

Resumen de beneficios de 2025

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

BlueMedicare Classic (HMO) H1035-021

BlueMedicare Preferred (HMO) H1035-052

1/1/2025 al 12/31/2025

El área de servicio del plan incluye:

Condados de Hillsborough y Polk

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 sobre la “**Evidencia de cobertura**”. También puede consultar la “Evidencia de cobertura” para este plan en nuestro sitio web, www.floridablue.com/medicare/forms.

Si desee saber más acerca de la cobertura y costos de Original Medicare, consulte su Manual de *Medicare y Usted* 2025. Consúltelo en línea en 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 cobertura para **H1035-021** incluye los siguientes **condados de Florida: Hillsborough y Polk**
Nuestra área de cobertura para **H1035-052** incluye los siguientes **condados de Florida: Hillsborough y Polk**

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

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

- Puede ver nuestro directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web www.floridablue.com/medicare. En la navegación superior, haga clic en Member Resources (Recursos para miembros) y luego haga clic en Find a Doctor (Busque un médico) o Find a Pharmacy (Busque una farmacia). 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: 1-877-955-8773.**
 - **Si no es miembro de este plan, llámenos al 1-855-601-9465, TTY: 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, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, 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 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.
 - O bien, visite nuestro sitio web www.floridablue.com/medicare.
-

Información importante

En este documento, verá los símbolos a continuación.

- * Los servicios con este símbolo pueden requerir aprobación por adelantado (una derivación) de su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) para que el plan los cubra.
- ◇ Los servicios con este símbolo pueden requerir autorización previa del plan antes de recibirlos.

Si usted no obtiene una derivación o autorización previa cuando se requiere, es posible que deba pagar el costo total de los servicios. Comuníquese con su PCP o consulte la "Evidencia de cobertura" (Evidence of Coverage, EOC) para obtener más información sobre los servicios que requieren una derivación o autorización previa del plan.

Prima mensual, deducible y límites

	BlueMedicare Classic (HMO) Hillsborough y Polk H1035-021	BlueMedicare Preferred (HMO) Hillsborough y Polk H1035-052
Prima mensual del plan	\$0 Debe continuar pagando la Parte B de Medicare.	\$0 Debe continuar pagando la Parte B de Medicare.
Deducible	\$0 por año para los servicios de salud \$0 por año para los medicamentos recetados de la Parte D No hay deducible para insulinas.	\$0 por año para los servicios de salud \$0 por año para los medicamentos recetados de la Parte D No hay deducible para insulinas.
Responsabilidad máxima de gastos a su cargo	\$5,500 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.	\$2,100 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.

Beneficios médicos y hospitalarios

	BlueMedicare Classic (HMO) Hillsborough y Polk H1035-021	BlueMedicare Preferred (HMO) Hillsborough y Polk H1035-052
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados ◇	<ul style="list-style-type: none"> • \$185 de copago por día desde el día 1 hasta el día 8 • \$0 de copago por día, después del día 8 	<ul style="list-style-type: none"> • \$120 de copago por día desde el día 1 hasta el día 6 • \$0 de copago por día, después del día 6
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> • \$130 de copago por visita para servicios cubiertos por Medicare ◇ • \$125 de copago por estadía para servicios de observación cubiertos por Medicare • \$0 de copago para colonoscopia de diagnóstico* 	<ul style="list-style-type: none"> • \$90 de copago por visita para servicios cubiertos por Medicare ◇ • \$140 de copago por estadía para servicios de observación cubiertos por Medicare • \$0 de copago para colonoscopia de diagnóstico*
Servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)	<ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago por servicios de cirugía proporcionados en un centro quirúrgico ambulatorio ◇ • \$0 de copago para colonoscopia de diagnóstico* 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago por servicios de cirugía proporcionados en un centro quirúrgico ambulatorio ◇ • \$0 de copago para colonoscopia de diagnóstico*
Visitas al médico	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por visita de atención primaria • \$45 de copago por visita al especialista* 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por visita de atención primaria • \$5 de copago por visita al especialista*
Atención preventiva	<p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de detección de aneurisma de aorta abdominal • Visita anual de bienestar • Densitometría ósea • Exámenes de detección de cáncer de seno (mamografías) • Visita para disminución del riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) • Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares • Exámenes de detección de cáncer 	<p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de detección de aneurisma de aorta abdominal • Visita anual de bienestar • Densitometría ósea • Exámenes de detección de cáncer de seno (mamografías) • Visita para disminución del riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) • Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares • Exámenes de detección de cáncer

**BlueMedicare Classic (HMO)
Hillsborough y Polk
H1035-021**

- de cuello uterino y vaginal
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal
- Exámenes de detección de la depresión
- Examen de detección de la diabetes
- Servicios, suministros y capacitación para el automanejo de la diabetes
- Programas de educación para la salud y el bienestar
- Detección de la hepatitis C
- Examen de detección de VIH
- 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 para la detección del cáncer de próstata
- Evaluación y orientación para disminuir el consumo excesivo de alcohol
- Examen de detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de dosis baja (low dose computed tomography, LDCT)
- Exámenes para la detección de enfermedades venéreas (sexually transmitted infections, STI) y orientación para prevenirlas
- Cese del consumo de tabaco y del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar)
- Cuidados de la vista: Detección del glaucoma

**BlueMedicare Preferred (HMO)
Hillsborough y Polk
H1035-052**

- de cuello uterino y vaginal
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal
- Exámenes de detección de la depresión
- Examen de detección de la diabetes
- Servicios, suministros y capacitación para el automanejo de la diabetes
- Programas de educación para la salud y el bienestar
- Detección de la hepatitis C
- Examen de detección de VIH
- 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 para la detección del cáncer de próstata
- Evaluación y orientación para disminuir el consumo excesivo de alcohol
- Examen de detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de dosis baja (low dose computed tomography, LDCT)
- Exámenes para la detección de enfermedades venéreas (sexually transmitted infections, STI) y orientación para prevenirlas
- Cese del consumo de tabaco y del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar)
- Cuidados de la vista: Detección del

	BlueMedicare Classic (HMO) Hillsborough y Polk H1035-021	BlueMedicare Preferred (HMO) Hillsborough y Polk H1035-052
	<ul style="list-style-type: none"> • Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" 	<p>glaucoma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare"
Atención de emergencia	<p>Atención de emergencia cubierta por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$125 de copago por visita dentro o fuera de la red No se aplica este copago si es admitido al hospital dentro de 48 horas de una visita a la sala de emergencia. <p>Servicios de atención médica de emergencia mundial</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$125 de copago para atención de emergencia internacionales • \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia mundial y servicios de urgencia en todo el mundo No incluye transporte de emergencia. 	<p>Atención de emergencia cubierta por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$140 de copago por visita dentro o fuera de la red No se aplica este copago si es admitido al hospital dentro de 48 horas de una visita a la sala de emergencia. <p>Servicios de atención médica de emergencia mundial</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$140 de copago para atención de emergencia internacionales • \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia mundial y servicios de urgencia en todo el mundo No incluye transporte de emergencia.
Servicios de urgencia necesarios	<p>Servicios que se necesitan con urgencia cubiertos por Medicare</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"> • \$50 de copago en un centro de cuidado de urgencia dentro o fuera de la red 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. • \$50 de copago en un centro de 	<p>Servicios que se necesitan con urgencia cubiertos por Medicare</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"> • \$20 de copago en un centro de cuidado de urgencia dentro o fuera de la red 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. • \$20 de copago en un centro de

BlueMedicare Classic (HMO)
Hillsborough y Polk
H1035-021

BlueMedicare Preferred (HMO)
Hillsborough y Polk
H1035-052

consultas sin cita previa dentro o fuera de la red

consultas sin cita previa dentro o fuera de la red

Servicios de urgencia necesarios mundiales

- \$125 de copago para servicios de urgencia necesarios internacionalmente
 - \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia mundial y servicios de urgencia en todo el mundo
- No incluye transporte de emergencia.

Servicios de urgencia necesarios mundiales

- \$140 de copago para servicios de urgencia necesarios internacionalmente
 - \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia mundial y servicios de urgencia en todo el mundo
- No incluye transporte de emergencia.

Servicios de diagnóstico/laboratorio/escáner *◇

Procedimientos y pruebas de diagnóstico

- \$150 de copago en un Centro Independiente de Exámenes de Diagnóstico (Independent Diagnostic Testing Facility, IDTF)
- \$150 de copago en un hospital ambulatorio
- \$0 de copago por pruebas de alergia

Servicios de laboratorio

- \$0 de copago en laboratorios clínicos independientes
- \$35 de copago en un hospital ambulatorio

Radiografías

- \$25 de copago en el consultorio de un médico o en un IDTF
- \$250 de copago en un hospital ambulatorio

Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes

Incluyen servicios como Imágenes de Resonancia Magnética (MRI), Angiografía de Resonancia Magnética (MRA), Tomografía por Emisión de Positrones (PET), Tomografía Computarizada (CT) o Exámenes de Medicina Nuclear.

Procedimientos y pruebas de diagnóstico

- \$110 de copago en un Centro Independiente de Exámenes de Diagnóstico (Independent Diagnostic Testing Facility, IDTF)
- \$110 de copago en un hospital ambulatorio
- \$0 de copago por pruebas de alergia

Servicios de laboratorio

- \$0 de copago en laboratorios clínicos independientes
- \$0 de copago en un hospital ambulatorio

Radiografías

- \$0 de copago en el consultorio de un médico o en un IDTF
- \$110 de copago en un hospital ambulatorio

Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes

Incluyen servicios como Imágenes de Resonancia Magnética (MRI), Angiografía de Resonancia Magnética (MRA), Tomografía por Emisión de Positrones (PET), Tomografía Computarizada (CT) o Exámenes de Medicina Nuclear.

**BlueMedicare Classic (HMO)
Hillsborough y Polk
H1035-021**

**BlueMedicare Preferred (HMO)
Hillsborough y Polk
H1035-052**

- \$75 de copago en un consultorio médico o en un IDTF
- \$250 de copago en un hospital ambulatorio
- \$0 de copago para cada mamografía de diagnóstico

Radioterapia

- 20 % de la cantidad permitida por Medicare

- \$0 de copago en el consultorio de un médico o en un IDTF
- \$110 de copago en un hospital ambulatorio
- \$0 de copago para cada mamografía de diagnóstico

Radioterapia

- 20 % de la cantidad permitida por Medicare

Servicios de la audición

Servicios de la audición cubiertos por Medicare*

- \$45 de copago para los exámenes cuyo fin sea diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio
- Los exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio con un especialista dentro de la red están cubiertos con \$0 de copago.

Servicios de la audición adicionales

- \$0 de copago por un examen auditivo de rutina por año
- \$0 de copago por evaluación y ajuste de audífonos
- Consulte la tabla a continuación para ver el copago de cada audífono para un máximo de 2 audífonos cada año.

Servicios de la audición cubiertos por Medicare*

- \$5 de copago por exámenes para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio
- Los exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio con un especialista dentro de la red están cubiertos con \$0 de copago.

Servicios de la audición adicionales

- \$0 de copago por un examen auditivo de rutina por año
- \$0 de copago por evaluación y ajuste de audífonos
- Consulte la tabla a continuación para ver el copago de cada audífono para un máximo de 2 audífonos cada año.

Nivel de tecnología	Copago por audífono
Entrada	\$350.00 por dispositivo
Básico	\$525.00 por dispositivo
Principal	\$825.00 por dispositivo
Preferido	\$1,125.00 por dispositivo

Nivel de tecnología	Copago por audífono
Entrada	\$350.00 por dispositivo
Básico	\$525.00 por dispositivo
Principal	\$825.00 por dispositivo
Preferido	\$1,125.00 por dispositivo

BlueMedicare Classic (HMO) Hillsborough y Polk H1035-021	BlueMedicare Preferred (HMO) Hillsborough y Polk H1035-052
---	---

Avanzado \$1,425.00 por dispositivo

Calidad superior \$1,825.00 por dispositivo

Sujeto al máximo de beneficios.

El miembro es responsable de cualquier cantidad luego de que se haya aplicado el beneficio de subsidio.

Avanzado \$1,425.00 por dispositivo

Calidad superior \$1,825.00 por dispositivo

Sujeto al máximo de beneficios.

El miembro es responsable de cualquier cantidad luego de que se haya aplicado el beneficio de subsidio.

NOTA: Para tener acceso al beneficio, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante.

NOTA: Para tener acceso al beneficio, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante.

Servicios dentales

Servicios dentales cubiertos por Medicare ◇

- \$45 de copago por atención dental que no es de rutina

Servicios dentales adicionales

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

Servicios dentales cubiertos por Medicare ◇

- \$5 de copago por atención dental que no es de rutina

Servicios dentales adicionales

- Máximo anual de \$3,000
- No se puede utilizar el subsidio para implantes, ortodoncia ni odontología cosmética

Servicios de la vista

Servicios de la vista cubiertos por Medicare

- \$45 de copago por servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos*
- \$0 de copago para pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para los miembros con alto riesgo de glaucoma)
- \$0 de copago para examen de la retina para diabéticos por año
- \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada

Servicios de la vista cubiertos por Medicare

- \$5 de copago por servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos*
- \$0 de copago para pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para los miembros con alto riesgo de glaucoma)
- \$0 de copago para examen de la retina para diabéticos por año
- \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de

BlueMedicare Classic (HMO)
Hillsborough y Polk
H1035-021

BlueMedicare Preferred (HMO)
Hillsborough y Polk
H1035-052

cirugía de cataratas

cada cirugía de cataratas

Servicios de la vista adicionales

Servicios de la vista adicionales

- \$0 de copago para un examen de la vista de rutina por año
- Para lentes, marcos o lentes de contacto, \$0 de copago
- Sujeto a la prestación máxima anual del plan.
- El miembro es responsable de cualquier cantidad que exceda el subsidio máximo anual de beneficios del plan.
- \$100 de subsidio máximo por año para la compra de lentes, marcos o lentes de contacto
- El miembro es responsable de los costos que excedan el subsidio máximo de beneficios por año.

- \$0 de copago para un examen de la vista de rutina por año
- Para lentes, marcos o lentes de contacto, \$0 de copago
- Sujeto al máximo de beneficios.
- El miembro es responsable de los costos que excedan el Beneficio Máximo.
- \$300 de subsidio máximo por año para la compra de lentes, marcos o lentes de contacto
- El miembro es responsable de los costos que excedan el subsidio máximo de beneficios por año.

Servicios de salud mental ◇

Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados

Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados

- \$260 de copago por día desde el día 1 hasta el día 5
- \$0 de copago por día del día 6 al 90
- Un máximo total de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico

- \$300 de copago por día desde el día 1 hasta el día 5
- \$0 de copago por día del día 6 al 90
- Un máximo total de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

- \$20 de copago

- \$20 de copago

Centros de cuidados médicos especializados (Skilled Nursing Facility, SNF) ◇

- \$0 de copago por día desde el día 1 hasta el día 20
- \$214 de copago por día del día 21 al 100
- Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficio.

- \$0 de copago por día desde el día 1 hasta el día 20
- \$214 de copago por día del día 21 al 100
- Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficio.

Fisioterapia *◇

- \$40 de copago por visita en un centro independiente o en el consultorio de un especialista
- \$40 de copago por visita en un

- \$30 de copago por visita en un centro independiente o en el consultorio de un especialista
- \$30 de copago por visita en un

	BlueMedicare Classic (HMO) Hillsborough y Polk H1035-021	BlueMedicare Preferred (HMO) Hillsborough y Polk H1035-052
	hospital ambulatorio	hospital ambulatorio
	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por terapia de linfedema 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por terapia de linfedema
Ambulancia ◇	<ul style="list-style-type: none"> • \$250 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo) 	<ul style="list-style-type: none"> • \$225 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)
Transporte	<ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago para 30 viajes de ida anuales para traslados a su médico, hospital o farmacia Estos servicios pueden admitir sillas de ruedas, andadores, tanques de oxígeno y animales de servicio
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por inyecciones para la alergia • Hasta 20 % del monto permitido por Medicare para los medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare ◇ • 20 % hasta \$35 por mes para insulina si usa una bomba de insulina cubierta por el beneficio de equipo médico duradero de la Parte B de Medicare. ◇ 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por inyecciones para la alergia • Hasta 20 % del monto permitido por Medicare para los medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare ◇ • 20 % hasta \$35 por mes para insulina si usa una bomba de insulina cubierta por el beneficio de equipo médico duradero de la Parte B de Medicare. ◇

Beneficios adicionales

BlueMedicare Classic (HMO) Hillsborough y Polk H1035-021	BlueMedicare Preferred (HMO) Hillsborough y Polk H1035-052
---	---

**BlueMedicare Classic (HMO)
Hillsborough y Polk
H1035-021**

**BlueMedicare Preferred (HMO)
Hillsborough y Polk
H1035-052**

Apoyo del cuidador para el miembro

Proporciona cobertura para servicios digitales de asesoramiento, educación y apoyo, como cursos de orientación y capacitación para cuidadores de inscritos. Los beneficios incluyen lo siguiente:

- Una herramienta basada en la web que contiene contenido educativo que cubre temas sobre salud, riqueza, vida de adultos mayores, cuidado en el hogar y estilo de vida
- 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).

Proporciona cobertura para servicios digitales de asesoramiento, educación y apoyo, como cursos de orientación y capacitación para cuidadores de inscritos. Los beneficios incluyen lo siguiente:

- Una herramienta basada en la web que contiene contenido educativo que cubre temas sobre salud, riqueza, vida de adultos mayores, cuidado en el hogar y estilo de vida
- 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).

Vea la *"Evidencia de cobertura"* para conocer los detalles de los beneficios.

Vea la *"Evidencia de cobertura"* para conocer los detalles de los beneficios.

Suministros para la diabetes

- \$0 de copago en una farmacia minorista contratada por Florida Blue Medicare o por correo para suministros para la diabetes, como:
 - Se prefieren los glucómetros y las tiras reactivas Lifescan (One Touch®) o Ascensia (Contour®)
 - Lancetas
 - Monitores de glucosa continuos (Continuous Glucose Monitors, CGM), como Freestyle Libre y Dexcom, y suministros. Es posible que se requiera autorización previa para otras marcas. ◇

Nota importante:

- **La insulina, los hisopos con alcohol, las jeringas de insulina y las agujas para la autoadministración en el hogar se obtienen en una farmacia de**

- \$0 de copago en una farmacia minorista contratada por Florida Blue Medicare o por correo para suministros para la diabetes, como:
 - Se prefieren los glucómetros y las tiras reactivas Lifescan (One Touch®) o Ascensia (Contour®)
 - Lancetas
 - Monitores de glucosa continuos (Continuous Glucose Monitors, CGM), como Freestyle Libre y Dexcom, y suministros. Es posible que se requiera autorización previa para otras marcas. ◇

Nota importante:

- **La insulina, los hisopos con alcohol, las jeringas de insulina y las agujas para la autoadministración en el hogar se obtienen en una farmacia de**

**BlueMedicare Classic (HMO)
Hillsborough y Polk
H1035-021**

**BlueMedicare Preferred (HMO)
Hillsborough y Polk
H1035-052**

venta minorista o de orden por correo de la red y están cubiertas por su beneficio de farmacia de la Parte D de Medicare. Se aplican los copagos y deducibles correspondientes de la Parte D.

- Tenga en cuenta lo siguiente: Los suministros médicos, es decir, hisopos con alcohol, gasa o jeringas, no están cubiertos conforme a la Parte D, si no se usan para la administración de insulina.
- Lifescan (OneTouch®) y Ascensia (Contour®), así como otras marcas de medidores de glucosa y tiras reactivas, también se pueden obtener a través de nuestra red de DME participante.
- El llenado inicial de un CGM cuando se utiliza con una bomba de insulina puede obtenerse a través de nuestro proveedor de DME participante.

venta minorista o de orden por correo de la red y están cubiertas por su beneficio de farmacia de la Parte D de Medicare. Se aplican los copagos y deducibles correspondientes de la Parte D.

- Tenga en cuenta lo siguiente: Los suministros médicos, es decir, hisopos con alcohol, gasa o jeringas, no están cubiertos conforme a la Parte D, si no se usan para la administración de insulina.
- Lifescan (OneTouch®) y Ascensia (Contour®), así como otras marcas de medidores de glucosa y tiras reactivas, también se pueden obtener a través de nuestra red de DME participante.
- El llenado inicial de un CGM cuando se utiliza con una bomba de insulina puede obtenerse a través de nuestro proveedor de DME participante.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare

- \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare

- \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare

Podología

- \$40 de copago por cada visita a un podólogo cubierta por Medicare

- \$30 de copago por cada visita a un podólogo cubierta por Medicare

Quiropráctico

- \$20 de copago por cada servicio de quiropraxia cubierto por Medicare

- \$20 de copago por cada servicio de quiropraxia cubierto por Medicare

	BlueMedicare Classic (HMO) Hillsborough y Polk H1035-021	BlueMedicare Preferred (HMO) Hillsborough y Polk H1035-052
Equipos y suministros médicos ◇	<ul style="list-style-type: none"> • 20 % de coseguro por todas las sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas cubiertas por Medicare y aprobadas por el plan • 0 % del costo por el resto del equipo médico duradero cubierto por Medicare aprobado por el plan 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 % de coseguro por todas las sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas cubiertas por Medicare y aprobadas por el plan • 0 % del costo por el resto del equipo médico duradero cubierto por Medicare aprobado por el plan
Terapia ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios *◇	<ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago por visita en un centro independiente o en el consultorio de un especialista • \$40 de copago por visita en un hospital ambulatorio 	<ul style="list-style-type: none"> • \$30 de copago por visita en un centro independiente o en el consultorio de un especialista • \$30 de copago por visita en un hospital ambulatorio
Telesalud *◇	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago por servicios que se necesitan con urgencia • \$0 de copago para visitas a médicos de atención primaria • \$40 de copago por terapia ocupacional/fisioterapia/terapia del habla en un centro independiente • \$40 de copago por terapia ocupacional/del habla/fisioterapia en un hospital ambulatorio • \$45 de copago por servicios de dermatología • \$20 de copago por sesiones individuales para servicios de especialidad de salud mental para pacientes ambulatorios • \$20 de copago por sesiones individuales para servicios de especialidad de psiquiatría para pacientes ambulatorios • \$20 de copago por Servicios del Programa del Tratamiento con Opioides • \$20 de copago por sesiones individuales para servicios de especialidad por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios • \$0 de copago por la capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> • \$20 de copago por servicios que se necesitan con urgencia • \$0 de copago para visitas a médicos de atención primaria • \$30 de copago por visita por terapia ocupacional/física/del habla en un centro independiente • \$30 de copago por terapia ocupacional/del habla/fisioterapia en un hospital ambulatorio • \$5 de copago por servicios de dermatología • \$20 de copago por sesiones individuales para servicios de especialidad de salud mental para pacientes ambulatorios • \$20 de copago por sesiones individuales para servicios de especialidad de psiquiatría para pacientes ambulatorios • \$20 de copago por Servicios del Programa del Tratamiento con Opioides • \$20 de copago por sesiones individuales para servicios de especialidad por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios • \$0 de copago por la capacitación

BlueMedicare Classic (HMO) Hillsborough y Polk H1035-021	BlueMedicare Preferred (HMO) Hillsborough y Polk H1035-052
<p>para el autocontrol de la diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por servicios de nutricionistas 	<p>para el autocontrol de la diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por servicios de nutricionistas
<p>Beneficios dentales, de la audición y de la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura 	<p>Su plan incluye un subsidio anual adicional de \$500 en su tarjeta prepaga Blue Dollars Benefits de MasterCard® que puede utilizarse para cubrir cualquier gasto de bolsillo relacionado con los servicios dentales, de la vista o auditivos cubiertos de sus planes, como cuidado dental, audífonos y anteojos, si están cubiertos por su plan. Cualquier saldo no utilizado no se transferirá al año siguiente.</p>

**BlueMedicare Classic (HMO)
Hillsborough y Polk
H1035-021**

**BlueMedicare Preferred (HMO)
Hillsborough y Polk
H1035-052**

Beneficios complementarios especiales para enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically III, SSBCI) ◇

- Sin cobertura

Si se le diagnostica una o una combinación de enfermedad de las arterias coronarias (Coronary Artery Disease, CAD), insuficiencia cardíaca congestiva (Congestive Heart Failure, CHF), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, demencia, trastornos bipolares, trastornos depresivos mayores, trastorno paranoide, esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, esclerosis lateral amiotrófica, epilepsia, parálisis extensa, la enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, polineuropatía, estenosis espinal, y/o déficit neurológico relacionado con el accidente cerebrovascular puede recibir los siguientes beneficios adicionales:

- Beneficio de alimentos saludables: \$100 por mes en su tarjeta de Blue Dollars para comprar alimentos y productos saludables en un lugar aprobado por el plan a fin de ayudar a los miembros a mantener una dieta saludable para satisfacer sus necesidades nutricionales. La tarjeta de beneficios se enviará por correo directamente a los miembros y se repondrá al comienzo de cada mes. Cualquier saldo no utilizado durante un mes no se transferirá al mes siguiente.
- Consulte la Evidencia de cobertura para conocer todos los requisitos de elegibilidad.

**BlueMedicare Classic (HMO)
Hillsborough y Polk
H1035-021**

**BlueMedicare Preferred (HMO)
Hillsborough y Polk
H1035-052**

**Tarjeta prepaga
Blue Dollars
Benefits de
Mastercard®**

- **En función de las cantidades de subsidio y frecuencia de su plan, los fondos se cargarán automáticamente en su tarjeta Blue Dollars.**
- Use su tarjeta Blue Dollars para acceder fácilmente a recompensas y seleccionar beneficios de subsidio que podrían formar parte de su plan.
- Los beneficios, la cobertura y los montos varían según el plan. Pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.
- La tarjeta Blue Dollars se enviará por correo directamente a usted y se repondrá al comienzo de cada mes.

NOTA: Consulte Healthy Blue Rewards

- **En función de las cantidades de subsidio y frecuencia de su plan, los fondos se cargarán automáticamente en su tarjeta Blue Dollars.**

- Use su tarjeta Blue Dollars para acceder fácilmente a recompensas y seleccionar beneficios de subsidio que podrían formar parte de su plan.
- Los beneficios, la cobertura y los montos varían según el plan. Pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.
- La tarjeta Blue Dollars se enviará por correo directamente a usted y se repondrá al comienzo de cada mes.

NOTA: Consulte Alimentos saludables, Artículos de venta libre, Beneficios flexibles para odontología, visión y audición y Healthy Blue Rewards

**Artículos de venta
libre**

- Sin cobertura

- Usted recibe un subsidio de beneficios de \$189 cada tres meses para utilizar para la compra de artículos elegibles. Cualquier cantidad de subsidio restante o no utilizado se pierde y no se transfiere al siguiente trimestre. Recibirá más información sobre este beneficio, incluidas las instrucciones para usarlo.
- Puede comprar productos elegibles en línea, por teléfono y en establecimientos minoristas participantes usando su tarjeta Blue Dollars

	BlueMedicare Classic (HMO) Hillsborough y Polk H1035-021	BlueMedicare Preferred (HMO) Hillsborough y Polk H1035-052
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®	<ul style="list-style-type: none"> Membresía a gimnasios y clases disponibles en establecimientos de acondicionamiento físico en todo el país, incluidas cadenas nacionales y gimnasios locales. Acceso a equipos de ejercicios y otros servicios, clases para todos los niveles y las capacidades, eventos sociales y más. 	<ul style="list-style-type: none"> Membresía a gimnasios y clases disponibles en establecimientos de acondicionamiento físico en todo el país, incluidas cadenas nacionales y gimnasios locales. Acceso a equipos de ejercicios y otros servicios, clases para todos los niveles y las capacidades, eventos sociales y más.
Recompensas de HealthyBlue	<ul style="list-style-type: none"> Su plan BlueMedicare lo recompensa por cuidar su salud. Los dólares de recompensa se cargarán en su tarjeta Blue Dollars por completar y/o informar el cuidado preventivo y las revisiones. Las recompensas están disponibles después de suscribirse al programa. 	<ul style="list-style-type: none"> Su plan BlueMedicare lo recompensa por cuidar su salud. Los dólares de recompensa se cargarán en su tarjeta Blue Dollars por completar y/o informar el cuidado preventivo y las revisiones. Las recompensas están disponibles después de suscribirse al programa.

Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D

Etapa de deducible

\$0 por año para los medicamentos recetados de la Parte D. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, tétanos y las vacunas de viaje.

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) Hillsborough y Polk H1035-021	BlueMedicare Preferred (HMO) Hillsborough y Polk H1035-052
Durante la Etapa de cobertura inicial:	<ul style="list-style-type: none"> Se mantiene en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de desembolso directo lleguen a \$2,000. Luego pasa a la Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos. Puede obtener sus medicinas en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden 	<ul style="list-style-type: none"> Se mantiene en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de desembolso directo lleguen a \$2,000. Luego pasa a la Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos. Puede obtener sus medicinas en farmacias minoristas de la red y en farmacias con

	BlueMedicare Classic (HMO) Hillsborough y Polk H1035-021	BlueMedicare Preferred (HMO) Hillsborough y Polk H1035-052		
	por correo.		servicio de orden por correo.	
	BlueMedicare Classic (HMO) Hillsborough y Polk H1035-021	BlueMedicare Preferred (HMO) Hillsborough y Polk H1035-052		
<i>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</i>	Venta minorista/a largo plazo (long term care, LTC)/pedido por correo estándar (suministro para 31 días)	Venta minorista y pedido por correo estándar (suministro para 90 a 100 días)	Venta minorista/a largo plazo (long term care, LTC)/pedido por correo estándar (suministro para 31 días)	Venta minorista y pedido por correo estándar (suministro para 90 a 100 días)
Nivel 1 - Genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 - Genéricos	\$8 de copago	\$24 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	\$40 de copago	\$120 de copago	\$25 de copago	\$75 de copago
Nivel 4 - Medicamentos no preferidos	\$93 de copago	\$279 de copago	\$80 de copago	\$240 de copago
Nivel 5 - Medicamentos especializados	33 % del costo	No corresponde	33 % del costo	No corresponde
Nivel 6 - Medicamentos de cuidados seleccionados	\$0 de copago	\$0 de copago	No corresponde	No corresponde

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos

Ingresa a la Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos cuando sus gastos de desembolso directo llegan al límite de **\$2,000** para el año calendario. Durante la Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

Cobertura adicional de medicamentos

- Llámenos o consulte la "*Evidencia de cobertura*" del plan en nuestro sitio web (www.floridablue.com/medicare/forms) 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 cuidado a largo plazo (LTC), 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.
- Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

Descargos de Responsabilidad

Florida Blue Medicare es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue Medicare depende de la renovación del contrato.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro número de Servicios para miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º 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.

Florida Blue Medicare, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue Medicare, un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece cobertura HMO.

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

Los beneficios de Iniciativa Estatal de Crédito a Pequeñas Empresas (State Small Business Credit Initiative, SSBCI) son parte de beneficios complementarios especiales y no todos los miembros calificarán.

La tarjeta prepaga Blue Dollars Benefits Mastercard® es emitida por The Bancorp Bank, N.A., miembro de la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (Federal Deposit Insurance Corporation, FDIC) de conformidad con una licencia de Mastercard International Incorporated. La tarjeta se puede utilizar para gastos elegibles en cualquier lugar donde se acepte Mastercard. Válido solo en los EE. UU. No permite el acceso a efectivo. Mastercard y el diseño de círculos son marcas comerciales de Mastercard International Incorporated.

© 2024 Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue. Todos los derechos reservados.

Cumplimos con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Puede ver la notificación, además de información sobre nuestros servicios gratuitos de asistencia lingüística en floridablue.com/es/ndnotice. O llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773).

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 1-800-926-6565 (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 panggagamot. 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 답해 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.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على
بمساعدتك. هذه خدمة مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-926-6565. سيقوم شخص ما يتحدث العربية
مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ
उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-926-6565 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी
मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त 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.

Portuguese: 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 にお電話くださ
い。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)