
- **\$500 por oído** Usted paga \$0 de copago por hasta 2 audífonos al año con un subsidio de beneficio máximo permitido de \$500 por oído.

NOTA: Los audífonos se deben adquirir en NationsHearing para acceder al beneficio.

- El miembro es responsable de cualquier monto después de aplicar el subsidio de beneficio. Sujeto al máximo de beneficios.

Servicios para la Audición Cubiertos por Medicare*

- **\$20** de copago por exámenes para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio

Servicios de Audición Adicionales

- **\$0** de copago por un examen de audición de rutina por año
- **\$0** de copago por la evaluación y el ajuste de audífonos
- **\$750 por oído** Usted paga \$0 de copago por hasta 2 audífonos al año con un subsidio de beneficio máximo permitido de \$750 por oído.

NOTA: Los audífonos se deben adquirir en NationsHearing para acceder al beneficio.

- El miembro es responsable de cualquier monto después de aplicar el subsidio de beneficio. Sujeto al máximo de beneficios.

Servicios Dentales**Servicios Dentales Cubiertos por Medicare ◇**

- **\$40** de copago por la atención dental no rutinaria

Servicios Dentales Adicionales


- **\$0** de copago por servicios dentales preventivos cubiertos
- **\$0** de copago por servicios dentales completos cubiertos


Servicios Dentales Cubiertos por Medicare ◇

- **\$20** de copago por la atención dental no rutinaria

Servicios Dentales Adicionales

- Nuestro plan cubre los servicios Dentales de Prevención e Integrales
- Los costos compartidos varían según el servicio

	BlueMedicare Classic (HMO) Clay y Duval H1035-019	BlueMedicare Premier (HMO) Clay y Duval H1035-033
Servicios para la Vista 	Servicios para la Vista Cubiertos por Medicare <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$40 de copago por servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista* ▪ \$0 de copago por pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para miembros con alto riesgo de glaucoma) ▪ \$0 de copago por un examen diabético de retina por año ▪ \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas Servicios Adicionales para la Vista <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago por un examen de rutina de la vista anual ▪ \$100 de subsidio por año para la compra de anteojos, monturas o lentes de contacto ▪ Los miembros son responsables de los costos que excedan el máximo de beneficios. 	Servicios para la Vista Cubiertos por Medicare <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$20 de copago por servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista* ▪ \$0 de copago por pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para miembros con alto riesgo de glaucoma) ▪ \$0 de copago por un examen diabético de retina por año ▪ \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas Servicios Adicionales para la Vista <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago por un examen de rutina de la vista anual ▪ \$250 de subsidio por año para la compra de anteojos, monturas o lentes de contacto ▪ Los miembros son responsables de los costos que excedan el máximo de beneficios.
Servicios de Salud Mental ◇	Servicios de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$300 de copago por día, del día 1 al 5 ▪ \$0 de copago por día, del día 6 al 90 ▪ Un máximo de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$40 de copago 	Servicios de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$150 de copago por día, del día 1 al 9 ▪ \$0 de copago por día, del día 10 al 90 ▪ Un máximo de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$40 de copago
Centros de Enfermería Especializada (SNF) ◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago por día, del día 1 al 20 ▪ \$160 de copago por día, del día 21 al 100 <p>Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un SNF por periodo de beneficios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago por día, del día 1 al 20 ▪ \$160 de copago por día, del día 21 al 100 <p>Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un SNF por periodo de beneficios.</p>
Terapia Física * ◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$35 de copago por consulta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$20 de copago por consulta

	BlueMedicare Classic (HMO) Clay y Duval H1035-019	BlueMedicare Premier (HMO) Clay y Duval H1035-033
Ambulancia ◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$365 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$260 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)
Transporte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago para 48 viajes anuales de un solo tramo al consultorio médico, al hospital o a la farmacia. ▪ Estos servicios pueden admitir sillas de ruedas, andaderas, tanques de oxígeno y animales de servicio.
Medicamentos de la Parte B de Medicare ◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$5 de copago por inyecciones antialérgicas ▪ 20% de coaseguro para medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$5 de copago por inyecciones antialérgicas ▪ 20% de coaseguro para medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare

Beneficios de los Medicamentos Recetados de la Parte D



Etapa de Deducible

Estos planes no tienen un deducible.

Etapa de Cobertura Inicial

Usted comienza a estar en esta etapa cuando obtiene su primer medicamento recetado del año. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.

Usted se mantiene en esta etapa hasta que sus costos totales anuales por medicamentos (costos totales de medicamentos pagados por usted y cualquier plan de la Parte D) alcancen los **\$4,130**. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo. Los costos compartidos que se encuentran a continuación corresponden a los suministros de todo un mes (31 días).

	BlueMedicare Classic (HMO) Clay y Duval H1035-019			BlueMedicare Premier (HMO) Clay y Duval H1035-033		
	Preferidos De venta al por menor	Estándar De venta al por menor	Orden por Correo	Preferidos De venta al por menor	Estándar De venta al por menor	Orden por Correo
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$10 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$10 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Genéricos	\$10 de copago	\$15 de copago	Copago de \$10	\$0 de copago	\$15 de copago	\$0 de copago
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$40 de copago	\$47 de copago	\$40 de copago	\$40 de copago	\$47 de copago	\$40 de copago
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$93 de copago	\$100 de copago	\$93 de copago	\$93 de copago	\$100 de copago	Copago de \$93
Nivel 5: Medicamentos Especializados	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo
Nivel 6 - Medicamentos para Atención Selecta	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	No corresponde	No corresponde	No corresponde

Etapa de Brecha en la Cobertura (Donut Hole)

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tiene una brecha de cobertura (llamada también "donut hole"). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos.

	BlueMedicare Classic (HMO) Clay y Duval H1035-019	BlueMedicare Premier (HMO) Clay y Duval H1035-033
Durante la Etapa de Brecha en la Cobertura:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Etapa de Brecha en la Cobertura comienza después de que el costo anual total del medicamento (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted haya pagado) y alcanza los \$4,130. Usted permanece en esta etapa hasta que los "costos a su cargo" del año a la fecha alcancen un total de \$6,550. ▪ Paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial para los medicamentos de Nivel 1 (Genéricos Preferidos) y Nivel 6 (Medicamentos para Atención Selecta) o el 25% del costo, lo que sea menor. ▪ Para medicamentos genéricos en los demás niveles, usted paga el 25% del costo. ▪ Para los medicamentos de marca, paga 25% del costo (más una parte de la tarifa por prescripción). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Etapa de Brecha en la Cobertura comienza después de que el costo anual total del medicamento (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted haya pagado) y alcanza los \$4,130. Usted permanece en esta etapa hasta que los "costos a su cargo" del año a la fecha alcancen un total de \$6,550. ▪ Paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial para los medicamentos de Nivel 1 (Genéricos Preferidos) y Nivel 2 (Genéricos) o el 25% del costo, lo que sea menor. ▪ Para medicamentos genéricos en los demás niveles, usted paga el 25% del costo. ▪ Para los medicamentos de marca, paga 25% del costo (más una parte de la tarifa por prescripción).

Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos

Después de que los costos anuales a su cargo por sus medicamentos alcancen los **\$6,550**, usted pagará el *mayor* de los siguientes montos:

- **\$3.70** de copago por medicamentos genéricos (incluidas los medicamentos de marca tratados como genéricos) y **\$9.20** de copago por todos los demás medicamentos en todos los niveles o el **5%** del costo

Cobertura para Medicamentos Adicionales

- Llámenos o consulte la "Constancia de Cobertura" del plan en nuestro sitio de Internet www.floridablue.com/medicare) para encontrar información completa de los costos de los medicamentos cubiertos. Si solicita una excepción al formulario y el plan la aprueba, pagará el costo compartido del Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos).
- Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de Cuidados a Largo Plazo, una farmacia de infusión en el hogar o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de una medicina.




Beneficios Adicionales

	BlueMedicare Classic (HMO) Clay y Duval H1035-019	BlueMedicare Premier (HMO) Clay y Duval H1035-033
Atención en el Hogar	<p>Ofrecemos este beneficio a través de nuestra asociación con Papa, que conecta a los estudiantes universitarios con adultos mayores que requieren asistencia con el transporte, la compañía, las tareas domésticas, el uso de dispositivos electrónicos y ejercicios y actividades.</p> <p>Los beneficios incluyen lo siguiente:</p> <p>Atención en el Hogar, 60 horas al año.</p> <p>Los servicios incluyen Actividades de la Vida Diaria (ADL) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADL).</p>	
Asistencia al Cuidador para Miembros	<ul style="list-style-type: none">▪ Sin cobertura	<p>Brinda cobertura para servicios de orientación, educación y apoyo, como asesoramiento y cursos de capacitación para los cuidadores de los inscritos. Los beneficios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Una herramienta basada en la web con contenido educativo que abarca temas sobre salud, riqueza, viviendas para adultos mayores, cuidado en el hogar y estilo de vida▪ Acceso para que los cuidadores y los miembros de la familia puedan publicar actualizaciones y videos; herramientas para administrar documentos, mantenerse organizados y estar al tanto de las próximas tareas y citas Herramientas de búsqueda (es decir, búsqueda de vivienda para adultos mayores y búsqueda de cuidado en el hogar) <p>Consulte su <i>Constancia de Cobertura</i> para conocer los detalles de los beneficios.</p>
Suministros para la Siiabetes ◇	<ul style="list-style-type: none">▪ \$0 de copago en su farmacia de venta minorista u orden por correo de la red para suministros para diabéticos como:<ul style="list-style-type: none">• Medidores de glucosa Lifescan (One Touch®)• Lancetas• Tiras Reactivas <p>Aviso Importante: La insulina, las jeringas de insulina y las agujas para la autoadministración en el hogar se obtienen de una farmacia minorista o de orden por correo y están cubiertas por los beneficios de farmacia de la Parte D de Medicare. Se aplican los copagos y los deducibles correspondientes.</p>	

	BlueMedicare Classic (HMO) Clay y Duval H1035-019	BlueMedicare Premier (HMO) Clay y Duval H1035-033
Programa de Medicare de Prevención de la Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare
Podología	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$30 de copago por cada consulta de podología cubierta por Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$20 de copago por cada consulta de podología cubierta por Medicare
Quiropráctico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$20 de copago por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$20 de copago por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare
Equipos y Suministros Médicos ◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20% de coaseguro por todas las sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas cubiertas por Medicare y aprobadas por el plan ▪ 0% del coaseguro por todo equipo médico duradero cubierto por Medicare aprobado por el plan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20% de coaseguro por todas las sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas cubiertas por Medicare y aprobadas por el plan ▪ 0% del coaseguro por todo equipo médico duradero cubierto por Medicare aprobado por el plan
Terapia Ocupacional y del Habla Ambulatorias *◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$35 de copago por consulta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$20 de copago por consulta
Telehealth	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$45 de copago por Servicios de Urgencia Necesarios ▪ \$0 de pago por Servicios de Atención Primaria ▪ \$35 de copago por Terapia Ocupacional/Terapia Física/Terapia del Habla en un centro independiente ▪ \$35 de copago por Terapia Ocupacional/Terapia Física/Terapia del Habla en un hospital de cuidados ambulatorios ▪ \$40 de copago por Servicios de Dermatología ▪ \$40 de copago por sesiones individuales para Servicios de Especialidades de Salud Mental para pacientes ambulatorios ▪ \$40 de copago por sesiones individuales para Servicios de Especialidades de Psiquiatría para pacientes ambulatorios ▪ \$40 de copago por servicios del Programa de Tratamiento de Opioides 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$10 de copago por Servicios de Urgencia Necesarios ▪ \$0 de pago por Servicios de Atención Primaria ▪ \$20 de copago por Terapia Ocupacional/Terapia Física/Terapia del Habla en un centro independiente ▪ \$20 de copago por Terapia Ocupacional/Terapia Física/Terapia del Habla en un hospital de cuidados ambulatorios ▪ \$20 de copago por Servicios de Dermatología ▪ \$40 de copago por sesiones individuales para Servicios de Especialidades de Salud Mental para pacientes ambulatorios ▪ \$40 de copago por sesiones individuales para Servicios de Especialidades de Psiquiatría para pacientes ambulatorios ▪ \$40 de copago por servicios del Programa de Tratamiento de Opioides

	BlueMedicare Classic (HMO) Clay y Duval H1035-019	BlueMedicare Premier (HMO) Clay y Duval H1035-033
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$40 de copago por sesiones individuales para Servicios de Especialidad de Abuso de Sustancias en pacientes ambulatorios ▪ \$0 de copago por la Capacitación para el Autocontrol de la Diabetes ▪ \$0 de copago por Servicios de Dietista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$40 de copago por sesiones individuales para Servicios de Especialidad de Abuso de Sustancias en pacientes ambulatorios ▪ \$0 de copago por la Capacitación para el Autocontrol de la Diabetes ▪ \$0 de copago por Servicios de Dietista

Reciba Más con BlueMedicare

	BlueMedicare Classic (HMO) Clay y Duval H1035-019	BlueMedicare Premier (HMO) Clay y Duval H1035-033
Artículos de Venta Libre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$60 de subsidio trimestral para la compra de artículos sin receta, tales como vitaminas y aspirina ▪ Cualquier saldo no utilizado durante el trimestre no pasará al próximo trimestre.
HealthyBlue Rewards 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Su plan BlueMedicare lo recompensa por cuidar su salud. Canjee recompensas en forma de tarjetas de regalo por completar e informar cuidados y exámenes preventivos. 	
El Programa de Acondicionamiento Físico SilverSneakers® 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Membresías a gimnasios y clases disponibles en centros de acondicionamiento físico en todo el país, incluidos gimnasios de cadenas nacionales y locales ▪ Acceso a equipos de ejercicio y otros servicios, clases para todos los niveles y habilidades y eventos sociales, entre otros 	
Beneficios Mejorados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayores beneficios para quienes cumplen con los requisitos y participan en nuestros programas de gestión del cuidado de la salud.

Descargo de Responsabilidad

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.

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestros Servicios para Miembros al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto en los feriados más importantes.

Florida Blue Medicare Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue Medicare, una Licenciataria Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece cobertura HMO.

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios, además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.

© 2020 Blue Cross and Blue Shield of Florida Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue. Todos los derechos reservados.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.