

# BlueMedicare Value (PPO) ofrecido por Florida Blue

## Notificación anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de BlueMedicare Value. El próximo año habrá cambios en los costos y 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.

- **Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre podrá hacer cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**

---

### 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 Value.
- 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 Value.
- 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 Value

- Florida Blue es un Plan PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción a Florida Blue depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice "nosotros", "nos" o "nuestro", quiere decir Florida Blue. Cuando se hace referencia a "plan" o "nuestro plan", se refiere a BlueMedicare Value.

## ***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>7</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual.....	7
Sección 1.2 – Cambios en las cantidades máximas a su cargo .....	7
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias .....	8
Sección 1.4 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos.....	8
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D.....	20
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>23</b>
Sección 2.1 – Si desea continuar en BlueMedicare Value.....	23
Sección 2.2 - Si desea cambiar de plan .....	23
<b>SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan .....</b>	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare.....</b>	<b>25</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta médica .....</b>	<b>25</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?.....</b>	<b>26</b>
Sección 6.1 – Recibir ayuda de BlueMedicare Value .....	26
Sección 6.2 – Para recibir ayuda de Medicare.....	26

## Resumen de costos importantes para 2024

El siguiente cuadro compara los costos de 2023 y los costos de 2024 para BlueMedicare Value 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	\$0
* Su prima puede ser mayor que este monto. (Vea la Sección 1.1 para obtener mayor información).		
<b>Cantidad máxima de gastos a su cargo</b>	De los proveedores de la red: \$4,500	De los proveedores de la red: \$4,900
Esto es lo <u>máximo</u> que pagará como gastos a su cargo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Vea la Sección 1.2 para obtener mayor información).	De los proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$8,950	De los proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$8,950
<b>Visitas al consultorio médico</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Visitas a médicos de cabecera: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas a especialistas: Nivel 1: copago de \$30 por visita Nivel 2: copago de \$39 por visita</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Visitas a médicos de cabecera: 47 % del costo total por visita</p> <p>Visitas a especialistas: Nivel 1 y Nivel 2: 47 % del costo total por visita</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Visitas a médicos de cabecera: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas a especialistas: Nivel 1: copago de \$30 por visita Nivel 2: copago de \$39 por visita</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Visitas a médicos de cabecera: 45 % del costo total por visita</p> <p>Visitas a especialistas: Nivel 1 y Nivel 2: 45% del costo total por visita</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Atención para pacientes hospitalizados</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b>  Días 1 a 5: copago de \$295 por día (por hospitalización cubierta por Medicare)</p> <p>Después del día 5, el plan paga el 100 % de los gastos cubiertos</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b>  47 % del costo total</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b>  Días 1 a 5: copago de \$295 por día (por hospitalización cubierta por Medicare)</p> <p>Después del día 5, el plan paga el 100 % de los gastos cubiertos</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b>  45 % del costo total</p>
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b></p> <p>(Vea la Sección 1.5 para obtener mayor información).</p>	<p>Deducible: \$150</p> <p>Se aplica a los Niveles 3 (medicamentos de marca preferida), 4 (medicamentos no preferidos) y 5 (medicamentos especializados), excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamento 1: \$0 de copago</li> <li>• Nivel de medicamento 2: \$0 de copago</li> <li>• Nivel de medicamento 3: \$47 de copago</li> </ul> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamento 4: \$100 de copago</li> <li>• Nivel de medicamento 5: 30 % del costo total</li> </ul>	<p>Deducible: \$150</p> <p>Se aplica a los Niveles 3 (medicamentos de marca preferida), 4 (medicamentos no preferidos) y 5 (medicamentos especializados), excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamento 1: \$0 de copago</li> <li>• Nivel de medicamento 2: \$0 de copago</li> <li>• Nivel de medicamento 3: \$47 de copago</li> </ul> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamento 4: \$100 de copago</li> <li>• Nivel de medicamento 5: 30 % del costo total</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel de medicamento 6: \$0 de copago</li> </ul> <p>Cobertura para eventos médicos graves (catastróficos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante esta etapa de pago, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.</li> <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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel de medicamento 6: \$0 de copago</li> </ul> <p>Cobertura para eventos médicos graves (catastróficos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante esta etapa de cobertura, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</li> </ul>

## 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>	\$0	\$0
(Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).		

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se requiere que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida si no posee otra cobertura de medicamentos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, podría tener que pagar un monto adicional todos los meses directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

### Sección 1.2 – Cambios en las cantidades máximas a su cargo

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Gasto máximo a su cargo dentro de la red</b>	\$4,500	\$4,900
Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como copagos) de los proveedores de la red cuentan para su cantidad máxima de gastos a su cargo dentro de la red.		Una vez que pague \$4,900 en costos a su cargo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya no pagará ningún monto por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B de los proveedores de la red durante el resto del año calendario.
Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para los gastos máximos a su cargo.		
<b>Cantidad combinada de gastos máximos a su cargo</b>	\$8,950	\$8,950
		Una vez que pague \$8,950 por costos a su cargo por los

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como copagos) de los proveedores dentro y fuera de la red cuentan para su cantidad máxima combinada de gastos a su cargo. Sus costos por medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cuentan para su cantidad máxima de gastos a su cargo por servicios médicos.</p>		<p>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 brindados por proveedores dentro o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad de gastos a su cargo que debe realizar durante el año. Estos límites se denominan cantidad máxima de gastos 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.

### 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 podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman 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

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

<b>Costo</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (próximo año)</b>
<b>Acupuntura</b>	Se requiere autorización previa para más de 12 visitas, dentro de la red únicamente. <b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	Se requiere una revisión por necesidad médica para más de 12 visitas, solo dentro de la red. <b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Servicios de ambulancia</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga un copago de \$325 por cada traslado cubierto por Medicare (solo de ida)	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga un copago de \$250 por cada traslado cubierto por Medicare (solo de ida)
<b>Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Programa de Cuidado de la salud en el hogar</b>	<b><u>Dentro de la red</u></b> Usted paga un copago de \$0 por atención en el hogar, 60 horas por año. Los servicios incluyen apoyo con Actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADL).	La atención médica en el hogar <u>no</u> está cubierta.
<b>Servicios de sangre (no se aplica el deducible de 3 pintas)</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Se requiere autorización previa para ciertos servicios, dentro de la red solamente. <b><u>Dentro de la red</u></b> Usted paga un copago de \$40 para servicios de rehabilitación cardíaca. <b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<u>No</u> se requiere autorización previa para la rehabilitación cardíaca. <b><u>Dentro de la red</u></b> Usted paga un copago de \$35 para servicios de rehabilitación cardíaca. <b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Quiropráctico</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios dentales* (beneficios adicionales)</b>		
<b>Evaluación oral periódica</b>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 53 % de las tarifas no participantes.</p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.</p>
<b>Evaluación bucal limitada</b>	<p>La evaluación oral limitada <u>no</u> está cubierta</p>	<p>Según sea necesario <b><u>Dentro de la red</u></b> Usted paga un copago de \$0 por evaluaciones orales limitadas</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.</p>
<b>Evaluación oral completa</b>	<p>1 de por vida, por dentista</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 53 % de las tarifas no participantes.</p>	<p>Las evaluaciones orales completas están limitadas a 1 de por vida, por dentista, y además cuentan para el límite de 2 evaluaciones por año.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.</p>
<b>Diagnóstico por imágenes (radiografías)</b>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 53 % de las tarifas no participantes.</p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.</p>
<b>Imágenes de diagnóstico (radiografías) intraoral periapical</b>	<p>Las imágenes de diagnóstico (radiografías) intraoral periapical <u>no</u> están cubiertas.</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b> 1 juego por año calendario Usted paga un copago de \$0 por imágenes de diagnóstico (radiografías). Radiografía intraoral periapical.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.</p>
<b>Diagnóstico por imágenes</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b>	<b><u>Fuera de la red</u></b>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>(radiografías) Radiografías de aletas de mordida</b>	El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 53 % de las tarifas no participantes.	El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.
<b>Diagnóstico por imágenes (radiografías) Radiografía panorámica</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 53 % de las tarifas no participantes.	<b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.
<b>Profilaxis dental (limpiezas)</b>	2 limpiezas por 12 meses consecutivos  <b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 53 % de las tarifas no participantes.	Límite combinado de 2 limpiezas por año calendario para profilaxis y mantenimiento periodontal  <b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.
<b>Profilaxis dental (fluoruro)</b>	La profilaxis dental (fluoruro) <u>no</u> está cubierta.	<b><u>Dentro de la red</u></b> 2 por año calendario Usted paga un copago de \$0 por profilaxis dental (fluoruro)  <b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.
<b>Otros servicios preventivos (aplicación de medicamento para detener caries)</b>	Otros servicios preventivos (aplicación de medicamento para detener caries) <u>no</u> están cubiertos.	<b><u>Dentro de la red</u></b> 2 por año calendario Usted paga un copago de \$0 por servicios preventivos (aplicación de medicamento para detener caries)  <b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.
<b>Servicios de restauración</b>	<u>No</u> están cubiertos los servicios de restauración.	<b><u>Dentro de la red</u></b> 2 restauraciones por año calendario Usted paga un copago de \$0 por servicios de restauración  <b><u>Fuera de la red</u></b>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.
<b>Coronas</b>	Las coronas <u>no</u> están cubiertas.	<p><b><u>Dentro de la red</u></b> 1 corona por año calendario solo junto con un procedimiento de conducto radicular cubierto Usted paga un copago de \$0 por coronas junto con un procedimiento de conducto radicular cubierto</p> <p>1 por año calendario para reconstrucción de muñón, incluye clavillos cuando sea requerido Usted paga un copago de \$0 por reconstrucción de núcleo</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.</p>
<b>Endodoncia (tratamiento de conducto)</b>	La endodoncia <u>no</u> está cubierta	<p><b><u>Dentro de la red</u></b> 1 por año calendario Usted paga un copago de \$0 por endodoncia (tratamientos de conducto)</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.</p>
<b>Periodoncia</b>	La periodoncia <u>no</u> está cubierta	<p><b><u>Dentro de la red</u></b> 1 por cuadrante por 24 meses Usted paga un copago de \$0 por periodoncia (raspado periodontal y alisado radicular)</p> <p>1 por período de 36 meses que no se debe completar el mismo día</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		<p>de la limpieza o la evaluación oral integral</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y diagnóstico oral integrales</p> <p>2 limpiezas por año calendario (límite combinado para profilaxis dental y mantenimiento periodontal)</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por mantenimiento periodontal</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.</p>
<p><b>Prostodoncia, removible</b></p> <p><b>(dentadura postiza maxilar completa o mandibular, dentadura postiza maxilar inmediata o mandibular, dentadura postiza parcial maxilar o mandibular)</b></p>	<p><u>No</u> están cubiertas la prostodoncia removible (dentadura postiza maxilar completa o mandibular, dentadura postiza maxilar inmediata o mandibular, dentadura postiza parcial maxilar o mandibular)</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b> 1 juego cada 60 meses Usted paga un copago de \$0 por prostodoncia removible</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.</p>
<p><b>Prostodoncia, removible</b></p> <p><b>(Ajuste de dentadura postiza completo – maxilar – Ajuste de dentadura postiza completo – mandibular – Ajuste de dentadura postiza parcial – maxilar – Ajuste de dentadura postiza parcial – mandibular)</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b> Máximo 2 cada 12 meses consecutivos.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 53 % de las tarifas no participantes.</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b> 1 por año calendario</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.</p>
<p><b>Prostodoncia, removible</b></p> <p><b>(Reparación o reemplazo de dentaduras postizas)</b></p>	<p>La prostodoncia removible (reparación o reemplazo de dentaduras postizas) <u>no</u> está cubierta</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b> Dos por año calendario, máximo de 5 cada 5 años Usted paga un copago de \$0 por prostodoncia removible</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		(reparación o reemplazo de dentaduras postizas)  <b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.
<b>Prostodoncia removible (recubrimiento o rebasado de dentaduras postizas)</b>	La prostodoncia removible (recubrimiento o rebasado de dentaduras postizas) <u>no</u> está cubierta	<b><u>Dentro de la red</u></b> 1 por año calendario Usted paga un copago de \$0 por prostodoncia removible (recubrimiento o rebasado de dentaduras postizas)  <b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.
<b>Cirugía maxilofacial y bucal</b>  <b>Extracción, pieza dental brotada o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps)</b>	Máximo 2 cada 12 meses consecutivos para un diente erupcionado o raíz expuesta. Incluye anestesia local, sutura y atención de rutina posoperatoria.  <b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 53 % de las tarifas no participantes.	Máximo de 4 por año calendario  <b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.
<b>Cirugía maxilofacial y bucal</b>  <b>(Extracción quirúrgica de diente que requiera la extracción del hueso y/o seccionamiento del diente, e incluida la elevación de colgajo mucoperióstico, si se indica, extracción del diente impactado o eliminación de las raíces residuales)</b>	La cirugía bucal y maxilofacial (Extracción quirúrgica de diente que requiera la extracción del hueso y/o seccionamiento del diente, e incluida la elevación de colgajo mucoperióstico, si se indica o remoción del diente impactado) <u>no</u> está cubierta	<b><u>Dentro de la red</u></b> Máximo de 4 por año calendario Usted paga un copago de \$0 por cirugía bucal y maxilofacial (extracción quirúrgica de diente que requiera la extracción del hueso y/o seccionamiento del diente, e incluida la elevación de colgajo mucoperióstico, si se indica, extracción del diente impactado o eliminación de las raíces residuales)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		<p><b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55 % de las tarifas no participantes.</p>
<p><b>Programa de prevención de la diabetes</b></p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total</p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total</p>
<p><b>Suministros para la diabetes y zapatos y plantillas terapéuticas para diabéticos</b></p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total</p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total</p>
<p><b>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</b></p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total</p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total</p>
<p><b>Equipo médico duradero</b></p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total</p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total</p>
<p><b>Servicios de emergencia</b></p>	<p><b><u>Dentro y Fuera de la Red</u></b> Usted paga un copago de \$90 por visita.</p>	<p><b><u>Dentro y Fuera de la Red</u></b> Usted paga un copago de \$120 por visita</p>
<p><b>Marcos y lentes de anteojos (materiales para la visión)</b></p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro debe pagar el 100 % de los cargos y enviar los recibos detallados para el reembolso del 53 % de la cantidad permitida dentro de la red.  El miembro es responsable de todas las cantidades que excedan el 53 % del monto permitido dentro de la red o de cualquier monto que exceda el subsidio máximo anual de beneficios del plan.  El reembolso total está sujeto al subsidio máximo anual de beneficios del plan.</p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro debe pagar el 100 % de los cargos y enviar los recibos detallados para el reembolso del 55 % de la cantidad permitida dentro de la red.  El miembro es responsable de todas las cantidades que excedan el 55 % del monto permitido dentro de la red o de cualquier monto que exceda el subsidio máximo anual de beneficios del plan.  El reembolso total está sujeto al subsidio máximo anual de beneficios del plan.</p>
<p><b>Educación sobre salud</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por educación sobre la salud proporcionado a través de la plataforma de asesoramiento digital de meQuilibrium.</p>	<p>La educación sobre salud <u>no</u> está cubierta.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Audífonos</b></p>	<p><b><u>Beneficio máximo</u></b>                      Subsidio máximo de \$1,200 por cada audífono.</p> <p>Hasta 2 audífonos por año.</p> <p>Debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante para recibir beneficios dentro de la red.</p> <p><b><u>Dentro de la red</u></b>                      Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Sujeto al beneficio máximo.</p> <p>El miembro es responsable de cualquier monto luego de que se haya aplicado el beneficio de asignación.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 53 % del máximo permitido.</p> <p>Sujeto al beneficio máximo.</p> <p>El miembro es responsable de cualquier monto luego de que se haya aplicado el beneficio de asignación.</p>	<p><b><u>Beneficio máximo</u></b></p> <p>Hasta 2 audífonos por año. Debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante para recibir beneficios dentro de la red.</p> <p><b><u>Dentro de la red</u></b>                      Usted paga el siguiente copago según el nivel de dispositivo para cada audífono.</p> <p>Entrada \$350.00 por dispositivo</p> <p>Básico \$525.00 por dispositivo</p> <p>Principal \$825.00 por dispositivo</p> <p>Preferido \$1,125.00 por dispositivo</p> <p>Avanzado \$1,425.00 por dispositivo</p> <p>Calidad superior \$1,825.00 por dispositivo</p> <p>Sujeto al beneficio máximo.</p> <p>El miembro es responsable de cualquier cantidad luego de que se haya aplicado el máximo de beneficios.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      El Miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 55 % del precio habitual de los audífonos de nivel básico aprobados. Hasta 2 dispositivos al año.</p>

<b>Costo</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (próximo año)</b>
<b>Exámenes auditivos (de rutina), incluido el ajuste de un audífono</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 53 % del máximo permitido.	<b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 55 % del máximo permitido.
<b>Servicios de salud en el hogar</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Hospital para pacientes hospitalizados, críticos</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Hospital para pacientes hospitalizados - psiquiátrico</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Rehabilitación cardíaca intensiva</b>	Se requiere autorización previa para ciertos servicios, dentro de la red solamente. <b><u>Dentro de la red</u></b> Usted paga un copago de \$50 para servicios de rehabilitación cardíaca <b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<u>No</u> se requiere autorización previa para la rehabilitación cardíaca intensiva. <b><u>Dentro de la red</u></b> Usted paga un copago de \$65 para servicios de rehabilitación cardíaca <b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Servicios de educación para enfermedades de los riñones</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Laboratorio</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Servicios dentales cubiertos por Medicare (que no sean de rutina)</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Exámenes de la vista cubiertos por Medicare (que no sean de rutina)</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Artículos para la visión cubiertos por Medicare (que no son de rutina)</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Exámenes de la audición cubiertos por Medicare (que no sean de rutina)</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare (incluida la insulina a través del DME)</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total

<b>Costo</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (próximo año)</b>
<b>Especialidad de salud mental – Especialista no médico</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Rehabilitación de terapia ocupacional</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Programas de Tratamiento con Opioides</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Otro profesional de atención médica</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Observación en un hospital de cuidados ambulatorios</b>	<b><u>Dentro de la red</u></b> Usted paga un copago de \$90 por observación en un hospital para pacientes ambulatorios	<b><u>Dentro de la red</u></b> Usted paga un copago de \$120 por observación en un hospital para pacientes ambulatorios
	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Servicios de atención ambulatoria</b>	<b><u>Dentro de la red</u></b> Usted paga un copago de \$200 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.	<b><u>Dentro de la red</u></b> Usted paga un copago de \$250 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Artículos de venta libre</b>	<b><u>Dentro de la red</u></b> \$75 cada trimestre. El saldo no se transfiere al trimestre siguiente. Puede utilizar su beneficio trimestral para uno o más pedidos hasta que se haya utilizado el monto máximo para el trimestre.	<b><u>Dentro de la red</u></b> \$95 cada trimestre. El saldo no se transfiere al trimestre siguiente. Puede utilizar su beneficio trimestral para uno o más pedidos hasta que se haya utilizado el monto máximo para el trimestre.
<b>Hospitalización parcial (sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios).</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Rehabilitación de fisioterapia y terapia del habla</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total

<b>Costo</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (próximo año)</b>
<b>Médico especialista</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Podología</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Servicios preventivos</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP)</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Prótesis, ortopedia y suministros relacionados</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Servicios psiquiátricos</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>	Se requiere autorización previa para ciertos servicios, dentro de la red solamente. <b><u>Dentro de la red</u></b> Usted paga un copago de \$20 para los servicios de rehabilitación pulmonar <b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<u>No</u> se requiere autorización previa para recibir servicios de rehabilitación pulmonar. <b><u>Dentro de la red</u></b> Usted paga un copago de \$15 para los servicios de rehabilitación pulmonar <b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Centro de enfermería especializada</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Terapia de ejercicio supervisado (SET)</b>	<b><u>Dentro de la red</u></b> Usted paga un copago de \$20 por la terapia de ejercicio supervisada (SET) <b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Dentro de la red</u></b> Usted paga un copago de \$25 por la terapia de ejercicio supervisada (SET) <b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Servicios de Telesalud</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Servicios de radiología terapéutica</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total
<b>Exámenes de la vista (de rutina)</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro debe pagar el 100 % de los cargos y enviar los recibos detallados para el reembolso del 53 % de la cantidad permitida	<b><u>Fuera de la red</u></b> El miembro debe pagar el 100 % de los cargos y enviar los recibos detallados para el reembolso del 55 % de la cantidad permitida

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	dentro de la red.	dentro de la red.
<b>Servicios de atención médica inmediata/de emergencia en todo el mundo</b>	<b><u>Dentro y Fuera de la Red</u></b> Paga un copago de \$125 para servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo.	<b><u>Dentro y Fuera de la Red</u></b> Paga un copago de \$120 para servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo.
<b>Radiografías</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 47 % del costo total	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga el 45 % del costo total

## 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

**Nota:** Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica 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)
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total de</b> sus medicamentos en el Nivel 3 (Marca preferida), Nivel 4 (Marca no preferida) y Nivel 5 (Especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> <p>El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, tétanos y las vacunas de viaje.</p>	<p>El deducible es \$150.</p> <p>Se aplica al Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), 4 (medicamentos no preferidos) y 5 (medicamentos especializados).</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 por medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos); de \$0 por medicamentos en el Nivel 2 (medicamentos genéricos); \$0 por medicamentos en el Nivel 6 (medicamentos de cuidados seleccionados) y el costo total de medicamentos en el Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$150.</p> <p>Se aplica al Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), 4 (medicamentos no preferidos) y 5 (medicamentos especializados).</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 por medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos); de \$0 por medicamentos en el Nivel 2 (medicamentos genéricos); \$0 por medicamentos en el Nivel 6 (medicamentos de cuidados seleccionados) y el costo total de medicamentos en el Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

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

<b>Etapa</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (próximo año)</b>
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que alcance su deducible anual, pasará a la etapa de cobertura inicial. 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.</p> <p>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. 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>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1 – medicamentos genérico preferido:</b> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 2 – medicamentos genérico:</b> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 3 – medicamentos de marca preferidos:</b> Usted paga \$47 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 – medicamentos no preferidos:</b> Usted paga \$100 por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 5 – medicamentos especializados:</b> Usted paga el 30 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 6: Medicamentos de cuidados seleccionados</b> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>_____</p> <p>Una vez que el costo total de sus</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1 – medicamentos genérico preferido:</b> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 2 – medicamentos genérico:</b> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 3 – medicamentos de marca preferidos:</b> Usted paga \$47 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 – medicamentos no preferidos:</b> Usted paga \$100 por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 5 – medicamentos especializados:</b> Usted paga el 30 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 6: Medicamentos de cuidados seleccionados:</b> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>_____</p> <p>Una vez que el costo total de</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.	medicamentos haya alcanzado los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha en la cobertura).	sus medicamentos haya alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha en la cobertura).

### 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 para eventos médicos catastróficos, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

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 continuar en BlueMedicare Value

**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 Value.

### 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 Original Medicare. Si usted se cambia a Medicare Original, deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de

medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 relacionada a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

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 ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y las cantidades de costos compartidos.

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare Value.
- 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 Value.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, entonces deberá hacer lo siguiente:
  - 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 – 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.

## SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

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.

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 con receta médica 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 Medicare

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)).

## 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.** Las personas que poseen ingresos limitados pueden calificar para la “Ayuda Adicional” para pagar sus costos de los medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas para medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califican no tendrán una multa por brecha de la cobertura o por inscripción tardía. Para ver si califica, llame a:
  - al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, 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.
  - 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 Programa, 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 Sección, 4052 Baldi Cypress Wall, Tallahassee, FL 32399.

## SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

### Sección 6.1 – Recibir ayuda de BlueMedicare Value

¿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 de 2024* de BlueMedicare Value. 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 ayudarle 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 & Yo 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.

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 oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-926-6565. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-926-6565. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-926-6565 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

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