

BlueMedicare Value (PPO) ofrecido por Florida Blue

Notificación anual de cambios para 2021

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

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican en su caso?

- Revise los cambios de nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que cubrirá sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1, 1.2 y 1.5 para obtener información sobre cambios en los beneficios y los costos para nuestro plan.
- En el folleto, verifique los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si estos le afectan.
 - ¿Sus medicinas estarán cubiertas?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como la necesidad de nuestra aprobación antes de que abastezca su receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Existen cambios en el costo de uso de esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos de 2021 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales a su cargo durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estos tableros destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran información sobre el comportamiento de los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus propios medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están tus médicos, incluidos especialistas que visite regularmente, dentro de nuestra red?
 - ¿Pertenece a ella los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

- Piense acerca de sus costos generales por atención médica.
 - ¿Cuánto gastará en efectivo por los servicios y medicamentos recetados que utiliza regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo funcionan los gastos totales de su plan en comparación a otras opciones de cobertura de Medicare?

Considere si está satisfecho con nuestro plan.

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

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de Planes de Medicare en el sitio de Internet www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la contraportada de su manual Medicare y Usted.
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de sus opciones.

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

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, quedará inscrito en BlueMedicare Value.
- Para cambiar a un **plan diferente** que cumpla mejor con sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscribese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre 2020**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, quedará inscrito en BlueMedicare Value.
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Se anulará automáticamente la suscripción de su plan actual.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible sin costo en español.
- Si necesita información adicional, comuníquese con Atención al Cliente al 1-800-926-6565. (Los usuarios 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.
- Esta información se encuentra disponible en formatos diferentes, incluida letra grande, cintas de audio, CD y Braille. Si necesita información sobre el plan en otro formato, llame a Servicios para miembros al número que se indica arriba.
- **La cobertura bajo este plan califica como Cobertura de Salud Elegible (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio de Internet del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de BlueMedicare Value

- Florida Blue es un Plan PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue depende de la renovación del contrato.
 - Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, quiere decir Florida Blue. Cuando se hace referencia a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a BlueMedicare Value.
-

Resumen de Costos importantes para 2021

El siguiente cuadro compara los costos de 2020 y los costos de 2021 para BlueMedicare Value en varias áreas importantes.

Por favor tenga en cuenta que esto es solo un resumen de cambios. Encontrará una copia de la *Constancia de Cobertura* en nuestro sitio de Internet en www.floridablue.com/medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Constancia de Cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
*Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Vea la Sección 1.1 si necesita más información.		
Deducible	<u>Dentro de la red:</u> \$0	<u>Dentro de la red:</u> \$0
	<u>Fuera de la red:</u> \$1,000	<u>Fuera de la red:</u> \$0
Cantidad máxima de gastos a su cargo	De los proveedores de la red: \$4,500	De los proveedores de la red: \$4,500
	De los proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$10,000	De los proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$10,000
Esto es lo <u>máximo</u> que pagará como gastos a su cargo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información acerca de sus opciones).		
Visitas al consultorio médico	<u>Dentro de la red:</u> Visitas al médico de atención primaria de Nivel 1: Usted paga un copago de \$0 por visita	<u>Dentro de la red:</u> Visitas al médico de atención primaria de Nivel 1: Usted paga un copago de \$0 por visita
	Visitas al médico de atención primaria de Nivel 2: Usted paga un copago de \$10 por visita	Visitas al médico de atención primaria de Nivel 2: Usted paga un copago de \$10 por visita
	Visitas al médico especialista de Nivel 1: Usted paga un copago de \$35 por visita	Visitas al médico especialista de Nivel 1: Usted paga un copago de \$35 por visita
	Visitas al médico especialista de Nivel 2: Usted paga un copago de \$45 por visita	Visitas al médico especialista de Nivel 2: Usted paga un copago de \$45 por visita

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<p><u>Fuera de la red:</u> Visitas al médico de atención primaria de Nivel 1 y 2: Paga el 50% del costo total después del deducible de \$1,000.</p> <p>Visitas al médico especialista de Nivel 1 y 2: Paga el 50% del costo total después del deducible de \$1,000.</p>	<p><u>Fuera de la red:</u> Visitas al médico de atención primaria de Nivel 1 y 2: Usted paga el 50% del costo total.</p> <p>Visitas al médico especialista de Nivel 1 y 2: Usted paga el 50% del costo total.</p>
<p>Hospitalización</p> <p>Incluye cuidados intensivos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención médica para pacientes hospitalizados comienza el día que es formalmente admitido(a) al hospital con la orden de un médico. El día antes que sea dado de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p><u>Dentro de la Red</u> Del día 1 al 6: Paga \$325 de copago por día (por hospitalización cubierta por Medicare). Después del sexto día, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total por día (por hospitalización cubierta por Medicare) después del deducible de \$1,000.</p>	<p><u>Dentro de la Red</u> Del día 1 al 6: Paga \$275 de copago por día (por hospitalización cubierta por Medicare). Después del sexto día, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos serán reducidos.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Paga 50% del costo total.</p>
<p>Cobertura de medicinas recetadas Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más información acerca de sus opciones.)</p> <p>En la Constancia de Cobertura se señalan los tratamientos con insulina cubiertos en el modelo de ahorro para ciudadanos mayores. Lea el Capítulo 6 de la Constancia de Cobertura para obtener más información. También puede buscar tratamientos selectos con insulina cubiertos en este programa en su Formulario (lista de medicamentos cubiertos).</p>	<p>Deducible: \$150 Solo aplica a los Niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Copago/coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicina 1: Costo compartido estándar: \$3 de copago • Nivel de medicina 2: Costo compartido estándar: \$12 de copago • Nivel de medicina 3: Costo compartido estándar: \$47 de copago • Nivel de medicina 4: Costo compartido estándar: \$100 de copago 	<p>Deducible: \$150 Solo aplica a los Niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Copago/coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicina 1: Costo compartido estándar: \$3 de copago • Nivel de medicina 2: Costo compartido estándar: \$12 de copago • Nivel de medicina 3: Costo compartido estándar: \$47 de copago • Nivel de medicina 4: Costo compartido estándar: \$100 de copago

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicina 5: Costo compartido estándar: 30% del costo total • Nivel de medicina 6: Costo compartido estándar: \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicina 5: Costo compartido estándar: 30% del costo total • Nivel de medicina 6: Costo compartido estándar: \$0 de copago <p>Para averiguar qué medicamentos son los tratamientos selectos con insulina, revise la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos de forma electrónica. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).</p>

Notificación Anual de Cambios para el 2021
Tabla de contenidos

Resumen de Costos importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y los beneficios para el próximo año	5
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	5
Sección 1.2 – Cambios en los Gastos máximos a su cargo.....	5
Sección 1.3 - Cambios a la Red de proveedores.....	6
Sección 1.4 - Cambios a la Red de farmacias.....	7
Sección 1.5 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos	7
Sección 1.6 - Cambios a la cobertura de medicinas recetadas Parte D	11
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	14
Sección 2.1 – Si desea continuar en BlueMedicare Value.....	14
Sección 2.2 – Si desea cambiar de planes	14
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan	15
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare	15
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar por medicamentos recetados	15
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?.....	16
Sección 6.1 – Para recibir ayuda de BlueMedicare Value	16
Sección 6.2 – Para recibir ayuda de Medicare	17

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

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual (Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se requiere que pague una multa de por vida por inscripción tardía a la Parte D por encontrarse sin ninguna otra cobertura de medicinas que sea al menos tan buena como la cobertura de medicinas de Medicare (también conocida como "cobertura acreditable") durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, usted podría tener que pagar un monto adicional todos los meses directamente al gobierno por la cobertura de medicinas recetadas de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si está recibiendo "Ayuda adicional" con sus costos de medicinas recetadas. Consulte la Sección 5 con respecto a la "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en los Gastos máximos a su cargo

Para protegerlo(a), Medicare necesita que todos los planes de salud limiten la cantidad que paga "a su cargo" durante el año. Estos límites se denominan "cantidad máxima de gastos a su cargo". Una vez que alcanza esta cantidad, por lo general no paga ningún monto por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Gasto máximo a su cargo dentro de la red Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como copagos) de los proveedores dentro de la red cuentan para su cantidad máxima de gastos a su cargo dentro de la red. Sus costos por medicinas recetadas no cuentan para el gasto máximo a su cargo	\$4,500	\$4,500 Una vez que haya pagado \$4,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B brindados por proveedores dentro de la red durante el resto del año calendario.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Cantidad combinada de gastos máximos a su cargo	\$10,000	\$10,000
Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como copagos) de los proveedores dentro y fuera de la red cuentan para su cantidad máxima combinada de gastos a su cargo fuera de la red.		Una vez que pague \$10,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B brindados por proveedores dentro o fuera de la red durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 - Cambios a la Red de proveedores

Se han introducido cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Encontrará un Directorio de Proveedores actualizado en nuestro sitio de Internet en www.floridablue.com/medicare. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos por correo el Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de Proveedores de 2021 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para ofrecerle al menos 30 días de notificación de que su proveedor está saliendo de nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si se encuentra recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médico necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si piensa que no hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que su atención no está siendo administrada apropiadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista se retirará de su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que se encargue de su atención médica.

Sección 1.4 - Cambios a la Red de farmacias

Los montos que paga por sus medicinas recetadas pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicinas de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicinas recetadas *solo* están cubiertas si las obtiene en una de las farmacias de nuestra red.

Se han introducido cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio de Internet en www.floridablue.com/medicare. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos por correo el Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias 2021 para ver qué farmacias se encuentran dentro de nuestra red.**

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

Estamos cambiando nuestra cobertura para algunos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, en su *Constancia de Cobertura para 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios de ambulancia	Dentro y fuera de la red Paga un copago de \$250 por cada traslado cubierto por Medicare (solo de ida).	Dentro y Fuera de la Red Usted paga un copago de \$305 por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo).
Servicios de Centros quirúrgicos ambulatorios	Dentro de la Red Usted paga un copago de \$125 por servicios en un centro quirúrgico ambulatorio.	Dentro de la Red Usted paga un copago de \$150 por servicios de un centro quirúrgico ambulatorio.
Atención en el hogar	La atención en el hogar <u>no</u> está cubierta	Atención en el hogar, 60 horas al año. Los servicios incluyen apoyo para actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) y actividades fundamentales de la vida diaria (IADL, por sus siglas en inglés).
Asistencia al cuidador para el miembro	Asistencia al cuidador para el miembro <u>sin</u> cobertura	Ofrecemos cobertura para servicios de capacitación, educación y apoyo, como asesoría y cursos de entrenamiento para los cuidadores de los inscritos. Los beneficios incluyen:

	<ul style="list-style-type: none"> • Una herramienta basada en la Web que contiene contenido educativo que abarca temas sobre salud, riqueza, tercera edad, cuidados 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 residencia para adultos mayores y búsqueda de cuidados en el hogar). <p>Consulte la <i>Constancia de Cobertura</i> para obtener detalles de los beneficios.</p>	
<p>Centro de consultas sin cita previa</p>	<p><u>Dentro de la red y Fuera de la red</u> Paga un copago de \$0 por servicios en un centro de consultas sin cita previa</p>	<p><u>Dentro de la red y Fuera de la red</u> Paga un copago de \$40 por servicios en un centro de consultas sin cita previa</p>
<p>Aparatos Auditivos</p>	<p><u>Dentro de la red y Fuera de la red</u> Usted recibe un subsidio de \$1,000 cada año para cualquier modelo. Usted puede recibir hasta 2 Audifonos por año y es responsable de los costos que excedan el máximo de beneficio anual de \$1,000 de subsidio.</p>	<p><u>Dentro de la Red</u> Paga un copago de \$0 por hasta 2 audifonos cada año con un subsidio máximo de beneficios de \$500 por oído.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total de hasta 2 audifonos cada año con un subsidio máximo de beneficios de \$500 por oído. Debe pagar cualquier cantidad después de que se haya aplicado el subsidio de beneficios.</p>
<p>Atención para pacientes hospitalizados</p>	<p><u>Dentro de la Red</u> Del día 1 al 6: Paga \$325 de copago por día (por hospitalización cubierta por Medicare). Después del sexto día, el plan</p>	<p><u>Dentro de la Red</u> Del día 1 al 6: Paga \$275 de copago por día (por hospitalización cubierta por Medicare). Después del sexto día, el plan</p>

	<p>paga el 100% de los gastos cubiertos.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total por día (por hospitalización cubierta por Medicare) después del deducible de \$1,000.</p>	<p>paga el 100% de los gastos cubiertos serán reducidos.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total</p>
<p>Servicios ambulatorios en el hospital</p>	<p><u>Dentro de la Red</u> Usted paga un copago de \$250 por servicios en el hospital.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total después del deducible de \$1,000.</p>	<p><u>Dentro de la Red</u> Paga un copago de \$225 por servicios en el hospital.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total</p>
<p>Telehealth</p>	<p>Limitado a los servicios cubiertos de Medicare ambulatorios</p>	<p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>A través de Teladoc, un proveedor nacional que ofrece estos servicios mediante médicos licenciados y certificados por una junta estadounidense:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paga un copago de \$40 por servicios de urgencia necesarios • Paga un copago de \$0 de Nivel 1 o \$10 de Nivel 2 por servicios de atención primaria • Paga un copago de \$35 de Nivel 1 o \$45 de Nivel 2 por servicios de dermatología • Paga un copago de \$0 por la Capacitación para el Autocontrol de la Diabetes • Paga un copago de \$0 por servicios de un nutricionista • Paga un copago de \$40 por sesiones individuales para pacientes ambulatorios de servicios especializados en salud mental • Paga un copago de \$40 por sesiones individuales para pacientes ambulatorios de servicios especializados en psiquiatría

A través de New Directions Behavioral Health, un proveedor nacional que ofrece estos servicios mediante profesionales de la salud del comportamiento con licencia de Estados Unidos, realiza lo siguiente:

- Paga un copago de \$40 por servicios del Programa del Tratamiento con Opioides
- Paga un copago de \$40 por sesiones individuales y grupales para pacientes ambulatorios de servicios especializados en abuso de sustancias
- Paga un copago de \$40 por sesiones individuales para pacientes ambulatorios de servicios especializados en salud mental
- Paga un copago de \$40 por sesiones individuales para pacientes ambulatorios de servicios especializados en psiquiatría

A través de CareCentrix, un proveedor nacional que presta estos servicios de cuidados en el hogar mediante profesionales de la salud con licencia de Estados Unidos, realiza lo siguiente:

- Paga un copago de \$40 por terapia ocupacional, fisioterapia física o terapia del habla
- Paga un copago de \$40 por terapia ocupacional, fisioterapia física o terapia del habla a través de la telesalud (también se aplica para ubicaciones independientes)

Fuera de la red

Paga el 50% del costo total

Centro de atención de urgencias

Dentro de la red y Fuera de la red

Paga un copago de \$50 por servicios en un centro de atención de urgencias

Dentro de la red y Fuera de la red

Paga un copago de \$40 por servicios en un centro de atención de urgencias

Sección 1.6 - Cambios a la cobertura de medicinas recetadas Parte D

Cambios a nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicinas cubiertas se llama Formulario o “Lista de medicinas”. Proporcionamos de manera electrónica una copia de nuestra Lista de Medicamentos.

Hicimos cambios a nuestra Lista de medicinas, incluyendo cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que aplican a nuestra cobertura para ciertas medicinas. **Revise la Lista de medicinas para asegurarse que sus medicinas estarán cubiertas el próximo año y ver si habrá restricciones.**

Si se ve afectado(a) por un cambio en la cobertura de medicinas, usted puede hacer lo siguiente:

- **En conjunto con su médico (u otro que emita la receta) y solicite al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Les sugerimos a los miembros actuales** que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Constancia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios para miembros.
- **En conjunto con su médico (u otra persona autorizada para extender recetas) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Atención al Cliente para solicitar una Lista de Medicamentos Cubiertos que tratan la misma condición médica.

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

Cualquier autorización de la excepción a la Lista de medicamentos, Nivel o Administración de Utilización existente que pueda tener no se renovará automáticamente para el año del plan 2021. Para asegurar que su autorización de la excepción actual no caduque, comuníquese con nuestro número de Servicios para miembros para recibir asistencia. Si su autorización de la excepción caduca, usted será elegible para un surtido transitorio de su medicamento actual aprobado según la póliza de transición. Su médico deberá presentar una nueva solicitud de autorización continuada de la excepción. Consulte el Capítulo 5, Sección 5 de la *Constancia de Cobertura* para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.

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

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

Cambios a los costos de las medicinas recetadas

Nota: Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional"), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.** Le hemos enviado por separado una información adicional denominada "Cláusula adicional de la constancia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicinas recetadas" (también llamada la "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o la "Cláusula LIS"), que le informa sobre sus costos de medicinas. Si obtiene "Ayuda Adicional" y no recibió este folleto antes del 30 de septiembre de 2020, llame a Servicios para Miembros y solicite la "Cláusula LIS".

Hay cuatro "etapas de pago de medicinas". El monto que paga por una medicina de la Parte D depende en qué etapa de pago de medicinas se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su Constancia de cobertura para mayor información acerca de las etapas.)

La siguiente información muestra los cambios para el siguiente año respecto a las primeras dos etapas - la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de miembros no llega a las otras dos etapas – Etapa de Brecha en la cobertura o la Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Constancia de Cobertura*, que encontrará en nuestro sitio de Internet en www.floridablue.com/medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Constancia de Cobertura*).

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual Durante esta etapa, paga el costo total de sus medicamentos de Marca Preferidos, Medicamentos No Preferidos y de Nivel Especializado hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$150. Durante esta etapa, paga un copago de \$3 por un medicamento de una farmacia estándar para los medicamentos del Nivel 1 (Genéricos Preferidos). Paga un copago de \$12 por un medicamento de una farmacia estándar para los medicamentos en el Nivel 2 (Genéricos) y el costo total de medicamentos en el Nivel 3 (de Marca preferidos), Nivel 4 (Medicamentos no Preferidos) y Nivel 5 (Nivel Especializado) hasta que haya alcanzado el deducible anual</p>	<p>El deducible es \$150. Durante esta etapa, paga un copago de \$3 por un medicamento de una farmacia estándar para los medicamentos del Nivel 1 (Genéricos Preferidos). Paga un copago de \$12 por un medicamento de una farmacia estándar para los medicamentos en el Nivel 2 (Genéricos) y el costo total de medicamentos en el Nivel 3 (de Marca preferidos), Nivel 4 (Medicamentos no Preferidos) y Nivel 5 (Nivel Especializado) hasta que haya alcanzado el deducible anual. No hay deducible para BlueMedicare Value para tratamientos selectos con insulina. Paga \$35 por tratamientos selectos con insulina.</p>

Cambios a sus costos compartidos en la Etapa cobertura inicial

Para aprender cómo funcionan los copagos y el coaseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos a su cargo que puede pagar por las medicinas cubiertas en su Constancia de cobertura.*

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicinas y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de 1 mes (31 días) cuando surte una medicina recetada en una farmacia de la red. Para obtener información acerca de los costos para un suministro de largo plazo o para medicinas recetadas de orden por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su Constancia de cobertura.</p> <p>Cambiamos el nivel para algunas de las medicinas en nuestra Lista de medicinas. Para ver si sus medicinas estarán en un nivel diferente, búsquelas en la Lista de medicinas.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 - Genérico Preferido: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$3 por receta.</p> <p>Nivel 2 - Genérico: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$12 por receta.</p> <p>Nivel 3 - Marca Preferido: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4 - Medicamento no Preferido: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5 - Nivel Especializado: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 30% del costo total.</p> <p>Nivel 6 - Medicamentos Select Care <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos hayan alcanzado los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (Etapa de brecha en la cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 - Genérico Preferido: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$3 por receta.</p> <p>Nivel 2 - Genérico: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$12 por receta.</p> <p>Nivel 3 - Marca Preferido: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4 - Medicamento no Preferido: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5 - Nivel Especializado: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 30% del costo total.</p> <p>Nivel 6 - Medicamentos Select Care <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en la cobertura).</p> <p>Paga \$35 por tratamientos selectos con insulina.</p>

Cambios en las Etapas de brecha en la cobertura y la Cobertura para eventos médicos catastróficos

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

BlueMedicare Value ofrece otra brecha en la cobertura para los tratamientos selectos con insulina. Durante la Etapa de brecha en la cobertura, los costos a su cargo por los tratamientos selectos con insulina serán de \$35.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea continuar en BlueMedicare Value

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

Sección 2.2 – Si desea cambiar de planes

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para el 2021, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted (Medicare & You) 2021*, llame a su Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal (vea la Sección 4), o llame a Medicare (vea la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”.

Aquí, usted puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.

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

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare Value.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicinas recetadas**, inscribese en el nuevo plan de medicinas. Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare Value.
- Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados usted debe:

- Enviarnos una solicitud escrita para dar de baja a su inscripción Comuníquese con Servicios para miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6.1 de este folleto).
- - O - Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se dé de baja su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan de medicinas recetadas o a un plan de salud Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

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

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que cuentan con Medicaid, aquellas a las que "Ayuda Adicional" paga sus medicamentos y aquellas que se mudaron del área de servicio pueden tener permitido hacer un cambio en otras épocas del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Constancia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta su elección, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o a Medicare Original (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Constancia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal (SHIP) es un programa gubernamental que tiene asesores capacitados en cada estado. En Florida, SHIP se denomina SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders [Atención de necesidades de seguro médico de ancianos]).

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

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar por medicamentos recetados

Usted puede calificar para obtener ayuda para pagar sus medicinas recetadas. A continuación, una lista de los diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para "Ayuda adicional" para pagar los costos de sus medicinas recetadas. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75% o más de sus costos de medicinas, incluyendo las primas mensuales para medicinas recetadas, los

deducibles anuales y el coaseguro. Además, quienes califiquen no tendrán brechas en la cobertura o una penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para usar estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones) o.
 - A la Oficina de Medicaid de su estado (aplicaciones).
- **Asistencia de costo compartido de medicinas recetadas para personas con VIH/SIDA** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que los individuos que viven con VIH/SIDA elegibles para ADAP tengan acceso a los medicamentos vitales contra el VIH/SIDA. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia en el Estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado, y el estado de sin cobertura o sin cobertura completa. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para una asistencia de costos compartidos de medicamentos a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Florida. Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame directamente al Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Florida al 1-800-352-2437 (TTY: 1-888-503-7118) o envíeles un correo a: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 – Para recibir ayuda de BlueMedicare Value

¿Tiene preguntas? Nos complacerá ayudarte. Llame a Servicios para miembros al 1-800-926-6565. (Solo usuarios TTY, llamar al 1-800-955-8770. Recibimos llamadas 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 en 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Constancia de Cobertura* para 2021 (contiene información sobre los costos y los beneficios para el próximo año)

Esta *Notificación anual de cambios* le brinda un resumen de cambios en sus beneficios y costos para el 2021. Para obtener más información, consulte la *Constancia de Cobertura* de 2021 de BlueMedicare Value. La *Constancia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener los cuidados médicos que están cubiertos y sus medicinas recetadas. Encontrará una copia de la *Constancia de Cobertura* en nuestro sitio de Internet en www.floridablue.com/medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Constancia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 6.2 – Para recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente desde Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio de Internet de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre calificaciones de calidad, costo y cobertura para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea el manual *Medicare y Usted 2021 (Medicare & You 2021)*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2021 (Medicare & You 2021)*. Cada año en el otoño, se envía este folleto a las personas que tienen Medicare. Este incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio de Internet de Medicare (www.medicare.gov) o por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.