



Resumen de Beneficios de 2020

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

BlueMedicare Classic (HMO) H1035-017

BlueMedicare Premier (HMO) H1035-024

1/1/2020 – 12/31/2020



El área de servicio de los planes incluye:
Condado de Miami-Dade

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que nosotros cubrimos y lo que usted paga. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la “**Constancia de Cobertura**”. También puede consultar la “Constancia de Cobertura” para este plan en nuestro sitio de Internet, www.floridablue.com/medicare.

Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual de “Medicare y Usted”. Consúltelo en línea en <http://www.medicare.gov> o consiga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de equipo teleescritor (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 a la Parte B de Medicare; y
- vivir dentro de **nuestra área de servicio**.

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado de Florida: Miami-Dade

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

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

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

¿Tiene Alguna Pregunta? Llámenos

- Si usted es miembro de uno de estos planes, llámenos al 1-800-926-6565, TTY: 1-877-955-8773.
- Si usted no es miembro de uno de estos planes, llámenos al 1-855-601-9465, TTY: 1-877-955-8773.
 - Estamos disponibles del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana desde las 8:00 a. m. hasta las 8:00 p. m. hora local, excepto para Acción de Gracias (Thanksgiving) y Navidad.
 - Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, de lunes a viernes.
- O visite nuestro sitio de Internet en www.floridablue.com/medicare.

Información Importante

A través de este documento verá los símbolos a continuación.

- * Los servicios con este símbolo pueden requerir aprobación por adelantado (derivación) de su Médico de Atención Primaria para que el plan los cubra.
- ◇ Los servicios con este símbolo pueden requerir autorización previa del plan antes de que reciba los servicios.

Si no obtiene una derivación o autorización previa cuando se requiera, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios. Comuníquese con su Médico de Atención Primaria o consulte la Constancia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener más información sobre los servicios que requieren una derivación y/o autorización previa del plan.

Prima Mensual, Deducible y Límites



	BlueMedicare Classic (HMO) Miami-Dade H1035-017	BlueMedicare Premier (HMO) Miami-Dade H1035-024
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 un deducible	Este plan no tiene un deducible
Responsabilidad Máxima de Gastos a su Cargo	\$3,900 es lo máximo que usted paga por los copagos, los coaseguros y otros costos para los servicios médicos cubiertos por Medicare de los proveedores dentro de la red en el año	\$2,000 es lo máximo que usted paga por los copagos, los coaseguros y otros costos para los servicios médicos cubiertos por Medicare de los proveedores dentro de la red en el año

Beneficios de Atención Médica y Hospitalización



	BlueMedicare Classic (HMO) Miami-Dade H1035-017	BlueMedicare Premier (HMO) Miami-Dade H1035-024
Atención en el Hospital para Pacientes Hospitalizados ◇	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$150 por día, días 1 a 6 Copago de \$0 por día después del día 6 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por día
Atención en el Hospital para Pacientes Ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$50 por visita por servicios cubiertos por Medicare ◇ Copago de \$90 por visita por servicios de observación cubiertos por Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por visita por servicios cubiertos por Medicare ◇ Copago de \$80 por visita por servicios de observación cubiertos por Medicare
Centro de Cirugía Ambulatoria ◇	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$25 por servicios de cirugía brindados en un Centro de Cirugía Ambulatoria 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por servicios de cirugía brindados en un Centro de Cirugía Ambulatoria
Visitas al Consultorio del Médico	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por visita al médico de cabecera Copago de \$20 por visita al especialista* 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por visita al médico de cabecera Copago de \$0 por visita al especialista*
Atención Preventiva	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicare Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol Visita Anual de Bienestar Densitometrías óseas Exámenes de detección de cáncer de seno (mamografías) Exámenes de detección de enfermedad cardiovascular y terapia conductual intensiva Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicare

	BlueMedicare Classic (HMO) Miami-Dade H1035-017	BlueMedicare Premier (HMO) Miami-Dade H1035-024
--	--	--

- Exámenes de detección de cáncer colorrectal
- Examen de detección de depresión
- Examen de detección de la diabetes y capacitación para el automanejo
- Detección del glaucoma
- Examen de detección de la hepatitis B y C
- Pruebas de detección del VIH
- Tratamiento Conductual Intensivo para la Obesidad
- Detección de cáncer de pulmón
- Terapia nutricional médica
- Detección de cáncer de próstata
- Detección de enfermedades venéreas y asesoramiento conductual intensivo para prevenirlas
- Asesoramiento para el cese del consumo de tabaco y el hábito de fumar
- Vacunas contra la influenza, la neumonía y la hepatitis B
- Visita preventiva de bienvenida a Medicare

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

Atención de Emergencia	Atención de Emergencia Cubierta por Medicare	Atención de Emergencia Cubierta por Medicare
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$90 por visita, dentro o fuera de la red <p>No se aplica este copago si lo internan en el hospital dentro de las 48 horas posteriores a una visita a la sala de emergencias.</p> <p>Servicios de Atención de Emergencia a Nivel Mundial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$90 por atención de emergencia a nivel mundial ▪ \$25,000 de límite anual combinado para los Servicios de Atención de Emergencia a Nivel Mundial y los Servicios de Urgencia Necesarios Mundiales <p>No incluye transporte de emergencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$80 por visita, dentro o fuera de la red <p>No se aplica este copago si lo internan en el hospital dentro de las 48 horas posteriores a una visita a la sala de emergencias.</p> <p>Servicios de Atención de Emergencia a Nivel Mundial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$125 por atención de emergencia a nivel mundial ▪ \$25,000 de límite anual combinado para los Servicios de Atención de Emergencia a Nivel Mundial y los Servicios de Urgencia Necesarios Mundiales <p>No incluye transporte de emergencia.</p>

Servicios de Urgencia Necesarios	Servicios de Urgencia Necesarios Cubiertos por Medicare	Servicios de Urgencia Necesarios Cubiertos por Medicare
	<p>Los servicios de urgencia necesarios se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica inesperada que no constituye una emergencia y que requiere atención médica inmediata.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 en un Centro de Atención de Urgencias dentro o fuera de la red 	<p>Los servicios de urgencia necesarios se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica inesperada que no constituye una emergencia y que requiere atención médica inmediata.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 en un Centro de Atención de Urgencias dentro o fuera de la red

	BlueMedicare Classic (HMO) Miami-Dade H1035-017	BlueMedicare Premier (HMO) Miami-Dade H1035-024
	<p>Los Servicios de Atención Sin Cita Previa son servicios para pacientes ambulatorios para lesiones y enfermedades que no constituyen una emergencia y que necesitan tratamiento cuando la mayoría de los consultorios de médicos de familia están cerrados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 en un Centro de Atención Sin Cita Previa dentro o fuera de la red <p>Servicios de Urgencia Necesarios Mundiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$90 por Servicios de Urgencia Necesarios Mundiales ▪ \$25,000 de límite anual combinado para los Servicios de Atención de Emergencia a Nivel Mundial y los Servicios de Urgencia Necesarios Mundiales <p>No incluye transporte de emergencia.</p>	<p>Los Servicios de Atención Sin Cita Previa son servicios para pacientes ambulatorios para lesiones y enfermedades que no constituyen una emergencia y que necesitan tratamiento cuando la mayoría de los consultorios de médicos de familia están cerrados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 en un Centro de Atención Sin Cita Previa dentro o fuera de la red <p>Servicios de Urgencia Necesarios Mundiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$125 por Servicios de Urgencia Necesarios Mundiales ▪ \$25,000 de límite anual combinado para los Servicios de Atención de Emergencia a Nivel Mundial y los Servicios de Urgencia Necesarios Mundiales <p>No incluye transporte de emergencia.</p>
Servicios de Diagnóstico/Laboratorio/Imágenes*◇	<p>Servicios de Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 en un Laboratorio Clínico Independiente ▪ Copago de \$30 en un Centro de Cuidados Ambulatorios <p>Radiografías</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$10 en un Centro de Evaluación de Diagnóstico Independiente (IDTF) ▪ Copago de \$100 en un Centro de Cuidados Ambulatorios <p>Servicios Avanzados de Diagnóstico por Imágenes</p> <p>Incluye servicios como Imágenes de Resonancia Magnética (MRI), Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y Tomografía Computarizada (CT).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$35 en el consultorio de un especialista ▪ Copago de \$50 en un IDTF ▪ Copago de \$100 en un centro de cuidados ambulatorios <p>Terapia de Radiación</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coaseguro del 20% 	<p>Servicios de Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 en un Laboratorio Clínico Independiente ▪ Copago de \$0 en un Centro de Cuidados Ambulatorios <p>Radiografías</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 en un Centro de Evaluación de Diagnóstico Independiente (IDTF) ▪ Copago de \$0 en un Centro de Cuidados Ambulatorios <p>Servicios Avanzados de Diagnóstico por Imágenes</p> <p>Incluye servicios como Imágenes de Resonancia Magnética (MRI), Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y Tomografía Computarizada (CT).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 en el consultorio de un especialista o en un IDTF ▪ Copago de \$25 en un centro de cuidados ambulatorios <p>Terapia de Radiación</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coaseguro del 20%

BlueMedicare Classic (HMO)

Miami-Dade

H1035-017

BlueMedicare Premier (HMO)

Miami-Dade

H1035-024

Servicios de la Audición**Servicios de la Audición Cubiertos por Medicare***

- Copago de **\$20** para exámenes para diagnosticar y tratar los problemas de audición y equilibrio

Servicios de la Audición Adicionales

- Copago de **\$0** por un examen de audición de rutina por año
- Copago de **\$0** por una evaluación y ajuste de audífonos
- Subsidio máximo de **\$1,000** por año para hasta dos audífonos

Servicios de la Audición Cubiertos por Medicare*

- Copago de **\$0** para exámenes para diagnosticar y tratar los problemas de audición y equilibrio

Servicios de la Audición Adicionales

- Copago de **\$0** por un examen de audición de rutina por año
- Copago de **\$0** por una evaluación y ajuste de audífonos
- Subsidio máximo de **\$2,000** por año para hasta dos audífonos

Servicios Dentales**Servicios Dentales Cubiertos por Medicare ◊**

- Copago de **\$20** por atención dental no rutinaria

Servicios Dentales Adicionales


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


Servicios Dentales Cubiertos por Medicare ◊

- Copago de **\$0** por atención dental no rutinaria

Servicios Dentales Adicionales

- Copago de **\$0** por servicios dentales preventivos cubiertos
- Copago de **\$0** por servicios dentales completos cubiertos
- Subsidio máximo de **\$6,000** por año por servicios dentales completos cubiertos

	BlueMedicare Classic (HMO) Miami-Dade H1035-017	BlueMedicare Premier (HMO) Miami-Dade H1035-024
Servicios Oftalmológicos 	Servicios de la Vista Cubiertos por Medicare <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$20 por servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista* ▪ Copago de \$0 por pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para los miembros con alto riesgo de glaucoma) ▪ Copago de \$0 por un examen de retina diabética por año ▪ Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas Servicios de la Vista Adicionales <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 por un examen anual de la vista de rutina ▪ Subsidio máximo de \$100 por año para la compra de anteojos, monturas o lentes de contacto 	Servicios de la Vista Cubiertos por Medicare <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 por servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista* ▪ Copago de \$0 por pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para los miembros con alto riesgo de glaucoma) ▪ Copago de \$0 por un examen de retina diabética por año ▪ Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas Servicios de la Vista Adicionales <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 por un examen anual de la vista de rutina ▪ Subsidio máximo de \$300 por año para la compra de anteojos, monturas o lentes de contacto
Atención de Salud Mental ◇	Servicios de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$195 por día, días 1 a 5 ▪ Copago de \$0 por día, días 6 a 90 ▪ Beneficio máximo de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$40 	Servicios de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$100 por día, días 1 a 5 ▪ Copago de \$0 por día, días 6 a 90 ▪ Beneficio máximo de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$15
Centros de Cuidados Médicos Especializados (SNF) ◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 por día, días 1 a 20 ▪ Copago de \$160 por día, días 21 a 100 <p>Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un SNF por periodo de beneficios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 por día, días 1 a 20 ▪ Copago de \$25 por día, días 21 a 100 <p>Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un SNF por periodo de beneficios.</p>
Fisioterapia *◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$10 en un centro independiente o consultorio de un médico ▪ Copago de \$40 en un establecimiento de cuidados ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 por visita

	BlueMedicare Classic (HMO) Miami-Dade H1035-017	BlueMedicare Premier (HMO) Miami-Dade H1035-024
Ambulancia ◇	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$225 por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo) 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$100 por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)
Transporte 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por 48 viajes unidireccionales a su médico, hospital o farmacia Estos servicios pueden incluir sillas de ruedas, andadores, tanques de oxígeno y animales de servicio 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por 48 viajes unidireccionales a su médico, hospital o farmacia Estos servicios pueden incluir sillas de ruedas, andadores, tanques de oxígeno y animales de servicio
Medicamentos de la Parte B de Medicare ◇	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$5 por inyecciones antialérgicas Coaseguro del 20% por los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por inyecciones antialérgicas Coaseguro del 20% por los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare

Beneficios de 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 sus medicamentos y usted paga su parte del costo.

	BlueMedicare Classic (HMO) Miami-Dade H1035-017	BlueMedicare Premier (HMO) Miami-Dade H1035-024
Durante la Etapa de Cobertura inicial:	<ul style="list-style-type: none"> Usted se mantiene en esta etapa hasta que sus costos totales anuales de medicamentos (costos totales de medicamentos pagados por usted y cualquier plan de la Parte D) alcancen los \$4,020. Puede obtener sus medicamentos en farmacias de venta al público de la red y en farmacias con servicio de orden por correo. El costo compartido a continuación aplica para un suministro de un mes (31 días). 	<ul style="list-style-type: none"> Usted se mantiene en esta etapa hasta que sus costos totales anuales de medicamentos (costos totales de medicamentos pagados por usted y cualquier plan de la Parte D) alcancen los \$7,000. Puede obtener sus medicamentos en farmacias de venta al público de la red y en farmacias con servicio de orden por correo. El costo compartido a continuación aplica para un suministro de un mes (31 días).

	BlueMedicare Classic (HMO) Miami-Dade H1035-017			BlueMedicare Premier (HMO) Miami-Dade H1035-024		
	Minorista Preferido	Minorista Estándar	Orden por correo	Minorista Preferido	Minorista Estándar	Orden por correo
Nivel 1 - Genérico Preferido	Copago de \$0	Copago de \$10	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$10	Copago de \$0
Nivel 2 - Genérico	Copago de \$0	Copago de \$15	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$11	Copago de \$0
Nivel 3 - Marca Preferida	Copago de \$35	Copago de \$47	Copago de \$35	Copago de \$0	Copago de \$12	Copago de \$0
Nivel 4 - Medicamento/ Marca No Preferida	Copago de \$93	Copago de \$100	Copago de \$93	Copago de \$50	Copago de \$75	Copago de \$50
Nivel 5 - Nivel Especializado	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo

Etapa de Brecha en la Cobertura

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

	BlueMedicare Classic (HMO) Miami-Dade H1035-017	BlueMedicare Premier (HMO) Miami-Dade H1035-024
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 ha pagado) alcanza los \$4,020. Usted permanece en esta etapa hasta que los costos "a su cargo" del último año alcancen un total de \$6,350. ▪ Paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial por los medicamentos en el Nivel 1 (genéricos preferidos) y Nivel 2 (genéricos), o el 25% del costo, lo que sea menor ▪ Por los medicamentos genéricos en los demás niveles, usted paga el 25% del costo ▪ Por los medicamentos de marca, usted paga el 25% del costo (más una parte de la tarifa de suministro) 	<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 ha pagado) alcanza los \$7,000. Usted permanece en esta etapa hasta que los costos "a su cargo" del último año alcancen un total de \$6,350. ▪ Paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial por los medicamentos en el Nivel 1 (genéricos preferidos), Nivel 2 (genéricos) y Nivel 3 (marca preferida), o el 25% del costo, lo que sea menor ▪ Por los medicamentos genéricos en los demás niveles, usted paga el 25% del costo ▪ Por los medicamentos de marca, usted paga el 25% del costo (más una parte de la tarifa de suministro)

Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos

Después de que los gastos anuales por costos de medicamentos a su cargo alcancen los **\$6,350**, usted paga la mayor parte del:

- Copago de **\$3.60** por medicamentos genéricos en todos los niveles (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de **\$8.95** por todos los demás medicamentos en todos los niveles, o el **5%** del costo.

Cobertura de Medicamentos Adicionales




- Llámenos o consulte la “Constancia de Cobertura” del plan en nuestro sitio de Internet (www.floridablue.com/medicare) si busca información completa de sus costos para medicamentos cubiertos. Si solicita y el plan aprueba una excepción de formulario, usted pagará un costo compartido de Nivel 4 (Medicamento/Marca No Preferida).
- Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de cuidado a largo plazo, una farmacia de infusión en casa o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento.

Beneficios Adicionales

	BlueMedicare Classic (HMO) Miami-Dade H1035-017	BlueMedicare Premier (HMO) Miami-Dade H1035-024
Suministros para la Diabetes ◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 en su farmacia de venta al público o de orden por correo de la red para Suministros para la Diabetes como: <ul style="list-style-type: none"> • Medidores de glucosa Lifescan (One Touch®) • Lancetas • Tiras reactivas <p>Nota importante: La insulina, jeringas para insulina y agujas para la autoadministración en el hogar son obtenidas a través de una farmacia de venta al por menor o a través de orden de farmacia por correo y están cubiertas bajo su beneficio de farmacia de la Parte D de Medicare. Aplican copagos y deducibles.</p>	
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicare
Podología	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$10 por cada visita a un podólogo cubierta por Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 por cada visita a un podólogo cubierta por Medicare
Quiroprácticos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$20 por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare
Equipos y Suministros Médicos ◇	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coaseguro del 20% para todas las sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas cubiertas por Medicare aprobadas por el plan ▪ Coaseguro del 0% para todos los demás equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare aprobados por el plan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coaseguro del 20% para todas las sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas cubiertas por Medicare aprobadas por el plan ▪ Coaseguro del 0% para todos los demás equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare aprobados por el plan

	BlueMedicare Classic (HMO) Miami-Dade H1035-017	BlueMedicare Premier (HMO) Miami-Dade H1035-024
Terapia Ambulatoria Ocupacional y del Habla* [◇]	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$10 por terapia en un centro independiente o en el consultorio de un especialista Copago de \$40 en un centro de cuidados ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por visita

Obtiene Más con BlueMedicare

	BlueMedicare Classic (HMO) Miami-Dade H1035-017	BlueMedicare Premier (HMO) Miami-Dade H1035-024
Artículos de Venta Libre 	<ul style="list-style-type: none"> Sin cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> Subsidio trimestral de \$125 por la compra de artículos no recetados, como vitaminas y aspirinas Cualquier saldo que no se use en un trimestre no se traspasará al siguiente trimestre
Recompensas HealthyBlue 	<ul style="list-style-type: none"> Su plan BlueMedicare lo recompensa por cuidar su salud. Canjee recompensas de tarjetas de regalo por completar y presentarse a citas de atención preventiva y pruebas de detección 	
Programa de Acondicionamiento Físico SilverSneakers® 	<ul style="list-style-type: none"> Ahorro para la universidad: Como miembro de SilverSneakers, usted puede acumular puntos de descuento de matrícula para ahorrar en la matrícula de la universidad (hasta un año de matrícula completa) para estudiantes que designe La membresía y clases de gimnasio están disponibles en más de 16,000 centros de acondicionamiento físico en todo el país, incluidas las cadenas nacionales y los gimnasios locales Acceso a los equipos de ejercicios y otras comodidades, clases para todos los niveles y habilidades, eventos sociales y más Clases como baile en línea y baile de estilo latino, entrenamiento interior y exterior, grupos de caminatas y muchas más 	
Beneficios Mejorados	<ul style="list-style-type: none"> Sin cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios expandidos para aquellos que califiquen y participen en nuestros programas de manejo de la atención.

Cláusulas de Exención 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.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-855-601-9465 (TTY: 1-877-955-8773) para obtener más información.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestros Servicios para Miembros al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, excepto para Acción de Gracias (Thanksgiving) y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, de lunes a viernes.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-926-6565 (TTY: 1-877-955-8773). ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de traducción, libre de cargos, disponibles para usted. Llame al 1-800-926-6565 (TTY: 1-877-955-8773).

La cobertura HMO es ofrecida por Florida Blue Medicare, Inc., dba Florida Blue Medicare, una Licenciataria Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

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

Sección 1557 Notificación: La discriminación es en contra de la ley

Nosotros cumplimos con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discriminamos sobre la base de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No excluimos a las personas ni las tratamos de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Proporcionamos:

- Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - Interpretes calificados del lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Interpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con:

- Cobertura para la salud y la visión: 1-800-352-2583
- Cobertura dental, de vida y para discapacitados: 1-888-223-4892
- Programa para empleados federales (FEP, Federal Employee Program): 1-800-333-2227

Si usted cree que no hemos proporcionado estos servicios o discriminado de otra manera en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con:

**Cobertura para la salud y la visión
(incluidos los miembros del FEP):**

Section 1557 Coordinator
4800 Deerwood Campus Parkway, DCC 1-7
Jacksonville, FL 32246
1-800-477-3736 x29070
1-800-955-8773 (TTY)
Fax: 1-904-301-1580
section1557coordinator@floridablue.com

**Cobertura dental, de vida y para
discapacitados:**

Civil Rights Coordinator
17500 Chenal Parkway
Little Rock, AR 72223
1-800-260-0331
1-800-955-8773 (TTY)
civilrightscoordinator@flife.com

Usted puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de la sección 1557 está disponible para ayudarle. También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica a través del portal de reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019
1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773). FEP: Llame al 1-800-333-2227

ATANSYON: Si w pale Kreyòl ayisyen, ou ka resevwa yon èd gratis nan lang pa w. Rele 1-800-352-2583 (pou moun ki pa tande byen: 1-800-955-8770). FEP: Rele 1-800-333-2227

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Gọi số 1-800-333-2227

ATENÇÃO: Se você fala português, utilize os serviços linguísticos gratuitos disponíveis. Ligue para 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Ligue para 1-800-333-2227

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770)。FEP：請致電1-800-333-2227

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-352-2583 (ATS : 1-800-955-8770). FEP : Appelez le 1-800-333-2227

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Tumawag sa 1-800-333-2227

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-352-2583 (телетайп: 1-800-955-8770). FEP: Звоните 1-800-333-2227

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-352-253-008 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-0778-559-008). اتصل برقم 1-800-333-008-1.

ATTENZIONE: Qualora fosse l'italiano la lingua parlata, sono disponibili dei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: chiamare il numero 1-800-333-2227

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: +1-800-352-2583 (TTY: +1-800-955-8770). FEP: Rufnummer +1-800-333-2227

주의: 한국어 사용을 원하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) 로 전화하십시오. FEP: 1-800-333-2227 로 연락하십시오.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Zadzwoń pod numer 1-800-333-2227.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવા તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.

ફોન કરો [1-800-352-2583](tel:1-800-352-2583) (TTY: [1-800-955-8770](tel:1-800-955-8770)). FEP: ફોન કરો [1-800-333-2227](tel:1-800-333-2227)

ประกาศ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โดยติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ **1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770)** หรือ FEP โทร **1-800-333-2227**

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) まで、お電話にてご連絡ください。FEP: 1-800-333-2227

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی رایگان در دسترس شما خواهد بود. با شماره 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) تماس بگیرید. FEP: با شماره 1-800-333-2227 تماس بگیرید.

Baa ákonínzin: Diné bizaad bee yáníłti'go, saad bee áká anáwo', t'áá jíík'eh, ná hóló. Kojí' hodíílnih 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP ígíí éí kojí' hodíílnih 1-800-333-2227.