

# ***BlueMedicare Preferred (HMO) ofrecido por Florida Blue Medicare***

## **Aviso Anual de Cambios para 2025**

Actualmente usted está inscrito como miembro de BlueMedicare Premier. El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para obtener un Resumen de los Costos Importantes, incluida la Prima.**

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

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

## **Qué hacer ahora**

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

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

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

- Revise la cobertura y los costos de los planes de su área. Use el Buscador de Planes Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la parte de atrás de su manual *Medicare y Usted 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que haya reducido el número de opciones de plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si no se inscribe en otro plan hasta el 7 de diciembre de 2024, permanecerá en BlueMedicare Preferred.
- Para  **cambiarse a un plan diferente** , puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero del 2025**. Esto cancelará su inscripción en BlueMedicare Preferred.
- Si se mudó hace poco tiempo a una institución o actualmente vive en una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente se fue de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se fue.

## Recursos Adicionales

- Esta información está disponible sin costo en inglés.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios al Miembro al 1-800-926-6565 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto durante el Día de Acción de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de oficina es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, excepto durante los principales feriados. La llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en otros formatos, incluidos letra grande, audio y braille. Llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen más arriba si necesita la información sobre el plan en otro formato.
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida de las Medidas de protección para los pacientes y la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Sírvase visitar el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS) 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 Preferred

- Florida Blue Medicare es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue Medicare depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento indica “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Florida Blue Medicare. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a BlueMedicare Preferred.

## *Aviso Anual de Cambios para 2025*

### Índice

<b>Resumen de los Costos Importantes para el 2025.....</b>	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, usted será inscrito automáticamente en BlueMedicare Preferred en 2025.....</b>	<b>7</b>
<b>SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>7</b>
Sección 2.1: Cambios en la Prima Mensual.....	7
Sección 2.2: Cambios en el Monto Máximo de Sus Gastos de Bolsillo.....	7
Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias .....	8
Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	8
Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	19
<b>SECCIÓN 3 Cambios administrativos .....</b>	<b>23</b>
<b>SECCIÓN 4 Decisión del plan por elegir .....</b>	<b>23</b>
Sección 4.1: Si desea permanecer en BlueMedicare Preferred.....	23
Sección 4.2: Si desea cambiar de plan .....	23
<b>SECCIÓN 5 Plazo para cambiar de planes .....</b>	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>25</b>
<b>SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....</b>	<b>25</b>
<b>SECCIÓN 8 ¿Tiene alguna pregunta? .....</b>	<b>26</b>
Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de BlueMedicare Preferred .....	26
Sección 8.2: Cómo obtener ayuda de Medicare .....	27

## Resumen de los Costos Importantes para el 2025

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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$0	\$0
* Su prima puede ser superior a este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles.		
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b>	\$3,100	\$2,100
Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de gastos de bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles).		
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas a un médico especialista: \$15 de copago por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas a un médico especialista: \$5 de copago por visita</p>
<b>Internaciones como paciente hospitalizado</b>	<p>Usted paga \$150 de copago por los días 1-6 y \$0 de copago después del día 6.</p> <p>Copago por día (por internación cubierta por Medicare), que incluye el día de admisión y el día del alta</p>	<p>Usted paga \$120 de copago por los días 1-6 y \$0 de copago después del día 6.</p> <p>Copago por día (por internación cubierta por Medicare). No se le cobrará un copago por el día del alta.</p>
<b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos del Nivel 1: \$0 de copago</li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos del Nivel 1: \$0 de copago</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos del Nivel 2: \$0 de copago</li>   <li>• Medicamentos del Nivel 3: \$25 de copago. Usted paga hasta \$25 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li>   <li>• Medicamentos del Nivel 4: \$80 de copago</li>   <li>• Medicamentos del Nivel 5: 33 % del costo total</li> </ul> <p>Cobertura en caso de catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</li> <li>• Es posible que tenga costos compartidos para los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos del Nivel 2: \$0 de copago</li>   <li>• Medicamentos del Nivel 3: \$25 de copago. Usted paga hasta \$25 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li>   <li>• Medicamentos del Nivel 4: \$80 de copago. Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li>   <li>• Medicamentos del Nivel 5: 33 % del costo total Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> <p>Cobertura en caso de catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.</li> </ul>

## SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, usted será inscrito automáticamente en BlueMedicare Preferred en 2025

El 1 de enero de 2025, Florida Blue Medicare combinará *BlueMedicare Premier* con uno de nuestros planes, *BlueMedicare Preferred*. La información contenida en este documento le informa acerca de las diferencias entre sus beneficios actuales en *BlueMedicare Premier* y los beneficios que tendrá a partir del 1 de enero de 2025 como miembro de *BlueMedicare Preferred*.

**Si no hace nada hasta el 7 de diciembre de 2024, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan BlueMedicare Preferred.** Esto significa que a partir del 1 de enero de 2025, usted comenzará a recibir su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de *BlueMedicare Preferred*. Si quiere cambiar de plan o pasar a Original Medicare, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para la “Ayuda Adicional”, es posible que pueda cambiar de plan en otras ocasiones.

## SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 2.1: Cambios en la Prima Mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Prima mensual</b>	\$0	\$0
(Usted debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).		

- La prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D vitalicia por no contar con otra cobertura de medicamentos que al menos sea tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también se denomina “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso mayor, es posible que deba pagar directamente al gobierno un monto adicional mensual por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

### Sección 2.2: Cambios en el Monto Máximo de Sus Gastos de Bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que debe pagar de gastos de bolsillo durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de gastos de bolsillo”. Una vez que haya alcanzado este monto, por lo general no deberá pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b>	\$3,100	\$2,100
Sus costos para servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. Sus costos para medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$2,100 de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

### Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias

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

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare). En la parte superior de la navegación, haga clic en Recursos para miembros y luego haga clic en Buscar un médico o Buscar una farmacia. También puede llamar a Servicios al Miembro a fin de obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o solicitarnos que le enviemos un directorio por correo postal, que enviaremos en tres días hábiles.

El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2025 en [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare) para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, médicos especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

El próximo año, se realizarán cambios en nuestra red de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2025 en [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare) para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos, médicos especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicios al Miembro a fin de recibir asistencia.

### Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Haremos cambios en los costos y beneficios relacionados con ciertos servicios médicos para el próximo año. A continuación, se describen estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Diagnóstico por imágenes avanzado (servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios)</b>	Usted paga \$100 de copago.	Usted paga \$110 de copago

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Centro de cirugía ambulatoria (ASC)</b>	Usted paga \$75 de copago por visita en un centro de cirugía ambulatoria (ASC).	Usted paga \$50 de copago por visita en un centro de cirugía ambulatoria (ASC)
<b>Centro de cirugía ambulatoria (ASC)</b> <b>Colonoscopia de diagnóstico</b>	Usted paga \$75 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un centro de cirugía ambulatoria (ASC).	Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un centro de cirugía ambulatoria (ASC)
<b>Beneficios dentales, de audición y de visión flexibles</b>	Los beneficios dentales, de audición y de visión flexible <u>no</u> están disponibles.	Su plan incluye una asignación anual adicional de <b>\$500</b> en su tarjeta prepagada Blue Dollars Benefits MasterCard® que puede utilizarse para cualquier gasto de bolsillo relacionado con los servicios dentales, de la visión o de la audición cubiertos por su plan, como atención dental, audífonos y anteojos, si están cubiertos por su plan. Cualquier saldo no utilizado no se transferirá al año siguiente.
<b>Servicios dentales* (otros beneficios)</b> <b>Asignación máxima anual</b>	No hay una asignación máxima anual.	\$3,000 NO se puede utilizar una asignación máxima anual para implantes, ortodoncia u odontología cosmética.
<b>Evaluaciones clínicas bucales</b>	<p>2 evaluaciones por año calendario (D0120 combinado con D0150)</p> <p>Usted paga \$0 de copago por evaluaciones clínicas bucales (D0120)</p> <p>1 de por vida, por dentista (cuenta para el límite de 2 evaluaciones por año calendario)</p> <p>Usted paga \$0 de copago por evaluación bucal integral (D0150).</p>	Se aplica a la asignación máxima anual.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Diagnóstico por imágenes</b>	<p>1 juego cada 3 años (D0210 combinado con D0330)</p> <p>Usted paga \$0 de copago por un juego completo de imágenes radiográficas intrabucales (D0210).</p> <p>Usted paga \$0 de copago por radiografía panorámica (D0330).</p> <p>Máximo de 1 juego por año calendario. Cualquiera de estos servicios constituye un conjunto.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por radiografías de mordida.</p> <p>1 juego por año calendario</p> <p>Usted paga \$0 de copago por radiografías intrabucales periapicales</p>	Se aplica a la asignación máxima anual.
<b>Profilaxis dental (limpieza)</b>	<p>2 limpiezas por año calendario (límite combinado para D1110 y D4910)</p> <p>Usted paga \$0 de copago por profilaxis dental (limpieza).</p>	Se aplica a la asignación máxima anual.
<b>Flúor</b> <b>Otros servicios preventivos</b> <b>(aplicación de medicamento para detener la caries)</b>	<p>2 por año calendario, ya sea D1206 o D1208</p> <p>Usted paga \$0 de copago por tratamiento con flúor, 2 por año calendario.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por la aplicación de medicamento para detener la caries.</p>	<p>Se aplica a la asignación máxima anual.</p> <p>Se aplica a la asignación máxima anual.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Servicios de restauración</b>	<p>4 restauraciones por año calendario (combinadas con D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394)</p> <p>Usted paga \$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amalgama: una superficie, pieza primaria o permanente</li> <li>• Amalgama: dos superficies, pieza primaria o permanente</li> <li>• Amalgama: tres superficies, pieza primaria o permanente</li> <li>• Amalgama: cuatro superficies o más, pieza primaria o permanente</li> <li>• Material compuesto a base de resina: una superficie, anterior</li> <li>• Material compuesto a base de resina: dos superficies, anteriores</li> <li>• Material compuesto a base de resina: tres superficies, anteriores</li> <li>• Material compuesto a base de resina: cuatro superficies o más, o ángulo incisal implicado (anterior)</li> <li>• Material compuesto a base de resina: una superficie, posterior</li> <li>• Material compuesto a base de resina: dos superficies, posteriores</li> <li>• Material compuesto a base de resina: tres superficies, posteriores</li> <li>• Compuesto a base de resina: cuatro superficies o más, posteriores</li> </ul>	Se aplica a la asignación máxima anual.
<b>Coronas</b>	<p>1 corona por año calendario (combinada con D2710, D2740, D2750, D2751, D2752, D2790, D2791, D2792, D2794)</p> <p>Usted paga \$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corona: compuesto a base de</li> </ul>	Se aplica a la asignación máxima anual.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	resina (indirecto) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corona: sustrato de porcelana/cerámica</li> <li>• Corona: porcelana fusionada con metal altamente noble</li> <li>• Corona: porcelana fusionada con metal básico predominante</li> <li>• Corona: porcelana fundida con metal noble</li> <li>• Corona: completa de metal altamente noble fundido</li> <li>• Corona: completa de metal básico predominante fundido</li> <li>• Corona: completa de metal noble fundido</li> <li>• Corona: titanio fundido completo</li> </ul>	
<b>Coronas (Reconstrucción de muñón, incluidos los pernos cuando sea necesario, retención de perno por diente además de la restauración, perno y muñón además de la corona indirectamente fabricada)</b>	1 por año calendario (combinado con D2950, D2951, D2952)  Usted paga \$0 de copago por la reconstrucción del muñón	Se aplica a la asignación máxima anual.
<b>Endodoncia (tratamientos de conducto)</b>	1 por año calendario (combinado con D3220, D3310, D3320, D3330, D3346, D3347, D3348)  Usted paga \$0 de copago por tratamientos de conducto.	Se aplica a la asignación máxima anual.
<b>Periodoncia</b>	1 por cuadrante por período de 24 meses  Usted paga \$0 de copago por raspado periodontal y alisado radicular 4 o más dientes por cuadrante.  1 por cuadrante por período de 24 meses  Usted paga \$0 de copago por raspado periodontal y alisado radicular de 1 a 3 dientes por	Se aplica a la asignación máxima anual.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>cuadrante.</p> <p>1 por período de 36 meses que no debe completarse el mismo día que D0150 o D1110</p> <p>Usted paga \$0 de copago por desbridamiento de boca completa para permitir una evaluación y un diagnóstico integrales.</p> <p>2 limpiezas por año calendario (límite combinado para D1110 y D4910)</p> <p>Usted paga \$0 de copago por mantenimiento periodontal</p>	
<p><b>Prostodoncia, removible</b></p> <p><b>(Dentadura postiza completa maxilar o mandibular, dentadura postiza inmediata maxilar o mandibular, dentadura postiza parcial maxilar o mandibular)</b></p>	<p>1 juego cada 60 meses</p> <p>Usted paga \$0 de copago por prostodoncia removible.</p>	<p>Se aplica a la asignación máxima anual.</p>
<p><b>Prostodoncia, removible</b></p> <p><b>(ajuste de la dentadura postiza completa maxilar o mandibular, ajuste de la dentadura postiza parcial maxilar o mandibular)</b></p>	<p>1 por año calendario (D5410, D5421, D5710, D5730, D5750)</p> <p>Usted paga \$0 de copago por ajuste de dentadura postiza.</p>	<p>Se aplica a la asignación máxima anual.</p>
<p><b>Prostodoncia, removible</b></p> <p><b>(Reparación o reemplazo de dentaduras postizas)</b></p>	<p>2 por año calendario, máximo de 5 por 5 años</p> <p>Usted paga \$0 de copago por prostodoncia removible (reparación o reemplazo de dentaduras postizas).</p>	<p>Se aplica a la asignación máxima anual.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Prostodoncia, removible</b></p> <p><b>(Recubrimiento, rebasado o ajuste de dentaduras postizas)</b></p>	<p>1 por año calendario</p> <p>Usted paga \$0 de copago por prostodoncia removible (revestimiento o rebase de dentaduras postizas)</p> <p>1 por año calendario (D5411, D5422, D5711, D5731, D5751)</p> <p>Usted paga \$0 de copago por prostodoncia removible (rebasado de dentadura postiza mandibular completa, ajuste de dentadura postiza mandibular completa, ajuste de dentadura postiza parcial mandibular, revestimiento de dentadura postiza mandibular completa en consultorio).</p> <p>1 por año calendario</p> <p>Usted paga \$0 de copago por prostodoncia removible (revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar en consultorio, revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar en laboratorio)</p>	<p>Se aplica a la asignación máxima anual.</p>
<p><b>Cirugía bucal y maxilofacial</b></p>	<p>Máximo de 4 por año calendario (combinado con D7140, D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250)</p> <p>Usted paga \$0 de copago por extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación o extracción con pinzas).</p>	<p>Se aplica a la asignación máxima anual.</p>
<p><b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</b></p>	<p>Usted paga \$15 de copago por un procedimiento o prueba de diagnóstico en el consultorio de un médico especialista.</p> <p>Usted paga \$125 de copago por un procedimiento o prueba de</p>	<p>Usted paga \$5 de copago por un procedimiento o prueba de diagnóstico en el consultorio de un médico especialista.</p> <p>Usted paga \$110 de copago por un procedimiento o prueba</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	diagnóstico en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de pruebas de diagnóstico independiente (IDTF).	de diagnóstico en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de pruebas de diagnóstico independiente (IDTF).
<b>Servicios de emergencia</b>	<b><u>Dentro y fuera de la red</u></b> Usted paga \$135 de copago por visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.	<b><u>Dentro y fuera de la red</u></b> Usted paga \$140 de copago por visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.
<b>Marcos y lentes para anteojos (materiales para la visión)</b>	Asignación máxima de \$250 por año para la compra de lentes, marcos o lentes de contacto	Asignación máxima de \$300 por año para la compra de lentes, marcos o lentes de contacto  Miembro responsable de los costos que excedan el beneficio máximo
<b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados agudos</b>	Usted paga \$150 de copago por los días 1-6 y \$0 de copago después del día 6.  Su copago diario incluye desde el día de la admisión hasta el día del alta.	Usted paga \$120 de copago por los días 1-6 y \$0 de copago después del día 6.  No se le cobrará un copago por el día del alta.
<b>Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados</b>	\$275 de copago por día para los días 1-5  \$0 de copago por día para los días 6-90  Su copago diario incluye desde el día de la admisión hasta el día del alta.	\$300 de copago por día para los días 1-5  \$0 de copago por día para los días 6-90  No se le cobrará un copago por el día del alta.
<b>Rehabilitación cardíaca intensiva</b>	Usted paga \$50 de copago por rehabilitación cardíaca intensiva.	Usted paga \$35 de copago por rehabilitación cardíaca intensiva.
<b>Tratamiento para linfedema en un:</b>  <b>Consultorio médico</b>  <b>Hospital para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga \$30 de copago por terapia para linfedema en el consultorio de un médico o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.  Usted paga \$30 de copago por	Usted paga \$0 de copago por terapia para linfedema.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>	terapia para linfedema en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios.	
<b>Servicios dentales cubiertos por Medicare (no rutinarios)</b>	Usted paga \$15 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare (no rutinarios)	Usted paga \$5 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare (no rutinarios).
<b>Examen ocular cubierto por Medicare (no rutinario)</b>	Usted paga \$15 de copago por examen ocular cubierto por Medicare (no rutinario).	Usted paga \$5 de copago por examen ocular cubierto por Medicare (no rutinario).
<b>Examen de audición cubierto por Medicare (no rutinario)</b>	Usted paga \$15 de copago por examen de audición cubierto por Medicare (no rutinario)	Usted paga \$5 de copago por examen de audición cubierto por Medicare (no rutinario).
<b>Medicare Parte B Avastin<sup>®</sup> (bevacizumab)</b>	Usted paga el 20 % del costo total por cada inyección de Avastin <sup>®</sup> (bevacizumab) cubierta para inyecciones oculares.	Usted paga \$0 de copago por cada inyección de Avastin <sup>®</sup> (bevacizumab) cubierta para inyecciones oculares.
<b>Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B (inyección para la alergia)</b>	Usted paga \$5 de copago por inyecciones para la alergia (en el consultorio)	Usted paga \$0 de copago por inyecciones para la alergia (en el consultorio)
<b>Servicios de observación de un hospital para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga \$135 de copago por visita de observación en un hospital para pacientes ambulatorios.	Usted paga \$140 de copago por visita de observación en un hospital para pacientes ambulatorios.
<b>Servicios ambulatorios en hospitales (colonoscopia de diagnóstico)</b>	Usted paga \$100 de copago por servicios de hospital para pacientes ambulatorios.  Este copago también incluye colonoscopia de diagnóstico.	Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico.
<b>Artículos de venta libre</b>	Usted tiene una asignación de \$85 cada trimestre. El saldo no se transfiere al trimestre siguiente.  Puede comprar productos elegibles en línea o por teléfono a través de nuestro proveedor designado.	Usted tiene una asignación de \$189 cada trimestre. El saldo no se transfiere al trimestre siguiente.  Puede comprar productos elegibles en línea o por teléfono y en tiendas minoristas participantes a través de nuestro proveedor designado.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Visitas al consultorio médico</b> <b>(Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por un especialista dentro de la red)</b></p>	<p>Usted paga \$15 por exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por un especialista dentro de la red.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por un especialista dentro de la red.</p>
<p><b>Especialista</b></p>	<p>Usted paga \$15 de copago por los servicios de un médico especialista.</p>	<p>Usted paga \$5 de copago por los servicios de un médico especialista.</p>
<p><b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por día para los días 1-20.  Usted paga \$184 de copago por día para los días 21-100.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por día para los días 1-20.  Usted paga \$214 de copago por día para los días 21-100.</p>
<p><b>Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI)</b></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI)</p> <p>Afecciones específicas: cualquiera de las siguientes opciones o combinación: enfermedad de las arterias coronarias (CAD), insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), diabetes, demencia, trastornos bipolares, trastornos depresivos mayores, trastorno paranoide, esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, esclerosis lateral amiotrófica, epilepsia, parálisis extensiva, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, polineuropatía, estenosis espinal o déficit neurológico relacionado con derrame cerebral; puede recibir los siguientes beneficios adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comidas para condiciones</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 de copago por beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI)</p> <p>Afecciones específicas: cualquiera de las siguientes opciones o combinación: enfermedad de las arterias coronarias (CAD), insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), diabetes, demencia, trastornos bipolares, trastornos depresivos mayores, trastorno paranoide, esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, esclerosis lateral amiotrófica, epilepsia, parálisis extensiva, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, polineuropatía, estenosis espinal o déficit neurológico relacionado con derrame cerebral; puede recibir</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>crónicas: 20 comidas por mes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia y planificación nutricional: 3 consultas telefónicas con un asesor</li> <li>• OTC: asignación adicional de \$50 por trimestre</li> <li>• Transporte: 12 viajes adicionales de ida por año sin criterios clínicos</li> <li>• Servicios de apoyo en el hogar por hora: 30 horas anuales para IADL; asistencia para el transporte, compañía, tareas domésticas, uso de dispositivos electrónicos, ejercicio y actividades.</li> </ul>	<p>los siguientes beneficios adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$100 por mes en su tarjeta prepagada Blue Dollars Benefits MasterCard® para comprar alimentos y productos saludables en un lugar aprobado por el plan para ayudar a los miembros a mantener una dieta saludable para apoyar sus necesidades nutricionales. La tarjeta de beneficios se enviará por correo directamente a los miembros y se reabastecerá al comienzo de cada mes. Cualquier saldo que no se utilice durante un mes no se transferirá al mes siguiente. La tarjeta prepagada Blue Dollars Benefits Mastercard® es emitida por The Bancorp Bank N.A., miembro de la FDIC, de conformidad con la licencia de Mastercard International Incorporated y la tarjeta puede utilizarse para gastos elegibles en cualquier lugar donde se acepte Mastercard. Mastercard y el diseño de los círculos son una marca comercial de Mastercard International Incorporated.</li> </ul>
<p><b>Servicios de telesalud (Dermatología)</b></p>	<p>Usted paga \$15 de copago por los servicios de telesalud (dermatología).</p>	<p>Usted paga \$5 de copago por los servicios de telesalud (dermatología).</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Transporte público (que no es de emergencia)</b>	Transporte público El beneficio (que no es de emergencia) permite hasta 48 viajes de ida o vuelta por año calendario a centros aprobados por el plan para servicios médicos programados y recetas dentro de su área de servicio. Las ubicaciones incluyen consultorios de proveedores, hospitales y farmacias.	Transporte público El beneficio (que no es de emergencia) permite hasta 30 viajes de ida o vuelta por año calendario a centros aprobados por el plan para servicios médicos programados y recetas dentro de su área de servicio. Las ubicaciones incluyen consultorios de proveedores, hospitales y farmacias.
<b>Servicios de emergencia/urgencia internacionales</b>	<u><b>Dentro y fuera de la red</b></u> Usted paga \$135 de copago por servicios de emergencia/urgencia a nivel mundial.	<u><b>Dentro y fuera de la red</b></u> Usted paga \$140 de copago por servicios de emergencia/urgencia a nivel mundial.

**Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D**

**Cambios en nuestra Lista de Medicamentos**

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

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

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

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principio de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo

medicamento. También puede comunicarse con Servicios al Miembro para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión de medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas o menores restricciones que el medicamento de marca que reemplaza. Además, cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

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

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

<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>.

También puede comunicarse con Servicios al Miembro o solicitar más información a su proveedor de atención de salud, profesional que expide recetas o farmacéutico.

## Cambios en los Beneficios y Costos de Medicamentos Recetados

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

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

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

**Cambios en la Etapa de Deducible**

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b>	Debido a que no existe un deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no existe un deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

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

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, usted y el plan <b>pagan su parte del costo de sus medicamentos.</b></p> <p>Los costos de este cuadro son para un suministro de un mes (31 días) cuando abastece su receta en una farmacia de la red que proporciona costos compartidos estándar. Para obtener más información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para recetas de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para consultar si alguno de sus medicamentos cambiará a otro nivel, búsquelo en la “Lista de medicamentos”.</p>	<p>Su costo por un suministro abastecido de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <hr/> <p><b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</b> Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p><b>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</b> Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p><b>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos):</b> Usted paga \$25 por receta.</p> <p>Usted paga hasta \$25 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <hr/> <p><b>Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</b> Usted paga \$80 por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro abastecido de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <hr/> <p><b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</b> Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p><b>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</b> Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p><b>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos):</b> Usted paga \$25 por receta.</p> <p>Usted paga hasta \$25 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <hr/> <p><b>Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</b> Usted paga \$80 por receta.</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p><b>Nivel 5 (medicamentos de nivel de especialidad):</b>                      Usted paga el 33 % del costo total.</p>	<p><b>Nivel 5 (medicamentos de nivel de especialidad):</b>                      Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p>Una vez que los costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$5,030, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa Sin Cobertura).</p>	<p>Una vez que haya pagado \$2,000 de gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe).</p>

**Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe**

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

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

### SECCIÓN 3 Cambios administrativos

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

### SECCIÓN 4 Decisión del plan por elegir

#### Sección 4.1: Si desea permanecer en BlueMedicare Preferred

**Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente o no se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, automáticamente será inscrito en nuestro BlueMedicare Preferred.

#### Sección 4.2: Si desea cambiar de plan

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

##### Paso 1: Infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud Medicare diferente,
- -- puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, 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 2.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes Medicare, use el Buscador de planes Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted 2025*

(Medicare & You 2025), llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la sección 6) o llame a Medicare (consulte la sección 8.2).

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

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en BlueMedicare Preferred.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en BlueMedicare Preferred.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
  - Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - - O - comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 5 Plazo para cambiar de planes

Si usted quiere cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, lo puede hacer desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. Este cambio entrará en vigor el 1 de enero del 2025.

### ¿Existen otros períodos en el año para realizar cambios?

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage antes del 1 de enero del 2025 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo del 2025.

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

## SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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

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

## SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

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

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Adicionalmente, aquellos que califican no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
  - La oficina de Medicaid de su estado.

- **Asistencia de los Costos Compartidos de los Medicamentos Recetados para Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que los individuos elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos para el VIH que pueden salvar sus vidas. Para ser elegibles para el ADAP que opera en su Estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia en el Estado y la condición de paciente con VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado, y condición de persona sin seguro o con un seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con el costo compartido en recetas a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el sida de Florida (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o si actualmente está inscrito y cómo continuar recibiendo asistencia, llame directamente al ADAP de Florida al 1-800-352-2437 (TTY: 1-888-503-7118) o escriba a: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399 Asegúrese, cuando llame, de informarles el nombre o número de póliza de su plan Medicare Parte D.
- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo por medicamentos a partir del 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de los programas SPAP y ADAP, para quienes califican, ofrecen más ventajas que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos Medicare y los planes de salud Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-800-926-6565 o visite Medicare.gov.

## SECCIÓN 8 ¿Tiene alguna pregunta?

### Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de BlueMedicare Preferred

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarte. Llame a Servicios al Miembro al 1-800-926-6565. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto durante el Día de Acción de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de oficina es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, excepto durante los principales feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

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

### Visite nuestro Sitio Web

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

---

## Sección 8.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

---

Para recibir información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### Visite el Sitio Web de Medicare

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

### Lea *Medicare y Usted 2025*

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

Cumplimos con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Puede ver la notificación, además de información sobre nuestros servicios gratuitos de asistencia lingüística en [floridablue.com/es/ndnotice](https://floridablue.com/es/ndnotice). O llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773).

Form Approved  
OMB# 0938-1421

### Servicios de intérprete en varios idiomas

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

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-926-6565 (TTY: 1-877-955-8773). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-926-6565。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-926-6565。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-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 CMS-10802  
(Expires 12/31/25)

Form Approved  
OMB# 0938-1421

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

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

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-926-6565. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-926-6565. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-926-6565. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

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

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

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