

Resumen de beneficios de 2025

Planes de medicamentos recetados de Medicare

BlueMedicare Premier Rx (PDP) S5904-001

BlueMedicare Complete Rx (PDP) S5904-002

1/1/2025 al 12/31/2025

El área de servicio del plan incluye:

Estado de Florida

La información sobre beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. Para obtener detalles sobre estos planes de medicamentos recetados de Medicare, llámenos y solicite la **“Constancia de Cobertura”**. Para obtener una lista completa de los medicamentos que cubrimos, llámenos y solicite la Lista de medicamentos cubiertos (“Formulario”). También puede consultar la “Evidencia de cobertura” y el “Formulario” para estos planes 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/o
- estar inscrito a la Parte B de Medicare; y
- vivir dentro de **nuestra área de servicio**.

Nuestra área de cobertura incluye: **el estado de Florida**

¿Qué farmacias puedo usar?

- En la mayoría de las situaciones, debe utilizar nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.
 - También puede usar nuestra farmacia de orden por correo para que le entreguen sus medicamentos recetados en su domicilio.
 - ¿Quiere saber si su farmacia está en nuestra red de farmacias o si estos planes cubren sus medicamentos recetados? Visite 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 Pharmacy (Busque una farmacia).
-

¿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.**
 - o 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.

- o 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

Nuestro plan agrupa cada medicamento en un nivel. La cantidad de niveles puede variar según el plan que elija. Deberá consultar su formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará. La cantidad que usted paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante en este documento hablaremos sobre las etapas que ocurren en los beneficios: Deducible (para BlueMedicare Premier Rx únicamente), Cobertura Inicial y Cobertura para eventos médicos catastróficos.

Prima mensual, deducible y límites

	BlueMedicare Premier Rx (PDP) S5904-001	BlueMedicare Complete Rx (PDP) S5904-002
Prima Mensual del Plan	\$51.60	\$167.00
	Debe continuar pagando la Parte B de Medicare.	Debe continuar pagando la Parte B de Medicare.
Deducible	\$590 por año Se aplica al Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), 4 (medicamentos no preferidos) y 5 (medicamentos especializados). No hay deducible para insulinas.	\$0 por año para los medicamentos recetados de la Parte D. No hay deducible para insulinas.

Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D

Etapa de deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. El deducible no se

aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, tétanos y las vacunas de viaje. Pagará un deducible anual de \$590 por los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados) para BlueMedicare Premier Rx. Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados), hasta alcanzar el monto del deducible de la cobertura. Para todos los otros medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. En general, el costo total es menor que el precio total normal del medicamento, porque nuestro plan negoció costos menores para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$590 en sus medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados), usted pasa a la siguiente etapa de cobertura para medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

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 la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de bolsillo alcancen el monto de **\$2,000**. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Puede obtener sus medicinas en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo.

	BlueMedicare Premier Rx (PDP) S5904-001		BlueMedicare Complete Rx (PDP) S5904-002	
<i>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</i>	Minorista estándar/LTC (suministro de 31 días)	De pedido por correo (suministro de 90 días)	Farmacia minorista estándar (suministro de 31 días)	De pedido por correo (suministro de 90 días)
Nivel 1 - Genéricos preferidos	\$6 de copago	\$18 de copago	\$3 de copago	\$9 de copago
Nivel 2 - Genéricos	\$17 de copago	\$51 de copago	\$10 de copago	\$30 de copago
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	20 % del costo	20 % del costo	25 % del costo	25 % del costo
Nivel 4 - Medicamentos no preferidos	50 % del costo	50 % del costo	25 % del costo	25 % del costo

Nivel 5 - Medicamentos especializados	25 % del costo	No corresponde	33 % del costo	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.

Etapas de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos

Ingresa a la Etapa de cobertura contra catástrofes 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 (Long-Term Care, 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 es un plan Rx (PDP) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción a Florida Blue 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.

Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue, una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece cobertura de Rx (PDP).

© 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 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 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)