

# **BlueMedicare Complete (HMO D-SNP) ofrecido por Florida Blue Medicare**

## **Notificación anual de cambios para 2024**

Actualmente, usted está inscrito como miembro de BlueMedicare Complete. El próximo año habrá algunos cambios para los costos y los beneficios del plan. **Consulte la página 4 para ver un Resumen de costos importantes, incluidos los costos de las primas.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare). También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo postal.

### **Qué hacer ahora**

#### **1. PREGUNTE:** Qué cambios se aplican a usted

- Revise los cambios de nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de farmacia, incluidos los requisitos de autorización y costos.
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la "Lista de medicamentos" de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Considere si está satisfecho con nuestro plan.

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

- Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista que se encuentra en la parte de atrás de su manual *Medicare y Usted 2024*.
- Una vez que defina su elección de un plan preferido, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en BlueMedicare Complete.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en BlueMedicare Complete.
- Consulte la Sección 2 en la página 11 para obtener más información acerca de sus opciones.
- Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

### Recursos Adicionales

- Este documento está disponible en español sin costo.
- Comuníquese con Atención al cliente al 1-800-926-6565 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). El 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. Esta llamada es gratis.
- Esta información está disponible en formatos alternativos, lo que incluye letra grande, audio y braille. Si necesita información sobre el plan en otro formato, llame a Servicios para Miembros al número que se indica arriba.
- **La cobertura bajo este plan califica como una cobertura de salud elegible (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio de Internet del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### Acerca de BlueMedicare Complete

- 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. Este plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Florida Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este documento dice "nosotros", "nos" o "nuestro", quiere decir Florida Blue Medicare. Cuando se hace referencia a "plan" o "nuestro plan", se refiere a BlueMedicare Complete.

**Notificación anual de cambios para 2024****Índice de contenido**

<b>Resumen de costos importantes para 2024.....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>6</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual.....	6
Sección 1.2 – Cambios en los gastos máximos a su cargo .....	6
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias .....	6
Sección 1.4 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos.....	7
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D.....	9
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>11</b>
Sección 2.1 - Si desea conservar BlueMedicare Complete .....	11
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan.....	11
<b>SECCIÓN 3 Cambio de planes .....</b>	<b>12</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre el Programa Medicare y Medicaid .....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta médica .....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?.....</b>	<b>14</b>
Sección 6.1 - Recibir ayuda de BlueMedicare Complete.....	14
Sección 6.2 – Para recibir ayuda de Medicare.....	15
Sección 6.3 - Recibir ayuda de Medicaid .....	15

## Resumen de costos importantes para 2024

El siguiente cuadro compara los costos de 2023 y los costos de 2024 para BlueMedicare Complete en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$0 o hasta \$35.90	\$0 o hasta \$37.70
* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Vea la Sección 1.1 para obtener mayor información		
<b>Visitas al consultorio médico</b>	<p>Visitas al médico de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas al especialista: Copago de \$0 por visita.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>	<p>Visitas al médico de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas al especialista: Copago de \$0 por visita.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>	<p>Copago de \$0 por día (por estadía cubierta por Medicare).</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Copago de \$0 por día (por estadía cubierta por Medicare).</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>
<b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Vea la Sección 1.5 para obtener mayor información).	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Cobertura para eventos graves (catastróficos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante esta etapa, el plan paga la mayor parte del costo para los</li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Cobertura para eventos graves (catastróficos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante esta etapa, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>medicamentos cubiertos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por cada medicamento recetado, usted paga cualquiera de los siguientes montos que sea mayor: un pago igual al 5 % del costo del medicamento (que se denomina <b>coseguro</b>), o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos).</li> </ul>	<p>la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos en virtud de nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Es posible que haya costo compartido para los medicamentos que estén cubiertos en virtud de nuestro beneficio mejorado.</li> </ul>
<b>Gastos máximos a su cargo</b>	\$1,500	\$3,200
<p>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de gastos a su cargo por los servicios de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	<p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los costos a su cargo para la cantidad máxima a su cargo de los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los costos a su cargo para la cantidad máxima a su cargo de los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

## SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe continuar abonando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que lo haga Medicaid u otro tercero).	\$0 o hasta \$35.90	\$0 o hasta \$37.70

### Sección 1.2 – Cambios en los gastos máximos a su cargo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad de gastos a su cargo que debe realizar durante el año. Este límite se denomina "gastos máximos a su cargo". Una vez que alcanza esta cantidad, por lo general, no paga ninguna cantidad por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Gastos máximos a su cargo</b>  <b>Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este gasto máximo a su cargo.</b>  Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicaid, no es responsable de pagar los costos a su cargo para la cantidad máxima a su cargo de los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.  Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de desembolso. La prima de su plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de desembolso.	\$1,500	\$3,200  Una vez que haya pagado \$3,200 de gastos a su cargo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

### Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Encontrará Directorios de farmacias actualizados en nuestro sitio web en [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare).

También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada del proveedor o la farmacia, o para pedirnos que le enviemos un directorio por correo postal, que recibirá en un plazo de tres días hábiles.

Se han introducido cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de Proveedores de 2024 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Se han introducido cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de Farmacias de 2024 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que es posible que hagamos cambios en los hospitales, los médicos, los especialistas (proveedores) y las farmacias que son parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicios para Miembros para que podamos ayudarle.

## Sección 1.4 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos

Tenga en cuenta que *la Notificación Anual de Cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare y Medicaid.

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Acupuntura</b>	Se requiere autorización previa para la acupuntura para más de 12 visitas.	<u>No</u> se requiere autorización previa para la acupuntura para más de 12 visitas.
<b>Servicios dentales* (beneficios adicionales)</b>		
<b>Evaluación oral completa</b>	Paga \$0 de copago 1 de por vida, por dentista	Usted paga un copago de \$0. Las evaluaciones orales completas (D0150) están limitadas a 1 de por vida, por dentista, y además cuentan para el límite de 2 evaluaciones por año calendario.
<b>Otros servicios preventivos: Aplicación de medicamento para detener caries</b>	Otros servicios preventivos para la aplicación de medicamentos para detener caries <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga un copago de \$0 2 por año calendario.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Educación sobre salud</b>	Usted paga un copago de \$0 por educación sobre la salud proporcionado a través de la plataforma de asesoramiento digital de meQuilibrium.	La educación sobre salud <u>no</u> está cubierta.
<b>Beneficio de alimentos saludables</b>	<p>Los miembros son elegibles en función de su estado de subsidio por bajos ingresos (low-income subsidy, LIS) para el programa Medicare "Extra Help" (Ayuda adicional). Todos los niveles de LIS son elegibles para recibir este beneficio.</p> <p>Los miembros recibirán \$52 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.</p> <p>La tarjeta de beneficios se enviará por correo directamente a los miembros y se repondrá al comienzo de cada mes. Cualquier asignación mensual no utilizada no se transferirá al mes siguiente.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para conocer todos los requisitos de elegibilidad.</p>	<p>Los miembros son elegibles en función de su estado de subsidio por bajos ingresos (low-income subsidy, LIS) para el programa Medicare "Extra Help" (Ayuda adicional). Todos los niveles de LIS son elegibles para recibir este beneficio.</p> <p>Los miembros recibirán \$115 por mes en su tarjeta prepagada Blue Dollars Benefits de MasterCard® 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.</p> <p>La tarjeta de beneficios se enviará por correo directamente a los miembros y se repondrá al comienzo de cada mes. Cualquier asignación mensual no utilizada no se transferirá al mes siguiente.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para conocer todos los requisitos de elegibilidad.</p> <p>La tarjeta prepaga Blue Dollars Benefits de Mastercard® es emitida por The Bancorp Bank, N.A., miembro de la FDIC, de conformidad con una licencia de Mastercard International Incorporated. La tarjeta se puede utilizar para gastos elegibles en cualquier lugar donde se acepte</p>



Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		Mastercard. Mastercard y el diseño de círculos son marcas comerciales de Mastercard International Incorporated.
<b>Terapia de ejercicio supervisado (SET)</b>	<u>No</u> se requiere autorización previa para los servicios de terapia de ejercicio supervisado.	Se requiere autorización previa para los servicios de terapia de ejercicio supervisado.

## Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D

### Cambios a nuestra “lista de medicamentos”

Nuestra Lista de Medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de Medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra “Lista de medicamentos” en forma electrónica.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos” que podría incluir la eliminación o adición de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o el traslado de estos 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 ha pasado a otro nivel de costo compartido.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) considere inseguros o que un fabricante de productos retire del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de farmacia al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

### Cambios a los costos de los medicamentos recetados

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta médica de Medicare, es posible que califique para una reducción o eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta Sección no se aplique a su caso. **Nota:** Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **puede ser que la información sobre los costos de los medicamentos recetados Parte D no aplique a usted.** Le hemos enviado por separado una información adicional denominada “Cláusula Adicional de la Constancia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también llamada Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda

adicional" y no ha recibido esta información al 30 de septiembre de 2023, llame a Servicios para Miembros y solicite la Cláusula LIS.

Hay cuatro **etapas de pago de medicinas**. La siguiente información muestra los cambios con respecto a las primeras dos etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas, la Etapa de brecha en la cobertura o la Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos).

### Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b>	Ya que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica a usted.	Ya que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica a usted.

### Cambios en sus costos compartidos en la etapa inicial de cobertura

Consulte la siguiente tabla para ver los cambios del 2023 al 2024.

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno. Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (31 días) cuando surta su medicamento recetado en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar.</p> <p>Para obtener información acerca de los costos para un suministro a largo plazo o para medicamentos recetados de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha en la cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha en la cobertura).</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra "Lista de medicamentos". Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la "Lista de medicamentos".		

### Cambios en las etapas de brecha en la cobertura y la cobertura para eventos médicos catastróficos

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la etapa de brecha en la cobertura y la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos, son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la etapa de brecha en la cobertura o la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos.**

**A partir de 2024, si ingresa a la Etapa de Cobertura Catastrófica, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que haya costo compartido por los medicamentos excluidos que están cubiertos en virtud de nuestro beneficio mejorado.**

Para obtener información específica acerca de sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 2      Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 2.1 - Si desea conservar BlueMedicare Complete

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

### Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2024, siga estos pasos:

#### Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare
- -- O-- Puede cambiarse a Medicare Original. Si usted se cambia a Medicare Original, deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted 2024*,

llame a su Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Como recordatorio, Florida Blue Medicare ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta médica de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, los pagos mensuales y las cantidades de costos compartidos.

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare Complete.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare Complete.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, entonces deberá hacer lo siguiente:
  - o Enviarnos una solicitud por escrito para dar de baja su inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto.
  - o - O - Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que se haya excluido de la inscripción automática.

## SECCIÓN 3 Cambio de planes

Si desea cambiarse a otro plan o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero 2024.

### ¿Se pueden realizar cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben la "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos, las que tienen o dejan la cobertura de su empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Como tiene Florida Medicaid, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un diferente plan una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de inscripción especial**:

- De enero a marzo
- De abril a junio

De julio a septiembre

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2024 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada u 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 (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta por separado de Medicare) en cualquier momento.

#### **SECCIÓN 4      Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre el Programa Medicare y Medicaid**

El Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (SHIP, en inglés) es un programa gubernamental que tiene asesores capacitados en cada estado. En Florida, SHIP se denomina SHINE (Atención de Necesidades de Seguro Médico de Ancianos).

Es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer asesoramiento **gratuito** sobre seguros médicos a las personas de la comunidad que tienen Medicare. Los asesores de SHINE pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder sus preguntas acerca de pasarse a otros planes. Puede llamar a SHINE al 1-800-963-5337. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). Puede conocer más de SHINE, visitando su sitio de Internet ([www.FLORIDASHINE.org](http://www.FLORIDASHINE.org)).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Florida Medicaid, comuníquese con Florida Medicaid al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Florida Medicaid.

#### **SECCIÓN 5      Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta médica**

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Como tiene Medicaid, ya está inscripto en la “Ayuda Adicional”, también llamada Subsidio por Bajos Ingresos. Si recibe ayuda para pagar ciertos costos de Medicare a través del programa de personas discapacitadas y trabajadoras elegibles (Qualified Disabled and Working Individuals, QDWI), debe solicitar la Ayuda Adicional; automáticamente no califica para ella. La “Ayuda Adicional” paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Como usted califica, no tiene una brecha en la cobertura o una multa por inscripción tardía.

Si tiene preguntas sobre la "Ayuda Adicional", llame al:

- o 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.
  - o A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes entre las 8 a. m. y las 7 p. m. para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778.
  - o Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que los individuos que viven con VIH/sida elegibles para ADAP tengan acceso a los medicamentos vitales contra el VIH/sida. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y la condición sin cobertura o sin cobertura completa. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para una asistencia de costos compartidos de medicamentos a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Florida. Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP de Florida directamente al 1-800-352-2437 (TTY: 1-888-503-7118) o escríbales a: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399.

## SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

### Sección 6.1 - Recibir ayuda de BlueMedicare Complete

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY solamente deben llamar al 1-800-955-8770). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

### Lea su *Evidencia de cobertura 2024* (contiene información sobre los costos y los beneficios para el próximo año)

Esta *Notificación anual de cambios* le brinda un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura 2024* de BlueMedicare Complete. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de sus beneficios del plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Encontrará una copia de la *Constancia de cobertura* en nuestro sitio de Internet en [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare). También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo postal.

## Visite nuestro sitio de Internet

También puede visitar nuestro sitio de Internet en [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos)*.

---

## Sección 6.2 – Para recibir ayuda de Medicare

---

Para obtener más información directamente de Medicare:

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

También 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 de Internet de Medicare

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Posee información sobre los costos, la cobertura, y las calificaciones de estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

## Lea *Medicare y Usted 2024*

Lea el manual *Medicare y Usted 2024 (Medicare & You 2024)*. Durante el otoño, se envía por correo este documento a las personas con Medicare. Este incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando 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.

---

## Sección 6.3 - Recibir ayuda de Medicaid

---

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a la Agencia para la Administración de Atención Médica (Agency for Health Care Administration) al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771

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

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



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

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

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

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

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

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

Form Approved  
OMB# 0938-1421

**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 مجاناً.

**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 ouwa 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)