

Resumen de Beneficios de 2021

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

BlueMedicare Complete (HMO D-SNP) H1035-029

BlueMedicare Complete (HMO D-SNP) H1035-030

1/1/2021 – 12/31/2021



El área de servicio del plan incluye:

Condados de Brevard, Hillsborough, Orange, Osceola, y Polk

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
- recibir ciertos niveles de asistencia del Programa de Asistencia Médica de Florida (Medicaid). Si usted recibe beneficios de Medicare y de Medicaid, esto significa que es doblemente elegible. BlueMedicare HMO Complete (HMO D-SNP) puede inscribir a personas doblemente elegibles que estén en los programas SMLB, SLMB Plus, QMB, QMB Plus, FBDE, QI y QDWI; y
- vivir dentro de **nuestra área de servicio**.

Nuestra área de cobertura H1035-029 incluye los siguientes condados de Florida: Brevard, Orange y Osceola

Nuestra área de cobertura H1035-030 incluye los siguientes condados de Florida: Hillsborough y Polk

¿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, nuestro horario de atención es los siete días de la semana, desde las 8:00 a. m. hasta las 8:00 p. m., hora local, excepto en 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 Complete (HMO D-SNP) Brevard, Orange y Osceola H1035-029	BlueMedicare Complete (HMO D-SNP) Hillsborough y Polk H1035-030
Prima Mensual del Plan	\$0 o hasta \$30.80 Es posible que existan algunas situaciones en las que su prima aumente. Nunca pagará más que una prima de \$30.80 . Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.	\$0 o hasta \$30.80 Es posible que existan algunas situaciones en las que su prima aumente. Nunca pagará más que una prima de \$30.80 . Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$0 o hasta \$445 por año para los medicamentos recetados de la Parte D (no corresponde al Nivel 1 (Genéricos Preferidos) ni al Nivel 2 (Genéricos))	\$0 o hasta \$445 por año para los medicamentos recetados de la Parte D (no corresponde al Nivel 1 (Genéricos Preferidos) ni al Nivel 2 (Genéricos))
Responsabilidad Máxima de Costos a su Cargo	\$2,500 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.	\$1,500 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 Complete (HMO D-SNP) Brevard, Orange y Osceola H1035-029	BlueMedicare Complete (HMO D-SNP) Hillsborough y Polk H1035-030
Atención para Pacientes Hospitalizados ◇	<u>Este Plan</u> Copago de \$0 <u>Medicaid</u> \$3 de copago por consulta, si no está exento/a de los costos compartidos	<u>Este Plan</u> Copago de \$0
Atención para Pacientes Ambulatorios ◇	<u>Este Plan</u> Copago de \$0 <u>Medicaid</u> \$3 de copago por consulta, si no está exento/a de los costos compartidos	<u>Este Plan</u> Copago de \$0
Centro de Cirugía Ambulatoria ◇	<u>Este Plan</u> Copago de \$0 <u>Medicaid</u> \$3 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid	<u>Este Plan</u> Copago de \$0

BlueMedicare Complete (HMO D-SNP)
Brevard, Orange y Osceola
H1035-029

BlueMedicare Complete (HMO D-SNP)
Hillsborough y Polk
H1035-030

Visitas a Consultorios Médicos

Este Plan

- **\$0** de copago por consulta de atención primaria
- **\$0** de copago por consulta al especialista*

Este Plan

- **\$0** de copago por consulta de atención primaria
- **\$0** de copago por consulta al especialista*

Medicaid

- **\$2** de copago por proveedor o grupo de proveedores por día, si no está exento/a de los costos compartidos
- **\$3** de copago por servicios profesionales proporcionados solo en un Centro de Salud Rural (RHC) o Centro de Salud con Calificación Federal (FQHC), por consultorio, por día, si no está exento/a de los costos compartidos

Servicios Preventivos

Este Plan

\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare

Este Plan

\$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

Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.

Medicaid

\$3 de copago por exámenes de diagnóstico preventivos cubiertos provistos solo en un Centro de Salud Rural (RHC) o Centro de Salud con Calificación Federal (FQHC), por consultorio, por día, si no está exento/a de los costos compartidos

	BlueMedicare Complete (HMO D-SNP) Brevard, Orange y Osceola H1035-029	BlueMedicare Complete (HMO D-SNP) Hillsborough y Polk H1035-030
Atención de Emergencia	<p><u>Este Plan</u></p> <p>\$0 de copago por consulta dentro o fuera de la red</p> <p><u>Medicaid</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$3 de copago por consulta, si no está exento/a de los costos compartidos ▪ 5% del coaseguro hasta los primeros \$300 del pago de Medicaid para cada consulta en la sala de emergencias para servicios que no son de emergencia, que no superen los \$15 	<p><u>Este Plan</u></p> <p>\$0 de copago por consulta dentro o fuera de la red</p>
Servicios de Urgencia Necesarios	<p><u>Este Plan</u></p> <p>\$0 de copago en un Centro de Atención de Urgencias o Centro de Atención Sin Cita Previa dentro o fuera de la red</p> <p><u>Medicaid</u></p> <p>\$2 de copago por servicios prestados en un consultorio profesional, por proveedor o grupo de proveedores, por día, si no está exento/a de los costos compartidos</p> <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. 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>	<p><u>Este Plan</u></p> <p>\$0 de copago en un Centro de Atención de Urgencias o Centro de Atención Sin Cita Previa dentro o fuera de la red</p>
Servicios de Diagnóstico/ Laboratorio/ Diagnóstico por Imágenes*◇	<p><u>Este Plan</u></p> <p>Servicios de Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 <p>Radiografías</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 <p>Servicios Avanzados de Diagnóstico por Imágenes</p> <p>Incluye Imagen por Resonancia Magnética (IRM), Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y Tomografía Computarizada (TAC).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 <p>Terapia de Radiación</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 <p><u>Medicaid</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$1 de copago por servicios de laboratorio independiente, por proveedor, por día, si no está exento/a de los costos compartidos ▪ \$1 de copago por servicios de radiografías ambulatorios, por proveedor, por día, si no está exento/a de los costos compartidos ▪ \$2 de copago por proveedor o grupo de proveedores, por día si no está exento/a de los costos compartidos 	<p><u>Este Plan</u></p> <p>Servicios de Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 <p>Radiografías</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 <p>Servicios Avanzados de Diagnóstico por Imágenes</p> <p>Incluye Imagen por Resonancia Magnética (IRM), Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y Tomografía Computarizada (TAC).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 <p>Terapia de Radiación</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0

BlueMedicare Complete (HMO D-SNP)
Brevard, Orange y Osceola
H1035-029

BlueMedicare Complete (HMO D-SNP)
Hillsborough y Polk
H1035-030

- **\$3** de copago por servicios prestados solo en un Centro de Salud Rural (RHC) o Centro de Salud con Calificación Federal (FQHC), por consultorio, por día, si no está exento/a de los costos compartidos

Servicios para la Audición



Este Plan

Servicios para la audición cubiertos por Medicare*

- **\$0** 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
- **\$1,000 por oído** Hasta 2 audífonos al año con una prestación máxima de beneficios de \$1000 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.

Medicaid

\$0 de copago para aquellos beneficiarios que tengan pérdida de la audición moderada o mayor, incluidos los siguientes servicios:

- Un audífono nuevo, completo (no reacondicionado) por oído, cada tres años, por beneficiario
- Hasta tres pares de moldes auditivos por año, por beneficiario
- Un servicio de colocación y dispensación por oído, cada tres años, por beneficiario

Este Plan

Servicios para la Audición Cubiertos por Medicare*

- **\$0** 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
- **\$1,000 por oído** Hasta 2 audífonos al año con una prestación máxima de beneficios de \$1000 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



Este Plan

Servicios Dentales Cubiertos por Medicare

- **\$0** 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

Este Plan

Servicios Dentales Cubiertos por Medicare

- **\$0** 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

Medicaid

- **\$2** de copago por servicios de cirugía oral y maxilofacial por consulta al consultorio médico, por día
- **\$3** de copago para servicios dentales prestados solo en un Centro de Salud con Calificación Federal (FQHC), por consultorio, por día, si no está exento/a de los costos compartidos

Servicios Cubiertos para Adultos (Mayores de 21 años)

- Una evaluación completa cada tres años, por beneficiario. Para los beneficiarios mayores de 21 años, se reembolsa el costo de una evaluación completa con el fin de determinar la necesidad de dentaduras postizas completas o parciales o servicios centrados en el problema.
- Evaluaciones limitadas, según las indicaciones médicas
- Una serie completa de radiografías intraorales cada tres años, por beneficiario
- Una radiografía panorámica cada tres años, por beneficiario
- Los siguientes servicios de prótesis para diagnosticar, planear, rehabilitar, fabricar y mantener las dentaduras postizas:
 - ✓ Un juego superior, inferior o completo de dentaduras postizas parciales completas o removibles por beneficiario
 - ✓ Un rebase, por dentadura postiza, por 366 días y por beneficiario

Traditional Florida Medicaid reembolsa los servicios dentales de emergencia para beneficiarios mayores de 21 años para aliviar el dolor, una infección, o ambos, y los procedimientos esenciales a fin de preparar la boca para las dentaduras postizas.

Servicios para la Vista



Este Plan

Servicios para la Vista Cubiertos por Medicare

- **\$0** de copago por servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones 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

- **\$0** de copago por un examen de rutina de la vista anual
- **\$400** de subsidio por año para la compra de anteojos, monturas o lentes de contacto

Este Plan

Servicios para la Vista Cubiertos por Medicare

- **\$0** de copago por servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones 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

- **\$0** de copago por un examen de rutina de la vista anual
- **\$400** de subsidio por año para la compra de anteojos, monturas o lentes de contacto

BlueMedicare Complete (HMO D-SNP)
Brevard, Orange y Osceola
H1035-029

BlueMedicare Complete (HMO D-SNP)
Hillsborough y Polk
H1035-030

Medicaid

- **\$0** de copago por servicios de ayuda visual
- **\$2** de copago por servicios de optometría, por proveedor o grupo de proveedores, por día, si no está exento/a de los costos compartidos
- **\$3** de copago por servicios de ópticos proporcionados solo en un Centro de Salud Rural (RHC) o un Centro de Salud con Calificación Federal (FQHC), por consultorio, por día, si no está exento/a de los costos compartidos

Florida Medicaid cubre una montura cada dos años y dos anteojos cada 365 días.

Servicios de Salud Mental ◇

Este Plan

Servicios de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados

- Copago de **\$0**
- Un máximo de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico

Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios

- **\$0** de copago

Este Plan

Servicios de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados

- Copago de **\$0**
- Un máximo de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico

Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios

- **\$0** de copago

Medicaid

- **\$2** de copago por proveedor, por día, si no está exento/a de los costos compartidos
- **\$3** de copago por servicios de salud mental para pacientes ambulatorios proporcionados solo en un Centro de Salud Rural (RHC) o un Centro de Salud con Calificación Federal (FQHC), por consultorio, por día, si no está exento/a de los costos compartidos

Centros de Enfermería Especializada (SNF) ◇

Este Plan

Copago de \$0

Nuestro Plan cubre un máximo de 100 días en un SNF por periodo de beneficios.

Medicaid

Copago de \$0

Este Plan

Copago de \$0

Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un SNF por periodo de beneficios.

Terapia Física* ◇

Este Plan

Copago de \$0

Medicaid

Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria y Servicios de Patología del Habla y el Lenguaje.

- **\$0** de copago por servicios del sistema respiratorio
- **\$0** de copago por servicios de terapia física
- **\$2** de copago por proveedor, por día, por servicios de rehabilitación ambulatoria proporcionados en un consultorio, si no está exento/a de los costos compartidos

BlueMedicare Complete (HMO D-SNP)
Brevard, Orange y Osceola
H1035-029

BlueMedicare Complete (HMO D-SNP)
Hillsborough y Polk
H1035-030

- **\$3** de copago por servicios de rehabilitación ambulatorios proporcionados solo en un Centro de Salud Rural (RHC) o un Centro de Salud con Calificación Federal (FQHC), por consultorio, por día, si no está exento/a de los costos compartidos
- **\$3** de copago por consulta en un hospital ambulatorio, si no está exento/a de los costos compartidos

Ambulancia ◇

Este Plan

\$0 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)

Medicaid

\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid

Este Plan

\$0 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)

Transporte



Este Plan

- **\$0** de copago por viajes ilimitados 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.

Medicaid

\$1 de copago por viaje de un tramo

Los Servicios de Transporte Médico que No son de Emergencia (NEMT) solo están disponibles para los beneficiarios elegibles que no puedan obtener transporte por cualquier otro medio (como la familia, los amigos o recursos de la comunidad).

Este Plan

- **\$0** de copago por viajes ilimitados 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 ◇

Este Plan

- **\$0** de copago por inyecciones antialérgicas
- **0%** del monto permitido por Medicare para medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare

Medicaid

- **\$0** de copago por medicamentos recetados obtenidos a través del programa de Servicios de Medicamentos Recetados
- **\$2** de copago por servicios médicos, por proveedor o grupo de proveedores, por día, si no está exento/a de los costos compartidos
- **\$3** de copago por la administración de medicamentos recetados de la Parte B proporcionada solo en un Centro de Salud Rural (RHC) o un Centro de Salud con Calificación Federal (FQHC), por consultorio, por día, si no está exento/a de costos compartidos

Este Plan

- **\$0** de copago por inyecciones antialérgicas
- **0%** del monto permitido por Medicare para medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare

Beneficios de los Medicamentos Recetados de la Parte D



La mayoría de nuestros miembros califican para “Ayuda Adicional” de Medicare, y la están recibiendo, para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si forma parte del programa “Ayuda Adicional”, le hemos enviado por separado 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 su cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Servicios para miembros y pida la “Cláusula LIS”.

Etapa de Deducible

El deducible no se aplica al Nivel 1 (Genéricos Preferidos) ni al Nivel 2 (Genéricos). **En la mayoría de los casos, pagará \$0 o \$92.** El deducible para quienes no califican para la “Ayuda Adicional” es de \$445.

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 Complete (HMO D-SNP) Brevard, Orange y Osceola H1035-029		BlueMedicare Complete (HMO D-SNP) Hillsborough y Polk H1035-030	
	Preferido de venta al por menor/Orden por Correo	Estándar de venta al por menor/Orden por Correo	Preferido de venta al por menor/Orden por Correo	Estándar de venta al por menor/Orden por Correo
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$0	\$0 o \$10 de copago según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba	\$0	\$0 o \$10 de copago según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba
Nivel 2: Genéricos	\$0	\$0 o \$11 de copago según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba	\$0	\$0 o \$11 de copago según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$0 o \$40 de copago según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba	\$0 o \$47 de copago según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba	\$0 o \$40 de copago según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba	\$0 o \$47 de copago según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$0 o \$92 de copago según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba	\$0 o \$99 de copago según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba	\$0 o \$92 de copago según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba	\$0 o \$99 de copago según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba
Nivel 5: Medicamentos Especializados	\$0 de copago o hasta un 25%, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.	\$0 de copago o hasta un 25%, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.	\$0 de copago o hasta un 25%, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.	\$0 de copago o hasta un 25%, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.

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. 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) 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**.

	BlueMedicare Complete (HMO D-SNP) Brevard, Orange y Osceola H1035-029	BlueMedicare Complete (HMO D-SNP) Hillsborough y Polk H1035-030
Durante la Etapa de Brecha en la Cobertura:	<ul style="list-style-type: none">▪ Paga los mismos copagos que abonó durante la Etapa de Cobertura Inicial para medicamentos del Nivel 1 (Genéricos Preferidos) y el Nivel 2 (Genéricos), o el 25% del costo, lo que sea menor.▪ Para medicamentos genéricos de todos los demás niveles, paga el 25% del costo total▪ Para medicamentos de marca, paga el 25% del costo (más una parte de la tarifa de suministro).	<ul style="list-style-type: none">▪ 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 de suministro).

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 (incluidos 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 las medicamentos cubiertos. Si solicita una excepción al formulario y el plan la aprueba, pagará el costo compartido del Nivel 4 (Medicamentos/Marca No Preferida).
- 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 un medicamento.

Beneficios Adicionales

	BlueMedicare Complete (HMO D-SNP) Brevard, Orange y Osceola H1035-029	BlueMedicare Complete (HMO D-SNP) Hillsborough y Polk H1035-030
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 asistencia con Actividades de la Vida Diaria (ADL) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADL).</p>	
Suministros para la Diabetes ◇	<p>\$0 de copago en su farmacia de venta minorista u orden por correo de la red para Suministros para Diabéticos como:</p> <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>	
Programa de Medicare de Prevención de la Diabetes	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare
Podología	<p><u>Este Plan</u> Copago de \$0</p> <p><u>Medicaid</u> \$2 de copago por proveedor, por día</p>	<p><u>Este Plan</u> Copago de \$0</p>
Quiropráctico	<p><u>Este Plan</u> Copago de \$0</p> <p><u>Medicaid</u> \$1 de copago por proveedor/grupo, por día</p>	<p><u>Este Plan</u> Copago de \$0</p>
Equipos y Suministros Médicos ◇	<p><u>Este Plan</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0% del monto permitido por Medicare para todas las sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas aprobadas por el plan y cubiertas por Medicare ▪ 0% del monto permitido por Medicare para el resto del equipo médico duradero aprobado por el plan y cubierto por Medicare <p><u>Medicaid</u> Copago de \$0</p>	<p><u>Este Plan</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0% del monto permitido por Medicare para todas las sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas aprobadas por el plan y cubiertas por Medicare ▪ 0% del monto permitido por Medicare para el resto del equipo médico duradero aprobado por el plan y cubierto por Medicare

	BlueMedicare Complete (HMO D-SNP) Brevard, Orange y Osceola H1035-029	BlueMedicare Complete (HMO D-SNP) Hillsborough y Polk H1035-030
Terapia Ocupacional y del Habla ambulatorias*◇	<p><u>Este Plan</u></p> <p>\$0 de copago</p> <p><u>Medicaid</u></p> <p>Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria y Servicios de Patología del Habla y el Lenguaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago por servicios del sistema respiratorio ▪ \$0 de copago por servicios de terapia física ▪ \$2 de copago por proveedor, por día, por servicios de rehabilitación ambulatoria proporcionados en un consultorio, si no está exento/a de los costos compartidos ▪ \$3 de copago por servicios de rehabilitación ambulatorios proporcionados solo en un Centro de Salud Rural (RHC) o un Centro de Salud con Calificación Federal (FQHC), por consultorio, por día, si no está exento/a de los costos compartidos ▪ \$3 de copago por consulta en un hospital ambulatorio, si no está exento/a de los costos compartidos 	<p><u>Este Plan</u></p> <p>\$0 de copago</p>
Telehealth	<p><u>Este Plan</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago Servicios de Urgencia Necesarios ▪ \$0 de pago por Servicios de Atención Primaria ▪ \$0 de copago Terapia Ocupacional/ Terapia Física/Terapia del Habla en un centro independiente ▪ \$0 de copago por Terapia Ocupacional/Terapia Física/Terapia del Habla en un hospital de cuidados ambulatorios ▪ \$0 de copago por Servicios de Dermatología ▪ \$0 de copago por sesiones individuales para Servicios de Especialidades de Salud Mental para pacientes ambulatorios ▪ \$0 de copago por sesiones individuales para Servicios de Especialidades de Psiquiatría para pacientes ambulatorios ▪ \$0 de copago por servicios del Programa de Tratamiento de Opioides ▪ \$0 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 <p><u>Medicaid</u></p> <p>Copago de \$0</p>	<p><u>Este Plan</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago por Servicios de Urgencia Necesarios ▪ \$0 de pago por Servicios de Atención Primaria ▪ \$0 de copago por Terapia Ocupacional/ Terapia Física/Terapia del Habla en un centro independiente ▪ \$0 de copago por Terapia Ocupacional/Terapia Física/Terapia del Habla en un hospital de cuidados ambulatorios ▪ \$0 de copago por Servicios de Dermatología ▪ \$0 de copago por sesiones individuales para Servicios de Especialidades de Salud Mental para pacientes ambulatorios ▪ \$0 de copago por sesiones individuales para Servicios de Especialidades de Psiquiatría para pacientes ambulatorios ▪ \$0 de copago por servicios del Programa de Tratamiento de Opioides ▪ \$0 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 Complete (HMO D-SNP) Brevard, Orange y Osceola H1035-029	BlueMedicare Complete (HMO D-SNP) Hillsborough y Polk H1035-030
Artículos de Venta Libre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$100 de subsidio mensual para la compra de artículos sin receta, tales como vitaminas y aspirina ▪ Cualquier saldo no utilizado durante el mes no pasará al próximo mes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$100 de subsidio mensual para la compra de artículos sin receta, tales como vitaminas y aspirina ▪ Cualquier saldo no utilizado durante el mes no pasará al próximo mes.
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 de Comidas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 comidas después de cada vez que haya sido dado de alta en el hospital 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 comidas después de cada vez que haya sido dado de alta en el hospital

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.

Patrocinado por Florida Blue Medicare, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue Medicare y la Agencia para la Administración de Atención de la Salud (Agency for Health Care Administration) del Estado de Florida.

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.