



MEDICARE

## Resumen de beneficios de 2024

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

---

**BlueMedicare Classic (HMO) H1035-019**

**BlueMedicare Classic Plus (HMO) H1035-047**

1/1/2024 al 12/31/2024

El área de servicio del plan incluye:

**Condados de Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin, Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns, Sumter, y Walton**

La información sobre beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y de 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 “Constancia de Cobertura” para este plan en nuestro sitio web, [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare).

(Si desea saber más acerca de la cobertura y costos de Original Medicare, consulte su Manual de *Medicare y Usted 2024*. Consúltelo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o consiga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## ¿Quién puede inscribirse?

Para unirse, usted debe hacer lo siguiente:

- tener derecho a la Parte A de Medicare; y
- estar inscrito a la Parte B de Medicare y
- vivir dentro de **nuestra área de servicio**.

Nuestra área de cobertura para **H1035-019** incluye los siguientes **condados de Florida: Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin, Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns y Sumter**

Nuestra área de cobertura para **H1035-047** incluye los siguientes **condados de Florida: Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton**

---

## ¿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](http://www.floridablue.com/medicare)). O llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.
- 

## ¿Tiene alguna pregunta? Llámenos

- **Si es miembro de este plan, llámenos al 1-800-926-6565, TTY: 1-800-955-8770.**
- **Si no es miembro de este plan, llámenos al 1-855-601-9465, TTY: 1-800-955-8770.**
  - 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 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excepto los días feriados principales.
- O bien, visite nuestro sitio web [www.floridablue.com/medicare](http://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

	<b>BlueMedicare Classic (HMO) Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin, Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns y Sumter H1035-019</b>	<b>BlueMedicare Classic Plus (HMO) Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton H1035-047</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	\$0 Debe continuar pagando la Parte B de Medicare.	\$0 Debe continuar pagando la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	\$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.
<b>Responsabilidad máxima de gastos a su cargo</b>	\$4,900 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.	\$3,850 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

	<b>BlueMedicare Classic (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin,</b> <b>Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns y</b> <b>Sumter</b> <b>H1035-019</b>	<b>BlueMedicare Classic Plus (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y</b> <b>Walton</b> <b>H1035-047</b>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados</b> ◇	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$165 de copago por día del día 1 al 6</li> <li>• \$0 de copago por día, después del día 6</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$200 de copago por día del día 1 al 6</li> <li>• \$0 de copago por día, después del día 6</li> </ul>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$175 de copago por visita para servicios cubiertos por Medicare ◇</li> <li>• \$120 de copago por estadía para servicios de observación cubiertos por Medicare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$175 de copago por visita para servicios cubiertos por Medicare ◇</li> <li>• \$135 de copago por estadía para servicios de observación cubiertos por Medicare</li> </ul>
<b>Servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)</b> ◇	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$150 de copago por servicios de cirugía proporcionados en un centro quirúrgico ambulatorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$150 de copago por servicios de cirugía proporcionados en un centro quirúrgico ambulatorio</li> </ul>
<b>Visitas al médico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por visita de atención primaria</li> <li>• \$40 de copago por visita al especialista*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por visita de atención primaria</li> <li>• \$30 de copago por visita al especialista*</li> </ul>
<b>Atención preventiva</b>	<p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de detección de aneurisma de aorta abdominal</li> <li>• Visita anual de bienestar</li> <li>• Densitometría ósea</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer de seno (mamografías)</li> <li>• Visita para disminución del riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal</li> </ul>	<p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de detección de aneurisma de aorta abdominal</li> <li>• Visita anual de bienestar</li> <li>• Densitometría ósea</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer de seno (mamografías)</li> <li>• Visita para disminución del riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)</li> <li>• Exámenes de detección de</li> </ul>

## Beneficios médicos y hospitalarios (continuación)

**BlueMedicare Classic (HMO)**  
**Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin,**  
**Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns y**  
**Sumter**  
**H1035-019**

- Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares
- 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
- Pruebas de detección del VIH (virus de inmunodeficiencia humana)
- Vacunas
- Terapia nutricional médica
- Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)
- Exámenes de detección de la obesidad y tratamiento para estimular la pérdida sostenida de peso
- Exámenes para la detección del cáncer de próstata
- Evaluación y orientación para disminuir el consumo excesivo de alcohol
- Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT)
- Exámenes para la detección de enfermedades venéreas 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 Plus (HMO)**  
**Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y**  
**Walton**  
**H1035-047**

- enfermedades cardiovasculares
- Exámenes de detección de cáncer 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
  - Pruebas de detección del VIH (virus de inmunodeficiencia humana)
  - Vacunas
  - Terapia nutricional médica
  - Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)
  - Exámenes de detección de la obesidad y tratamiento para estimular la pérdida sostenida de peso
  - Exámenes para la detección del cáncer de próstata
  - Evaluación y orientación para disminuir el consumo excesivo de alcohol
  - Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT)
  - Exámenes para la detección de enfermedades venéreas y orientación para prevenirlas
  - Cese del consumo de tabaco y del hábito de fumar (asesoramiento para

## Beneficios médicos y hospitalarios (continuación)

	<b>BlueMedicare Classic (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin,</b> <b>Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns y</b> <b>Sumter</b> <b>H1035-019</b>	<b>BlueMedicare Classic Plus (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y</b> <b>Walton</b> <b>H1035-047</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>glaucoma</li> <li>• Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare"</li> <li>• Pruebas de detección del VIH (virus de inmunodeficiencia humana)</li> <li>• Vacunas</li> <li>• Terapia nutricional médica</li> <li>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</li> <li>• Exámenes de detección de la obesidad y tratamiento para estimular la pérdida sostenida de peso</li> <li>• Exámenes para la detección del cáncer de próstata</li> <li>• Evaluación y orientación para disminuir el consumo excesivo de alcohol</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT)</li> <li>• Exámenes para la detección de enfermedades venéreas y orientación para prevenirlas</li> <li>• Cese del consumo de tabaco y del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar)</li> <li>• Cuidados de la vista: Detección del glaucoma</li> <li>• Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>dejar de fumar)</li> <li>• Cuidados de la vista: Detección del glaucoma</li> <li>• Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare"</li> <li>• Pruebas de detección del VIH (virus de inmunodeficiencia humana)</li> <li>• Vacunas</li> <li>• Terapia nutricional médica</li> <li>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</li> <li>• Exámenes de detección de la obesidad y tratamiento para estimular la pérdida sostenida de peso</li> <li>• Exámenes para la detección del cáncer de próstata</li> <li>• Evaluación y orientación para disminuir el consumo excesivo de alcohol</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT)</li> <li>• Exámenes para la detección de enfermedades venéreas y orientación para prevenirlas</li> <li>• Cese del consumo de tabaco y del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar)</li> <li>• Cuidados de la vista: Detección del glaucoma</li> <li>• Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare"</li> </ul>
<b>Atención de emergencia</b>	<b>Atención de emergencia cubierta por Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$120 de copago por visita</li> </ul>	<b>Atención de emergencia cubierta por Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$135 de copago por visita</li> </ul>

## Beneficios médicos y hospitalarios (continuación)

	<b>BlueMedicare Classic (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin,</b> <b>Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns y</b> <b>Sumter</b> <b>H1035-019</b>	<b>BlueMedicare Classic Plus (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y</b> <b>Walton</b> <b>H1035-047</b>
	<p>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> <p><b>Servicios de atención médica de emergencia mundial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$120 de copago para atención de emergencia internacionalmente</li> <li>• \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia mundial y servicios de urgencia en todo el mundo</li> </ul> <p>No incluye transporte de emergencia.</p>	<p>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> <p><b>Servicios de atención médica de emergencia mundial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$135 de copago para atención de emergencia internacionalmente</li> <li>• \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia mundial y servicios de urgencia en todo el mundo</li> </ul> <p>No incluye transporte de emergencia.</p>
<p><b>Servicios de urgencia necesarios</b></p>	<p><b>Servicios que se necesitan con urgencia cubiertos por Medicare</b></p> <p>Los servicios de urgencia necesarios se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica inesperada que no constituye una emergencia y que requiere atención médica inmediata.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$45 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.</li> <li>• \$45 de copago en un centro de consultas sin cita previa, dentro o fuera de la red</li> </ul> <p><b>Servicios de urgencia necesarios mundiales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$120 de copago o servicios de</li> </ul>	<p><b>Servicios que se necesitan con urgencia cubiertos por Medicare</b></p> <p>Los servicios de urgencia necesarios se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica inesperada que no constituye una emergencia y que requiere atención médica inmediata.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$40 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.</li> <li>• \$40 de copago en un centro de consultas sin cita previa, dentro o fuera de la red</li> </ul> <p><b>Servicios de urgencia necesarios mundiales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$135 de copago o servicios de</li> </ul>

## Beneficios médicos y hospitalarios (continuación)

	<b>BlueMedicare Classic (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin,</b> <b>Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns y</b> <b>Sumter</b> <b>H1035-019</b>	<b>BlueMedicare Classic Plus (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y</b> <b>Walton</b> <b>H1035-047</b>
	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.	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.
<b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/escáner *◇</b>	<b>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$100 de copago en un Centro Independiente de Exámenes de Diagnóstico (Independent Diagnostic Testing Facility, IDTF)</li> <li>• \$100 de copago en un hospital ambulatorio</li> <li>• \$0 de copago por pruebas de alergia</li> </ul> <b>Servicios de laboratorio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago en laboratorios clínicos independientes</li> <li>• \$50 de copago en un hospital ambulatorio</li> </ul> <b>Radiografías</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago en el consultorio de un médico o en un IDTF</li> <li>• \$100 de copago en un hospital ambulatorio</li> </ul> <b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b> <p>Incluye servicios como imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografía por emisión de positrones (PET) y tomografía computarizada (CT).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$25 de copago en el consultorio de un médico o en un IDTF</li> <li>• \$225 de copago en un hospital ambulatorio</li> </ul> <b>Radioterapia</b>	<b>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$100 de copago en un Centro Independiente de Exámenes de Diagnóstico (IDTF)</li> <li>• \$100 de copago en un hospital ambulatorio</li> <li>• \$0 de copago por pruebas de alergia</li> </ul> <b>Servicios de laboratorio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago en laboratorios clínicos independientes</li> <li>• \$50 de copago en un hospital ambulatorio</li> </ul> <b>Radiografías</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago en el consultorio de un médico o en un IDTF</li> <li>• \$100 de copago en un hospital ambulatorio</li> </ul> <b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b> <p>Incluye servicios como imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografía por emisión de positrones (PET) y tomografía computarizada (CT).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$25 de copago en el consultorio de un médico o en un IDTF</li> <li>• \$225 de copago en un hospital ambulatorio</li> </ul> <b>Radioterapia</b>

## Beneficios médicos y hospitalarios (continuación)

	<b>BlueMedicare Classic (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin,</b> <b>Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns y</b> <b>Sumter</b> <b>H1035-019</b>	<b>BlueMedicare Classic Plus (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y</b> <b>Walton</b> <b>H1035-047</b>																																				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 % de la cantidad permitida por Medicare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 % de la cantidad permitida por Medicare</li> </ul>																																				
<b>Servicios de la audición</b>	<p><b>Servicios de la audición cubiertos por Medicare*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$40 de copago por exámenes para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio</li> </ul> <p><b>Servicios de la audición adicionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por un examen auditivo de rutina por año</li> <li>• \$0 de copago por evaluación y ajuste de audífonos</li> <li>• Consulte la tabla a continuación para ver el copago de cada audífono para un máximo de 2 audífonos cada año.</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nivel de tecnología</th> <th>Copago por audífono</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Entrada</td> <td>\$350.00 por dispositivo</td> </tr> <tr> <td>Básico</td> <td>\$525.00 por dispositivo</td> </tr> <tr> <td>Principal</td> <td>\$825.00 por dispositivo</td> </tr> <tr> <td>Preferido</td> <td>\$1,125.00 por dispositivo</td> </tr> <tr> <td>Avanzado</td> <td>\$1,425.00 por dispositivo</td> </tr> <tr> <td>Calidad superior</td> <td>\$1,825.00 por dispositivo</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sujeto al máximo de beneficios.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">El miembro es responsable de cualquier cantidad luego de que se haya aplicado el beneficio de subsidio.</td> </tr> </tbody> </table>	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	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.		<p><b>Servicios de la audición cubiertos por Medicare*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago por exámenes para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio</li> </ul> <p><b>Servicios de la audición adicionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por un examen auditivo de rutina por año</li> <li>• \$0 de copago por evaluación y ajuste de audífonos</li> <li>• Consulte la tabla a continuación para ver el copago de cada audífono para un máximo de 2 audífonos cada año.</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nivel de tecnología</th> <th>Copago por audífono</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Entrada</td> <td>\$350.00 por dispositivo</td> </tr> <tr> <td>Básico</td> <td>\$525.00 por dispositivo</td> </tr> <tr> <td>Principal</td> <td>\$825.00 por dispositivo</td> </tr> <tr> <td>Preferido</td> <td>\$1,125.00 por dispositivo</td> </tr> <tr> <td>Avanzado</td> <td>\$1,425.00 por dispositivo</td> </tr> <tr> <td>Calidad superior</td> <td>\$1,825.00 por dispositivo</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sujeto al máximo de beneficios.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">El miembro es responsable de cualquier cantidad luego de que se haya aplicado el beneficio de subsidio.</td> </tr> </tbody> </table>	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	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.	
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																																					
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.																																						
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																																					
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.																																						

## Beneficios médicos y hospitalarios (continuación)

	<b>BlueMedicare Classic (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin,</b> <b>Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns y</b> <b>Sumter</b> <b>H1035-019</b>	<b>BlueMedicare Classic Plus (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y</b> <b>Walton</b> <b>H1035-047</b>
	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.
<b>Servicios dentales</b>	<b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b> ◇ <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$40 de copago por atención dental que no es de rutina</li> </ul>	<b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b> ◇ <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago por atención dental que no es de rutina</li> </ul>
	<b>Servicios dentales adicionales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por servicios dentales preventivos cubiertos</li> <li>• \$0 de copago por servicios dentales integrales cubiertos</li> </ul>	<b>Servicios dentales adicionales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por servicios dentales preventivos cubiertos</li> <li>• \$0 de copago por servicios dentales integrales cubiertos</li> </ul>
<b>Servicios de la vista</b>	<b>Servicios de la vista cubiertos por Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$40 de copago por servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos*</li> <li>• \$0 de copago para pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para los miembros con alto riesgo de glaucoma)</li> <li>• \$0 de copago para un examen de la retina para diabéticos por año</li> <li>• \$0 de copago para un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas</li> </ul> <b>Servicios de la vista adicionales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago para un examen de la vista de rutina por año</li> <li>• \$100 de subsidio máximo por año para la compra de lentes, marcos o lentes de contacto</li> <li>• El miembro es responsable de los costos que excedan el subsidio máximo anual de beneficios del plan</li> </ul>	<b>Servicios de la vista cubiertos por Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago por servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos*</li> <li>• \$0 de copago para pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para los miembros con alto riesgo de glaucoma)</li> <li>• \$0 de copago para un examen de la retina para diabéticos por año</li> <li>• \$0 de copago para un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas</li> </ul> <b>Servicios de la vista adicionales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago para un examen de la vista de rutina por año</li> <li>• \$200 de subsidio máximo por año para la compra de lentes, marcos o lentes de contacto</li> <li>• El miembro es responsable de los costos que excedan el subsidio máximo anual de beneficios del plan</li> </ul>
<b>Servicios de salud</b>	<b>Servicios de salud mental para</b>	<b>Servicios de salud mental para</b>

## Beneficios médicos y hospitalarios (continuación)

	BlueMedicare Classic (HMO) Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin, Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns y Sumter H1035-019	BlueMedicare Classic Plus (HMO) Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton H1035-047
<b>mental</b> ◇	<p><b>pacientes hospitalizados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$300 por día del día 1 al día 5</li> <li>\$0 de copago por día del día 6 al 90</li> <li>Un máximo total de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico</li> </ul> <p><b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$20 de copago</li> </ul>	<p><b>pacientes hospitalizados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$300 por día del día 1 al día 5</li> <li>\$0 de copago por día del día 6 al 90</li> <li>Un máximo total de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico</li> </ul> <p><b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$20 de copago</li> </ul>
<b>Centros de cuidados médicos especializados (Skilled Nursing Facility, SNF)</b> ◇	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por día del día 1 al 20</li> <li>\$160 de copago por día, del día 21 al 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por día del día 1 al 20</li> <li>\$160 de copago por día, del día 21 al 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficio.</li> </ul>
<b>Fisioterapia</b> *◇	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$35 de copago por visita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$35 de copago por visita</li> </ul>
<b>Ambulancia</b> ◇	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$250 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$250 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)</li> </ul>
<b>Transporte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin Cobertura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin Cobertura</li> </ul>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$5 de copago por inyecciones para la alergia</li> <li>Hasta 20 % del monto permitido por Medicare para los medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare ◇</li> <li>20 % hasta \$35 al mes para los fármacos de insulina a través de equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) ◇</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$5 de copago por inyecciones para la alergia</li> <li>Hasta 20 % del monto permitido por Medicare para los medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare ◇</li> <li>20 % hasta \$35 al mes para los fármacos de insulina a través de equipos médicos duraderos (DME) ◇</li> </ul>

## Beneficios adicionales

	<b>BlueMedicare Classic (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin,</b> <b>Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns y</b> <b>Sumter</b> <b>H1035-019</b>	<b>BlueMedicare Classic Plus (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y</b> <b>Walton</b> <b>H1035-047</b>
<b>Apoyo del cuidador para el miembro</b>	<p>Proporciona cobertura para servicios de asesoramiento, educación y apoyo, como cursos de orientación y capacitación para cuidadores de inscritos. Los beneficios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una herramienta basada en la web que contiene contenido educativo que cubre temas sobre salud, riqueza, vida de adultos mayores, cuidado en el hogar y estilo de vida</li> <li>• Acceso para que los cuidadores y familiares publiquen actualizaciones y videos; herramientas para administrar</li> </ul>	<p>Proporciona cobertura para servicios de asesoramiento, educación y apoyo, como cursos de orientación y capacitación para cuidadores de inscritos. Los beneficios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una herramienta basada en la web que contiene contenido educativo que cubre temas sobre salud, riqueza, vida de adultos mayores, cuidado en el hogar y estilo de vida</li> <li>• Acceso para que los cuidadores y familiares publiquen actualizaciones y videos; herramientas para administrar</li> </ul>

## Beneficios adicionales (continuación)

	<b>BlueMedicare Classic (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin,</b> <b>Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns y</b> <b>Sumter</b> <b>H1035-019</b>	<b>BlueMedicare Classic Plus (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y</b> <b>Walton</b> <b>H1035-047</b>
	<p>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 <i>"Evidencia de cobertura"</i> para conocer los detalles de los beneficios.</p>	<p>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 <i>"Evidencia de cobertura"</i> para conocer los detalles de los beneficios.</p>
<b>Suministros para la diabetes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago en una farmacia minorista contratada por Florida Blue Medicare o por correo para suministros para la diabetes, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidores de glucosa Lifescan (OneTouch®)</li> <li>• Lancetas</li> <li>• Tiras reactivas</li> <li>• Monitores de glucosa continuos (Continuous Glucose Monitors,</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago en una farmacia minorista contratada por Florida Blue Medicare o por correo para suministros para la diabetes, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidores de glucosa Lifescan (OneTouch®)</li> <li>• Lancetas</li> <li>• Tiras reactivas</li> <li>• Monitores de glucosa continuos (Continuous Glucose Monitors,</li> </ul> </li> </ul>

## Beneficios adicionales (continuación)

	<b>BlueMedicare Classic (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin,</b> <b>Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns y</b> <b>Sumter</b> <b>H1035-019</b>	<b>BlueMedicare Classic Plus (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y</b> <b>Walton</b> <b>H1035-047</b>
	CGM), como Freestyle Libre y Dexcom, y suministros. ◇	CGM), como Freestyle Libre y Dexcom, y suministros. ◇
	<p><b>Nota importante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La insulina, las jeringas de insulina y las agujas para la autoadministración en el hogar se obtienen en una farmacia de venta minorista o de orden por correo de la red y están cubiertas por su beneficio de farmacia de la Parte D de Medicare.</b> Se aplican los copagos y deducibles correspondientes de la Parte D.</li> <li>• Lifescan (OneTouch®), así como otras marcas de medidores de glucosa y tiras reactivas también se pueden obtener a través de nuestra red de DME participante.</li> <li>• El llenado inicial de un CGM cuando se utiliza con una bomba de insulina puede obtenerse a través de nuestro proveedor de DME participante.</li> </ul>	<p><b>Nota importante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La insulina, las jeringas de insulina y las agujas para la autoadministración en el hogar se obtienen en una farmacia de venta minorista o de orden por correo de la red y están cubiertas por su beneficio de farmacia de la Parte D de Medicare.</b> Se aplican los copagos y deducibles correspondientes de la Parte D.</li> <li>• Lifescan (OneTouch®), así como otras marcas de medidores de glucosa y tiras reactivas también se pueden obtener a través de nuestra red de DME participante.</li> <li>• El llenado inicial de un CGM cuando se utiliza con una bomba de insulina puede obtenerse a través de nuestro proveedor de DME participante.</li> </ul>
<b>Programa de prevención de la diabetes de Medicare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare</li> </ul>
<b>Podología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago por cada visita a un podólogo cubierta por Medicare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago por cada visita a un podólogo cubierta por Medicare</li> </ul>
<b>Quiropráctico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago por servicios de quiropraxia cubiertos por Medicare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago por servicios de quiropraxia cubiertos por Medicare</li> </ul>
<b>Equipos y suministros médicos</b> ◇	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 % del monto permitido por Medicare para todas las sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas cubiertas por Medicare y aprobadas por el plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 % del monto permitido por Medicare para todas las sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas cubiertas por Medicare y aprobadas por el plan</li> </ul>

## Beneficios adicionales (continuación)

	<b>BlueMedicare Classic (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin,</b> <b>Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns y</b> <b>Sumter</b> <b>H1035-019</b>	<b>BlueMedicare Classic Plus (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y</b> <b>Walton</b> <b>H1035-047</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 % del monto permitido por Medicare para todos los demás equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare y aprobados por el plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 % del monto permitido por Medicare para todos los demás equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare y aprobados por el plan</li> </ul>
<b>Terapia ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios *◇</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 de copago por visita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 de copago por visita</li> </ul>
<b>Telesalud *◇</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$45 de copago por servicios que se necesitan con urgencia</li> <li>• \$0 de copago por servicios de atención primaria</li> <li>• \$35 de copago por terapia ocupacional/fisioterapia/terapia del habla en un centro independiente</li> <li>• \$35 de copago por terapia ocupacional/del habla/fisioterapia en un hospital ambulatorio</li> <li>• \$40 de copago por servicios de dermatología</li> <li>• \$20 de copago por sesiones individuales para servicios de especialidad de salud mental para pacientes ambulatorios</li> <li>• \$20 de copago por sesiones individuales para servicios de especialidad de psiquiatría para pacientes ambulatorios</li> <li>• \$20 de copago por Servicios del Programa del Tratamiento con Opioides</li> <li>• \$20 de copago por sesiones individuales para servicios de especialidad por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</li> <li>• \$0 de copago por la capacitación para el automanejo de la diabetes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$40 de copago por servicios que se necesitan con urgencia</li> <li>• \$0 de copago por servicios de atención primaria</li> <li>• \$35 de copago por terapia ocupacional/fisioterapia/terapia del habla en un centro independiente</li> <li>• \$35 de copago por terapia ocupacional/del habla/fisioterapia en un hospital ambulatorio</li> <li>• \$30 de copago por servicios de dermatología</li> <li>• \$20 de copago por sesiones individuales para servicios de especialidad de salud mental para pacientes ambulatorios</li> <li>• \$20 de copago por sesiones individuales para servicios de especialidad de psiquiatría para pacientes ambulatorios</li> <li>• \$20 de copago por Servicios del Programa del Tratamiento con Opioides</li> <li>• \$20 de copago por sesiones individuales para servicios de especialidad por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</li> <li>• \$0 de copago por la capacitación para el automanejo de la diabetes</li> </ul>

## Beneficios adicionales (continuación)

	<b>BlueMedicare Classic (HMO)</b> Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin, Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns y Sumter H1035-019	<b>BlueMedicare Classic Plus (HMO)</b> Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton H1035-047
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por servicios de nutricionistas</li> <li>• Sin Cobertura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por servicios de nutricionistas</li> </ul>
<b>Beneficios complementarios especiales para enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) ◇</b>		<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención domiciliaria: 30 horas al año para atención domiciliaria a través de nuestro proveedor participante. Los servicios incluyen apoyo con Actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADL).</li> <li>• Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para conocer todos los requisitos de elegibilidad.</li> </ul>
<b>Tarjeta prepaga Blue Dollars Benefits de Mastercard®</b>  NOTA: Consulte <i>Healthy Blue Rewards</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En función de las cantidades de subsidio y frecuencia de su plan, los fondos se cargarán automáticamente en su tarjeta Blue Dollars.</li> <li>▪ Use su tarjeta Blue Dollars para acceder fácilmente a recompensas y seleccionar beneficios de subsidio que</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En función de las cantidades de subsidio y frecuencia de su plan, los fondos se cargarán automáticamente en su tarjeta Blue Dollars.</li> <li>▪ Use su tarjeta Blue Dollars para acceder fácilmente a recompensas y seleccionar beneficios de subsidio que</li> </ul>

## Beneficios adicionales (continuación)

	<b>BlueMedicare Classic (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin,</b> <b>Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns y</b> <b>Sumter</b> <b>H1035-019</b>	<b>BlueMedicare Classic Plus (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y</b> <b>Walton</b> <b>H1035-047</b>
	<p>podrían formar parte de su plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los beneficios, la cobertura y los montos varían según el plan. Pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.</li> <li>La tarjeta Blue Dollars se enviará por correo directamente a usted y se repondrá al comienzo de cada mes.</li> </ul>	<p>podrían formar parte de su plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los beneficios, la cobertura y los montos varían según el plan. Pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.</li> <li>La tarjeta Blue Dollars se enviará por correo directamente a usted y se repondrá al comienzo de cada mes.</li> </ul>
<b>Artículos de venta libre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin Cobertura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$100 de subsidio trimestral para la compra de artículos sin receta, como vitaminas y aspirina</li> <li>Cualquier saldo no utilizado para un trimestre no se transferirá al trimestre siguiente</li> </ul>
<b>Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Membresía a gimnasios y clases disponibles en establecimientos de acondicionamiento físico en todo el país, incluidas cadenas nacionales y gimnasios locales</li> <li>Acceso a equipos de ejercicios y otros servicios, clases para todos los niveles y capacidades, eventos sociales y más</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Membresía a gimnasios y clases disponibles en establecimientos de acondicionamiento físico en todo el país, incluidas cadenas nacionales y gimnasios locales</li> <li>Acceso a equipos de ejercicios y otros servicios, clases para todos los niveles y capacidades, eventos sociales y más</li> </ul>
<b>Recompensas de HealthyBlue</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Las recompensas están disponibles después de suscribirse al programa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Las recompensas están disponibles después de suscribirse al programa.</li> </ul>

## Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D

### Etapa de deducible

\$0 por año para los medicamentos recetados de la Parte D. No hay deducible para insulinas.

### 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.

	<b>BlueMedicare Classic (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin,</b> <b>Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns y</b> <b>Sumter</b> <b>H1035-019</b>		<b>BlueMedicare Classic Plus (HMO)</b> <b>Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y</b> <b>Walton</b> <b>H1035-047</b>	
<b>Durante la Etapa de Cobertura inicial:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usted permanece en esta etapa hasta que su costo total de medicamentos del año (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) alcance los <b>\$5,030</b>. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Usted permanece en esta etapa hasta que su costo total de medicamentos del año (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) alcance los <b>\$5,030</b>. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo.</li> </ul>	
<i>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</i>	<b>Venta minorista/a largo plazo/pedido por correo estándar (suministro de 31 días)</b>	<b>Venta minorista/pedido por correo estándar (suministro para 90 a 100 días)</b>	<b>Venta minorista/a largo plazo/pedido por correo estándar (suministro de 31 días)</b>	<b>Venta minorista/pedido por correo estándar (suministro para 90 a 100 días)</b>
<b>Nivel 1 - Genéricos preferidos</b>	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2 - Genéricos</b>	\$10 de copago	\$30 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos</b>	\$40 de copago \$35 de copago para insulina	\$120 de copago \$105 de copago para insulina	\$40 de copago \$35 de copago para insulina	\$120 de copago \$105 de copago para insulina
<b>Nivel 4 – medicamentos no preferidos</b>	\$93 de copago	\$279 de copago	\$93 de copago	\$279 de copago
<b>Nivel 5 - Medicamentos especializados</b>	33% del costo	No corresponde	33% del costo	No corresponde
<b>Nivel 6: medicamentos de cuidados seleccionados</b>	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

### Etapa de brecha en la cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha en la cobertura (también llamada "donut hole"). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted paga por sus medicamentos.

**BlueMedicare Classic (HMO)**  
**Bay, Escambia, Lake, Marion, Martin,**  
**Okaloosa, Santa Rosa, St. Johns y**  
**Sumter**  
**H1035-019**

**BlueMedicare Classic Plus (HMO)**  
**Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y**  
**Walton**  
**H1035-047**

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

- La etapa de brecha en la cobertura comienza después de que los costos anuales totales de medicamentos (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) alcanzan los \$5,030. Puede permanecer en esta etapa hasta que los costos de su bolsillo del año a la fecha alcancen el total de \$8,000.
  - Usted paga los mismos copagos que pagó en la Etapa de Cobertura Inicial para medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y del Nivel 6 (medicamentos de cuidados selectos), o el 25 % de los costos, lo que sea menor.
  - Por los medicamentos genéricos, paga el 25 % de los costos
  - Para medicamentos de marca, paga el 25 % del costo (más una parte de la tarifa de suministro)
  - Para las insulinas, no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada insulina.
- La etapa de brecha en la cobertura comienza después de que los costos anuales totales de medicamentos (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) alcanzan los \$5,030. Puede permanecer en esta etapa hasta que los costos de su bolsillo del año a la fecha alcancen el total de \$8,000.
  - Usted paga los mismos copagos que pagó en la Etapa de Cobertura Inicial para medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y del Nivel 6 (medicamentos de cuidados selectos), o el 25 % de los costos, lo que sea menor.
  - Por los medicamentos genéricos, paga el 25 % de los costos
  - Para medicamentos de marca, paga el 25 % del costo (más una parte de la tarifa de suministro)
  - Para las insulinas, no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada insulina.

**Etapas de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos**

Después de alcanzar el límite anual de \$8,000 en costos de bolsillo por medicamentos, usted paga:

- \$0 de copago para medicamentos de la Parte D en todos los niveles.

**Cobertura adicional de medicamentos**

- Llámenos o consulte la "Evidencia de cobertura" del plan en nuestro sitio web ([www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare)) si busca información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos. Si solicita una excepción de la lista de medicamentos cubiertos y el plan aprueba la excepción, usted pagará el costo compartido del Nivel 4 (medicamentos de marca 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 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 preguntas, llame al número de Servicios para Miembros al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias 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.

La cobertura HMO se ofrece a través de Florida Blue Medicare, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue Medicare, un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

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 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 Mastercard. Mastercard y el diseño de círculos son marcas comerciales de Mastercard International Incorporated.

© 2023 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. Visite [floridablue.com/ndnotice](http://floridablue.com/ndnotice) para información sobre nuestros servicios gratuitos de asistencia lingüística.

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](http://floridablue.com/es/ndnotice).

## Servicios de intérprete en varios idiomas

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

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-926-6565 (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.

**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 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。