

## Resumen de beneficios de 2023

### Plan Medicare Advantage con la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

---

BlueMedicare Choice (PPO regional) R3332-001

1/1/2023 al 31/12/2023



El área de servicio de los planes incluye:  
**Estado de Florida**

La información sobre beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pregunte por la “Evidencia de cobertura”. También puede consultar la “Evidencia de Cobertura” para este plan en nuestro sitio web, [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare).

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual de *Medicare y Usted 2023*. Consúltelo en línea en [www.medicare.gov](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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

### ¿Quién puede inscribirse?

Para unirse, usted debe hacer lo siguiente:

- 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: Estado de Florida

---

### ¿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, podría pagar más por estos servicios.

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

### ¿Tiene alguna pregunta? Llámenos

- Si es miembro de este plan, llámenos al 1-800-926-6565, TTY 1-800-955-8770.
- Si no es miembro de este plan, llámenos al 1-855-601-9465, TTY: 1-800-955-8770.
  - Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad.
  - Desde el 1.º de abril hasta el 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.
- También puede visitar nuestro sitio web en [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare).

---

## Información importante

En este documento, verá el símbolo “◇”. Los servicios con este símbolo pueden requerir autorización previa del plan antes de recibir los servicios de los proveedores de la red. Si no obtiene una autorización previa cuando se requiere, es posible que tenga que pagar el costo compartido fuera de la red, aunque haya recibido los servicios de un proveedor de la red. Comuníquese con su médico o consulte la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener más información sobre los servicios que requieren una autorización previa del plan.

---

## Prima mensual, deducible y límites

---

### Prima mensual del plan

- **\$49.90**  
Debe continuar pagando la Parte B de Medicare.

---

### Deducible

- **\$0** por año para servicios de atención médica dentro de la red
- **\$950** por año para servicios de atención médica fuera de la red (Out-of-Network, OON)
- **\$250 por año** para medicamentos recetados de la Parte D (se aplica a los Niveles 3 [medicamentos de marca preferidos], 4 [medicamentos no preferidos] y 5 [medicamentos especializados])

---

### Responsabilidad máxima de gastos a su cargo

- **\$6,500** es lo máximo que paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año.
  - **\$12,450** es lo máximo que paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro y fuera de la red de proveedores combinados.
- 

## Beneficios médicos y hospitalarios

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados ◇</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>\$345</b> de copago por día, del día 1 al 5</li><li>• <b>\$0</b> de copago después del día 5</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>\$495</b> de copago por día, del día 1 al 27, después de alcanzar el deducible de \$950 por atención fuera de la red</li><li>• <b>\$0</b> de copago por día, del día 28 al 90</li></ul>

(La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)

---

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b>  (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>20 %</b> del monto permitido por Medicare para cirugías cubiertas por Medicare ◇</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>45 %</b> del monto permitido por Medicare después de alcanzar el deducible de \$950 por atención fuera de la red</li> </ul>
<b>Servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) ◇</b>  (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$90</b> de copago por visita para servicios de observación cubiertos por Medicare</li> <li>• <b>\$150</b> de copago para todos los demás servicios ◇</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>45 %</b> del monto permitido por Medicare después de alcanzar el deducible de \$950 por atención fuera de la red</li> </ul>
<b>Visitas al médico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$10</b> de copago por visita a un proveedor de su elección</li> <li>• <b>\$50</b> de copago por visita al especialista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>45 %</b> del monto permitido por Medicare después de alcanzar el deducible de \$950 por atención fuera de la red</li> </ul>
<b>Atención preventiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> de copago               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de detección de aneurisma de aorta abdominal</li> <li>• Visita anual de bienestar</li> <li>• Densitometría ósea</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer de mama (mamografías)</li> <li>• Visita de reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedad cardiovascular)</li> <li>• Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>45 %</b> del monto permitido por Medicare</li> </ul>

**Dentro de la red****Fuera de la red**

- Exámenes de detección de cáncer colorrectal
- Exámenes de detección de la depresión
- Examen de detección de la diabetes
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes
- Programas de educación para la salud y el bienestar
- Examen de detección de la hepatitis C
- Examen de detección del VIH (virus de inmunodeficiencia humana)
- Vacunas
- Terapia nutricional médica
- Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)
- Exámenes de detección de la obesidad y tratamiento para estimular la pérdida sostenida de peso
- Exámenes de detección del cáncer de próstata
- Exámenes de detección del consumo excesivo de alcohol y orientación para disminuirlo
- Examen de detección del cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de dosis baja (Low Dose Computed Tomography, LDCT)
- Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS

	Dentro de la red	Fuera de la red
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cese del consumo de tabaco y del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</li> <li>• Cuidado de la vista: Examen de detección de glaucoma</li> <li>• Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</li> </ul>	
<b>Atención de emergencia</b>	<p><b>Atención de emergencia cubierta por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$90</b> de copago por visita, dentro o fuera de la red</li> </ul> <p>No se aplica este copago si es admitido al hospital dentro de 48 horas de una visita a la sala de emergencia.</p> <p><b>Servicios de atención médica de emergencia a nivel internacional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$125</b> de copago para atención de emergencia a nivel internacional</li> <li>• <b>\$25,000</b> de límite anual combinado para atención de emergencia a nivel internacional y servicios de urgencia necesarios a nivel internacional</li> </ul> <p>No incluye transporte de emergencia.</p>	
<b>Servicios de urgencia necesarios</b>	<p><b>Servicios que se necesitan con urgencia cubiertos por Medicare</b></p> <p>Los servicios de urgencia necesarios se proporcionan 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"> <li>• <b>\$50</b> de copago en un centro de atención de urgencias, dentro o fuera de la red</li> </ul> <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 de familia están cerrados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$50</b> de copago en un centro de consultas sin cita previa, dentro o fuera de la red</li> </ul> <p><b>Servicios de urgencia necesarios mundiales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$125</b> de copago para servicios de urgencia necesarios a nivel internacional</li> <li>• <b>\$25,000</b> de límite anual combinado para atención de emergencia a nivel internacional y servicios de urgencia necesarios a nivel internacional.</li> </ul> <p>No incluye transporte de emergencia.</p>	

	Dentro de la red	Fuera de la red
<p><b>Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes</b> ◊</p> <p>(La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)</p>	<p><b>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$50</b> de copago en un Centro Independiente de Exámenes de Diagnóstico (IDTF)</li> <li>• <b>\$50</b> de copago en un hospital ambulatorio</li> <li>• <b>\$0</b> de copago para pruebas de alergia</li> </ul> <p><b>Servicios de laboratorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> de copago en laboratorios clínicos independientes</li> <li>• <b>\$40</b> de copago en un hospital ambulatorio</li> </ul> <p><b>Radiografías</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$50</b> de copago en el consultorio de un médico o en un IDTF</li> <li>• <b>\$150</b> de copago en un hospital ambulatorio</li> </ul> <p><b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b></p> <p>Incluye servicios como imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI), tomografía por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET) y tomografía computarizada (Computer Tomography, CT).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$30</b> de copago en el consultorio de un médico o en un IDTF</li> <li>• <b>\$150</b> de copago en un hospital ambulatorio</li> </ul> <p><b>Radioterapia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>20 %</b> del monto permitido por Medicare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>45 %</b> del monto permitido por Medicare después de alcanzar el deducible de \$950 por atención fuera de la red</li> </ul>
<p><b>Servicios de la audición</b></p>	<p><b>Servicios de la audición cubiertos por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$50</b> de copago por exámenes para el diagnóstico y tratamiento de problemas de audición y equilibrio</li> </ul>	<p><b>Servicios de la audición cubiertos por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>45 %</b> del monto permitido por Medicare después de alcanzar el deducible de \$950 por atención fuera de la red</li> </ul>

	Dentro de la red	Fuera de la red
	<p><b>Servicios de la audición adicionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> de copago para un examen auditivo de rutina por año</li> <li>• <b>\$0</b> de copago para la evaluación y el ajuste de audífonos</li> <li>• <b>\$350 por oído.</b> Usted paga \$0 de copago por hasta 2 audífonos por año con un subsidio máximo de beneficios de \$350 por oído. <b>Nota:</b> Para recibir beneficios dentro de la red, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante.</li> <li>• El miembro es responsable de cualquier monto después de que se haya aplicado el subsidio de beneficios. Sujeto al máximo de beneficios.</li> </ul>	<p><b>Servicios de la audición adicionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 55 % del máximo permitido para un examen auditivo de rutina por año.</li> <li>• El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 55 % del máximo permitido para la evaluación y el ajuste de los audífonos.</li> <li>• El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 55 % del máximo permitido para hasta 2 audífonos al año. Sujeto al máximo de beneficios.</li> <li>• El miembro es responsable de cualquier monto después de que se haya aplicado el subsidio de beneficios.</li> </ul>
<p><b>Servicios dentales</b> ◇</p> <p>(La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)</p>	<p><b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$50</b> de copago para la atención dental que no es de rutina</li> </ul>	<p><b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>45 %</b> del monto permitido por Medicare después de alcanzar el deducible de \$950 por atención fuera de la red</li> </ul>
<p><b>Servicios de la vista</b></p>	<p><b>Servicios de la vista cubiertos por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$50</b> de copago para servicios médicos cuyo fin sea el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos</li> <li>• <b>\$0</b> de copago para exámenes de detección de glaucoma (una vez al año para los miembros con alto riesgo de glaucoma)</li> <li>• <b>\$0</b> de copago para un examen de la retina por año para diabéticos</li> <li>• <b>\$0</b> de copago para un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas</li> </ul>	<p><b>Servicios de la vista cubiertos por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>45 %</b> del monto permitido por Medicare para exámenes de detección de glaucoma</li> <li>• <b>45 %</b> del monto permitido por Medicare después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red para servicios médicos cubiertos por Medicare para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos, y para exámenes de retina para diabéticos</li> </ul>



	Dentro de la red	Fuera de la red
	<b>Servicios de la vista adicionales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> de copago para un examen de la vista de rutina por año</li> </ul>	<b>Servicios de la vista adicionales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El miembro debe pagar el 100 % de los cargos y presentar los recibos detallados para el reembolso del 55 % del monto permitido dentro de la red para un examen ocular anual de rutina.</li> </ul>
<b>Servicios de salud mental</b> ◇  (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)	<b>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$318</b> de copago por día, del día 1 al 5</li> <li>• <b>\$0</b> de copago por día, del día 6 al 90</li> <li>• Un máximo total de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico</li> </ul> <b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$20</b> de copago</li> </ul>	<b>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$495</b> de copago por día, del día 1 al 27, después de alcanzar el deducible de \$950 por atención fuera de la red</li> <li>• <b>\$0</b> de copago por día, del día 28 al 90</li> <li>• Un máximo total de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico</li> </ul> <b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$40</b> de copago después de alcanzar el deducible de \$950 por atención fuera de la red</li> </ul>
<b>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b> ◇  (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> de copago por día, del día 1 al 20</li> <li>• <b>\$160</b> de copago por día, del día 21 al 100</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$250</b> de copago por día, del día 1 al 58, después de alcanzar el deducible de \$950 por atención fuera de la red</li> <li>• <b>\$0</b> de copago por día, del día 59 al 100</li> </ul>
	Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un SNF por período de beneficios.	
<b>Fisioterapia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$40</b> de copago por visita ◇</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>45 %</b> del monto permitido por Medicare después de alcanzar el deducible de \$950 por atención fuera de la red</li> </ul>
<b>Ambulancia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$155</b> de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo) ◇</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$250</b> de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)</li> </ul>
<b>Transporte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul>

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$5</b> de copago por inyecciones para la alergia</li> <li>• <b>20 %</b> del monto permitido por Medicare para los medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare ◇</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>45 %</b> del monto permitido por Medicare después de alcanzar el deducible de \$950 por atención fuera de la red</li> </ul>

## Beneficios adicionales

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Apoyo del cuidador para el miembro</b>	<p>Proporciona cobertura para servicios de asesoramiento, educación y apoyo, como cursos de orientación y capacitación para cuidadores de inscritos. Los beneficios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una herramienta basada en la web que cuenta con contenido educativo que cubre temas sobre salud, riqueza, vida de adultos mayores, atención en el hogar y estilo de vida</li> <li>• Acceso para que los cuidadores y familiares publiquen actualizaciones y videos; herramientas para administrar documentos, mantenerse organizados y al tanto de las próximas tareas y citas. Herramientas de búsqueda (es decir, búsqueda de viviendas para adultos mayores y de atención en el hogar)</li> </ul> <p>Consulte la “<i>Evidencia de cobertura</i>” para conocer los detalles de los beneficios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No disponible</li> </ul>

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Suministros para la diabetes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> de copago en su farmacia de venta minorista o de pedido por correo de la red para suministros para diabéticos, tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidores de glucosa Lifescan (OneTouch®)</li> <li>• Lancetas</li> <li>• Tiras reactivas</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Nota importante: La insulina, las jeringas de insulina y las agujas para la autoadministración en el hogar se obtienen en una farmacia de venta minorista o de pedido por correo de la red y están cubiertas por su beneficio de farmacia de la Parte D de Medicare.</b> Se aplican los copagos y deducibles correspondientes de la Parte D. Lifescan (OneTouch®), así como otras marcas de medidores de glucosa y tiras reactivas también se pueden obtener a través de nuestra red de DME participante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>45 %</b> del monto permitido por Medicare después de alcanzar el deducible de \$950 por atención fuera de la red</li> </ul>
<b>Programa de prevención de la diabetes de Medicare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> de copago para los servicios cubiertos por Medicare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>45 %</b> del monto permitido por Medicare</li> </ul>
<b>Podología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$40</b> de copago por cada visita al podólogo cubierta por Medicare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>45 %</b> del monto permitido por Medicare después de alcanzar el deducible de \$950 por atención fuera de la red</li> </ul>
<b>Servicios de quiropraxia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$20</b> de copago por cada servicio de quiropraxia cubierto por Medicare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>45 %</b> del monto permitido por Medicare después de alcanzar el deducible de \$950 por atención fuera de la red</li> </ul>

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Equipos y suministros médicos</b> ◊  (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>20 %</b> del monto permitido por Medicare para todas las sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas cubiertas por Medicare y aprobadas por el plan</li> <li>• <b>0 %</b> del monto permitido por Medicare para todos los demás equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare y aprobados por el plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>45 %</b> del monto permitido por Medicare después de alcanzar el deducible de \$950 por atención fuera de la red</li> </ul>
<b>Terapia ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$40</b> de copago por visita <b>+</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>45 %</b> del monto permitido por Medicare después de alcanzar el deducible de \$950 por atención fuera de la red</li> </ul>
<b>Telesalud</b> ◊  (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$50</b> de copago para servicios de urgencia necesarios</li> <li>• <b>\$10</b> de copago para servicios de atención primaria</li> <li>• <b>\$40</b> de copago por terapia ocupacional/fisioterapia/terapia del habla en un centro independiente</li> <li>• <b>\$40</b> de copago por terapia ocupacional/del habla/fisioterapia en un hospital ambulatorio</li> <li>• <b>\$50</b> de copago para servicios de dermatología</li> <li>• <b>\$20</b> de copago por sesiones individuales para servicios de especialidad de salud mental para pacientes ambulatorios</li> <li>• <b>\$20</b> de copago por sesiones individuales para servicios de especialidad de psiquiatría para pacientes ambulatorios</li> <li>• <b>\$20</b> de copago para los servicios del programa de tratamiento con opioides</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>45 %</b> del monto permitido por Medicare después de alcanzar el deducible de \$950 por atención fuera de la red</li> </ul>

	Dentro de la red	Fuera de la red
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$20</b> de copago por sesiones individuales para servicios de especialidad por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios en un consultorio, <b>\$150</b> de copago en un centro para pacientes ambulatorios</li> <li>• <b>\$0</b> de copago por la capacitación para el automanejo de la diabetes</li> <li>• <b>\$0</b> de copago para los servicios de nutricionistas</li> </ul>	
<b>Educación sobre salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La plataforma de asesoramiento digital de meQuilibrium ofrece soluciones de resiliencia altamente personalizadas y clínicamente válidas para ayudar a las personas a mejorar su capacidad de manejar el estrés y enfrentar con éxito los desafíos de la vida. Para comenzar, visite <a href="http://www.floridablue.com/medicare">www.floridablue.com/medicare</a> e inicie sesión en My Health Link™, su portal de miembros. Seleccione “My Health Center” (Mi centro de salud) y luego “meQuilibrium”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No disponible</li> </ul>
<b>Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membresía en gimnasios y clases disponibles en establecimientos de acondicionamiento físico en todo el país, incluidas cadenas nacionales y gimnasios locales.</li> <li>• Acceso a equipos de ejercicios y otros servicios, clases para todos los niveles y capacidades, eventos sociales y más.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No disponible</li> </ul>
<b>Recompensas de HealthyBlue</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su plan BlueMedicare le recompensa por cuidar su salud. Canjee recompensas de tarjetas de regalo por completar e informar sobre la atención preventiva y los exámenes de detección.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No disponible</li> </ul>

## Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D

### Etapa de deducible

**\$250** por año para los medicamentos recetados de la Parte D.

El deducible se aplica al Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos especializados).

Usted comienza a estar en esta etapa cuando surte su primer medicamento recetado del año. Usted paga el costo total de los medicamentos recetados hasta el monto del deducible antes de pasar a la Etapa de cobertura inicial. En la Etapa de deducible, si el costo de sus medicamentos recetados excede el monto del deducible y lo traslada a la etapa inicial, es posible que deba pagar el deducible y el costo compartido del nivel correspondiente.

No hay deducible para BlueMedicare Choice para insulinas seleccionadas. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de insulinas seleccionadas.

### Etapa de cobertura inicial

Usted comienza en esta etapa después de alcanzar su deducible (si corresponde). Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Usted permanece en esta etapa hasta que sus costos totales anuales de medicamentos (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) alcancen los **\$4,660**. Puede obtener sus medicinas en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo.

<i>Suministro de hasta 90 días para los Niveles 3, 4, 5 y un suministro de hasta 100 días para los Niveles 1, 2 y 6. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</i>	<b>Venta minorista/a largo plazo (LTC)/pedido por correo estándar (suministro de 31 días)</b>	<b>Venta minorista/pedido por correo estándar (suministro para 90-100 días)</b>
<b>Nivel 1 - Genéricos preferidos</b>	<b>\$0</b> de copago	<b>\$0</b> de copago
<b>Nivel 2 - Genéricos</b>	<b>\$10</b> de copago	<b>\$30</b> de copago
<b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</b>	<b>\$40</b> de copago <b>\$35</b> de copago para insulinas seleccionadas	<b>\$120</b> de copago <b>\$105</b> de copago para insulinas seleccionadas

<i>Suministro de hasta 90 días para los Niveles 3, 4, 5 y un suministro de hasta 100 días para los Niveles 1, 2 y 6. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</i>	<b>Venta minorista/a largo plazo (LTC)/pedido por correo estándar (suministro de 31 días)</b>	<b>Venta minorista/pedido por correo estándar (suministro para 90-100 días)</b>
<b>Nivel 4: medicamentos no preferidos</b>	<b>\$93</b> de copago <b>\$35</b> de copago para insulinas seleccionadas	<b>\$279</b> de copago <b>\$105</b> de copago para insulinas seleccionadas
<b>Nivel 5 - Medicamentos especializados</b>	<b>29 %</b> del costo	<b>No corresponde</b>
<b>Nivel 6: medicamentos de cuidados seleccionados</b>	<b>\$0</b> de copago	<b>\$0</b> de copago

### Etapa de brecha en la cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha en la cobertura (también llamada “donut hole”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted paga por sus medicamentos. La Etapa de brecha en la cobertura comienza después de que los costos anuales totales de medicamentos (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) alcanzan los **\$4,660**. Puede permanecer en esta etapa hasta que sus costos de bolsillo del año a la fecha alcancen un total de **\$7,400**.

#### Durante la etapa de brecha en la cobertura:

- Para medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y Nivel 6 (medicamentos de cuidados seleccionados), paga los mismos copagos que en la Etapa de cobertura inicial o el 25 % del costo, lo que sea menor.
- Para los medicamentos genéricos, paga el 25 % del costo.
- Para los medicamentos de marca, paga el 25 % del costo (más una parte de la tarifa de suministro).
- BlueMedicare Choice ofrece cobertura de brecha adicional para insulinas seleccionadas. Durante la Etapa de brecha en la cobertura, sus costos de bolsillo para las insulinas seleccionadas serán de \$35 por un suministro para un mes.

## **Etapas de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos**

Después de alcanzar el límite anual de **\$7,400** en costos de bolsillo por medicamentos, paga el monto que sea *más alto* entre los siguientes:

- **\$4.15** de copago para los medicamentos genéricos en todos los niveles (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y **\$10.35** de copago para todos los demás medicamentos en todos los niveles o el **5 %** del costo.

### **Cobertura adicional de medicamentos**

- Llámenos o consulte la “*Evidencia de cobertura*” del plan en nuestro sitio web ([www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare)) si busca información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos. Si solicita una excepción del formulario y el plan aprueba dicha excepción, usted pagará el costo compartido del Nivel 4 (Medicamentos no preferidos).
- Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de atención 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.



## Descargos de Responsabilidad

Florida Blue es un Plan RPPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción a Florida Blue depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Si desea obtener más información, llame al 1-855-601-9465 (TTY: 1-800-955-8770).

Los proveedores fuera de la red/que no estén contratados no tienen la obligación de proporcionar tratamiento a los miembros de Florida Blue, excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de atención al cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Si tiene preguntas, llame al número de Servicios para Miembros al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.

Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue, un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece cobertura de salud.

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

© 2022 Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue. Todos los derechos reservados.

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. Visit [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice) for information on our free language assistance services.

Nosotros cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Para obtener información sobre nuestros servicios gratuitos de asistencia lingüística, visite [floridablue.com/es/ndnotice](http://floridablue.com/es/ndnotice).

### Servicios de intérprete en varios idiomas

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-926-6565. (TTY users should call 1-800-955-8770). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-962-6565 (TTY: 1-877-955-8773). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-926-6565。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-926-6565。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-926-6565. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-926-6565. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-926-6565. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-926-6565. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-926-6565. 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-926-6565. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

إبتنا تقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للجاية عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول النوية لدينا. للحصول على **Arabic** بمساعدتك. هذه خدمة مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-926-6565. سيقوم شخص ما بتحدث العربية مجانية

**Hindi:** हमारे सास या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी पश के जवाब देने के किए हमारे पास मुफ दुभाकिया सेवाएँ उपिब है. एक दुभाकिया पाप करने के किए, बस हमें 1-800-926-6565 पर फोन करे. कोई त्क जो कहनी बोिता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-926-6565. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-926-6565. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-926-6565. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-926-6565. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-926-6565。