

BlueMedicare Premier Rx (PDP) ofrecido por Florida Blue Medicare

Aviso Anual de Cambios para 2025

Actualmente usted está inscrito como miembro de BlueMedicare Premier Rx. El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un Resumen de los Costos Importantes, incluida la Prima.**

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare/forms. También puede llamar a Servicios al Miembro a fin de solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

- **Usted podrá realizar cambios en su cobertura de Medicare para el año próximo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**

Qué hacer ahora

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

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, que incluyen las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Consulte los cambios en la Lista de Medicamentos del 2025 para asegurarse de que los medicamentos que usa actualmente siguen estando cubiertos.
 - Compare la información del plan de 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costo compartido diferente o si para 2025 estará sujeto a diferentes restricciones, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad.
- Verifique si califica para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener "Ayuda Adicional" de Medicare.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Infórmese sobre otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes de su área. Use el Buscador de Planes Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte de atrás de su manual *Medicare y Usted 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.

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

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

- Si no se inscribe en otro plan hasta el 7 de diciembre de 2024, permanecerá en BlueMedicare Premier Rx.
- Para **cambiarse a un plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero del 2025**. Esto cancelará su inscripción en BlueMedicare Premier Rx.

Recursos Adicionales

- Esta información está disponible sin costo en inglés.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios al Miembro al 1-800-926-6565 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). El 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 durante el Día de Acción de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de oficina es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, excepto durante los principales feriados. La llamada es gratuita.
- Esta información también se encuentra disponible en otros formatos, como letra grande, audio y braille. Llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen más arriba si necesita la información sobre el plan en otro formato.

Acerca de BlueMedicare Premier Rx

- Florida Blue es un plan de medicamentos recetados (PDP) con un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento indica “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Florida Blue Medicare. Cuando se indica “plan” o “nuestro plan”, se refiere a BlueMedicare Premier Rx.

Aviso Anual de Cambios para 2025

Índice

Resumen de los Costos Importantes para el 2025.....	4
SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año.....	5
Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual.....	5
Sección 1.2: Cambios en la red de farmacias.....	6
Sección 1.3: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	6
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos.....	10
SECCIÓN 3 Decisión del Plan a Elegir.....	10
Sección 3.1: Si desea permanecer en BlueMedicare Premier Rx.....	10
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan.....	10
SECCIÓN 4 Plazo para Cambiar de Planes.....	11
SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare.....	12
SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados.....	12
SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta?.....	13
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de BlueMedicare Premier Rx.....	13
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	14

Resumen de los Costos Importantes para el 2025

La tabla a continuación compara los costos de 2024 y de 2025 para BlueMedicare Premier Rx en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$76.70	\$51.60
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.3 para obtener más detalles).	Deducible: \$545 Se aplica al Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado) solo excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$6 de copago • Nivel de medicamentos 2: \$16 de copago. • Nivel de medicamentos 3: \$47 de copago Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 4: 50 % del costo total. 	Deducible: \$590 Se aplica al Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado) solo excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$6 de copago • Nivel de medicamentos 2: \$17 de copago • Nivel de medicamentos 3: 20 % del costo total. Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 4: 50 % del costo total.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 5: 25 % del costo total 	<p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 5: 25 % del costo total <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p>Cobertura en caso de catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Sin cargo para usted. 	<p>Cobertura en caso de catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Prima mensual</p> <p>(Usted debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted).</p>	\$76.70	\$51.60

- La prima mensual de su plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D vitalicia por no contar con otra cobertura de medicamentos que al menos sea tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también se denomina “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso mayor, es posible que deba pagar directamente al gobierno un monto adicional mensual por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe "Ayuda Adicional (Extra Help)" para afrontar los costos de los medicamentos recetados. Consulte la sección 6 sobre “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 1.2: Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, las recetas se cubren *únicamente* si se abastecen en una de las farmacias de nuestra red.

El próximo año, se realizarán cambios en nuestra red de farmacias. Encontrará un *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web: www.floridablue.com/medicare. En la parte superior de la navegación, haga clic en Recursos para miembros y luego haga clic en Buscar una farmacia. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias* por correo postal. **Revise el *Directorio de farmacias* de 2025 en www.floridablue.com/medicare para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en las farmacias que son parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestras farmacias le afecta, comuníquese con Servicios al Miembro a fin de recibir asistencia.

Sección 1.3: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de Medicamentos. Una copia de nuestra Lista de Medicamentos se proporciona por vía electrónica.

Realizamos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos o el traspaso de medicamentos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si se aplicará alguna restricción o si su medicamento pasó a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios que están permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está usando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principio de año o durante el año, revise el Capítulo 7 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios al Miembro para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión de medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas o menores restricciones que el medicamento de marca que reemplaza.

Además, cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

A partir de 2025, podemos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales con determinados biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que está siendo reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no obtenga el suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que realizamos, pero puede llegar después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su Evidencia de cobertura. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA:

<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios al Miembro o solicitar más información a su proveedor de atención de salud, profesional que expide recetas o farmacéutico.

Cambios en los Beneficios y Costos de Medicamentos Recetados

Nota: Si está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le corresponde.** Le hemos enviado un folleto adicional denominado “Modificación de la Evidencia de Cobertura para Personas que Obtienen Ayuda Adicional (Extra Help) para Pagar los Medicamentos Recetados” (también llamado “Modificación del Subsidio por Bajos Ingresos” o “LIS Rider”), que le explica los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este folleto para el 30 de septiembre del 2024, llame a Servicios al Miembro y solicite el Anexo LIS.

A partir del 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe. La Etapa sin Cobertura y el Programa de Descuento Durante la Etapa sin Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuento Durante la Etapa sin Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuento de Fabricantes. En virtud del Programa de Descuento de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe. Los descuentos pagados por fabricantes bajo el Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado) hasta alcanzar el deducible anual. 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, el tétanos y las vacunas para viajes.</p>	<p>El deducible es \$545.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$6 de costo compartido para los medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), \$16 de costo compartido para los medicamentos en el Nivel 2 (medicamentos genéricos) y el costo completo de medicamentos en el Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel de especialidad) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$590.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$6 de costo compartido para los medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), \$17 de costo compartido para los medicamentos en el Nivel 2 (medicamentos genéricos) y el costo completo de medicamentos en el Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel de especialidad) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para los medicamentos de marca preferidos, sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial cambian de un copago a un coseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios del 2024 al 2025.

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que haya pagado el deducible anual, entrará en la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, usted y el plan pagan su parte del costo de sus medicamentos.</p> <p>Durante el 2024, usted pagó \$47 de copago por medicamentos de marca preferidos del Nivel 3. Para el 2025, pagará un coseguro del</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes abastecido en una farmacia de la red con costo compartido estándar es</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): Usted paga \$6 por receta.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): Usted paga \$16 por receta.</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos):</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes abastecido en una farmacia de la red con costo compartido estándar es</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): Usted paga \$6 por receta.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): Usted paga \$17 por receta.</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos):</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>20 % por los medicamentos del Nivel 3.</p> <p>Los costos en esta fila son para el suministro de un mes (31 días) cuando abastezca su receta en una farmacia de la red que proporcione un costo compartido estándar. Para obtener más información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para recetas de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 4 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para consultar si alguno de sus medicamentos cambiará a otro nivel, búsquelo en la Lista de Medicamentos.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): Usted paga el 50% del costo total.</p> <p>Nivel 5 (medicamentos de nivel de especialidad): Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Una vez que los costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$5,030, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa Sin Cobertura).</p>	<p>Usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): Usted paga el 50% del costo total.</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5 (medicamentos de nivel de especialidad): Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe).</p>

Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe

La Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe es la tercera y última etapa. A partir del 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en caso de catástrofe. Los descuentos pagados por fabricantes bajo el Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe, consulte la Sección 6 del Capítulo 4 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	No corresponde	<p>El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-800-926-6565 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Decisión del Plan a Elegir

Sección 3.1: Si desea permanecer en BlueMedicare Premier Rx

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente antes del 7 de diciembre, automáticamente estará inscrito como miembro de nuestro BlueMedicare Premier Rx.

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que permanezca como miembro el próximo año, pero si desea cambiarse de plan el 2025, siga los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan diferente de medicamentos recetados de Medicare,
- -- O -- Puede cambiarse a un plan de salud Medicare. Algunos planes de salud Medicare incluyen también cobertura de medicamentos recetados de la Parte D,
- -- O -- Puede mantener su cobertura médica de Medicare actual y renunciar a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes Medicare, use el

buscador de planes Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025* (Medicare & You 2025), llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la sección 4) o llame a Medicare (consulte la sección 6.2).

Como recordatorio, Florida Blue ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Es posible que estos otros planes tengan coberturas, primas mensuales y montos de distribución de costos diferentes.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de medicamentos recetados de Medicare**, inscribábase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en BlueMedicare Premier Rx.
- Para **cambiarse a otro plan de salud Medicare**, inscribábase en el nuevo plan. Dependiendo del tipo de plan que escoja, es posible que se cancele automáticamente su inscripción en BlueMedicare Premier Rx.
 - Se cancelará automáticamente su inscripción en BlueMedicare Premier Rx si se inscribe en cualquier plan de salud Medicare que incluya la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Su inscripción también se cancelará automáticamente si se inscribe en una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de Medicare o una organización de proveedores preferidos (PPO) de Medicare, aunque ese plan no incluya una cobertura de medicamentos recetados.
 - Si opta por un plan privado de pago por servicios sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y conservar BlueMedicare Premier Rx para la cobertura de sus medicamentos. Su inscripción en uno de estos tipos de planes no cancelará automáticamente su inscripción en BlueMedicare Premier Rx. Si se está inscribiendo en este tipo de plan y desea dejar nuestro plan, debe solicitar la cancelación de BlueMedicare Premier Rx. Para solicitar que se cancele su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito o comunicarse con Medicare 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).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – O – 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 cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para Cambiar de Planes

Si desea cambiarse a otro plan de medicamentos recetados o a un plan de salud Medicare para el año

próximo, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. Este cambio entrará en vigor el 1 de enero del 2025.

¿Existen otros períodos en el año para realizar cambios?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros periodos del año. Los ejemplos incluyen a las personas con Medicaid, las que obtienen “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o están abandonando la cobertura de su empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicios.

Si se mudó hace poco tiempo a una institución o actualmente vive en una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare) cuando lo desee. Si recientemente se fue de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se fue.

SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa independiente del Gobierno que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Florida, el SHIP se llama Servicios de Seguros Médicos para Personas Mayores (SHINE).

Es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno Federal para brindar asesoramiento **gratuito** de seguro de salud local a personas con Medicare. Los consejeros de SHINE lo pueden ayudar con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Lo pueden ayudar a entender las opciones de su plan Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de planes. Puede llamar a SHINE al 1-800-963-5337 (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). Puede obtener más información sobre SHINE visitando su sitio web (www.FLORIDASHINE.org).

SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados

Usted puede reunir los requisitos para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, indicamos diversos tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Adicionalmente, aquellos que califican no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a:
 - 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, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- La oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia de los Costos Compartidos de los Medicamentos Recetados para Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que los individuos elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos para el VIH que pueden salvar sus vidas. Para ser elegibles para el ADAP que opera en su Estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia en el Estado y la condición de paciente con VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado, y condición de persona sin seguro o con un seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con el costo compartido en recetas a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el sida de Florida (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o si actualmente está inscrito y cómo continuar recibiendo asistencia, llame directamente al ADAP de Florida al 1-800-352-2437 (TTY: 1-888-503-7118) o escriba a: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399 Asegúrese, cuando llame, de informarles el nombre o número de póliza de su plan Medicare Parte D.
- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo por medicamentos a partir del 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.** La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de los programas SPAP y ADAP, para quienes califican, ofrecen más ventajas que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos Medicare y los planes de salud Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-800-926-6565 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de BlueMedicare Premier Rx

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarte. Llame a Servicios al Miembro al 1-800-926-6565. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas 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 durante el Día de Acción de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de oficina es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, excepto durante los principales feriados. Las llamadas a

estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de Cobertura para el 2025* (contiene detalles sobre los beneficios y costos para el año próximo)

Este *Aviso Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2025. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* para 2025 de BlueMedicare Premier Rx. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe cumplir para recibir medicamentos recetados y servicios cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* está disponible en nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare/forms. También puede llamar a Servicios al Miembro a fin de solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro Sitio Web

También puede visitar nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de farmacias (*Directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (formulario/lista de medicamentos)*.

Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

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

Puede llamar 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.

Visite el Sitio Web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones con estrellas de calidad, que lo ayudarán a comparar los planes de medicamentos recetados de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, ingrese a www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2025*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Este documento se les envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. El manual incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no dispone de una copia de este documento, puede conseguirla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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).

Form Approved
OMB# 0938-1421

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 pagsasalang-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 Dolmeterservice 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.

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

Form Approved
OMB# 0938-1421

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

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