

## **Resumen de beneficios de 2025**

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

---

### **BlueMedicare Select (PPO) H5434-002**

1/1/2025 al 12/31/2025

El área de servicio del plan incluye lo siguiente:

**Condados de Bay, Broward, Charlotte, Duval, Escambia, Highlands, Hillsborough, Lee, Manatee, Marion, Miami-Dade, Palm Beach, Pinellas, Santa Rosa y St. Lucie**

La información sobre beneficios que se proporciona es un resumen un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pregunte sobre la “**Evidencia de cobertura**”. También puede consultar la “Evidencia de cobertura” para este plan en nuestro sitio web, [www.floridablue.com/medicare/forms](http://www.floridablue.com/medicare/forms).

Si desee saber más acerca de la cobertura y costos de Original Medicare, consulte su Manual de *Medicare y Usted* 2025. Consúltelo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o consiga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## ¿Quién puede inscribirse?

Para unirse, usted debe hacer lo siguiente:

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

Nuestra área de cobertura para **H5434-002** incluye los siguientes condados de Florida: **Bay, Broward, Charlotte, Duval, Escambia, Highlands, Hillsborough, Lee, Manatee, Marion, Miami-Dade, Palm Beach, Pinellas, Santa Rosa y St. Lucie**

---

## ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Tenemos una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, podría pagar más por estos servicios.

- Puede ver nuestro directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web ([www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare)). En la navegación superior, haga clic en Member Resources (Recursos para miembros) y luego haga clic en Find a Doctor (Busque un médico) o Find a Pharmacy (Busque una farmacia). O llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.
- 

## ¿Tiene alguna pregunta? Llámenos

- **Si es miembro de este plan, llámenos al 1-800-926-6565, TTY 1-877-955-8773.**
- **Si no es miembro de este plan, llámenos al 1-855-601-9465, TTY: 1-877-955-8773.**
  - Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad.
  - Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.

- O bien, visite nuestro sitio web [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare).

---

## Información importante

En este documento, verá el símbolo “♦”. Los servicios con este símbolo pueden requerir autorización previa del plan antes de recibir los servicios de los proveedores de la red. Si no obtiene una autorización previa cuando se requiere, es posible que tenga que pagar el costo compartido fuera de la red, aunque haya recibido los servicios de un proveedor de la red. Comuníquese con su médico o consulte la “Evidencia de cobertura” (Evidence of Coverage, EOC) para obtener más información sobre los servicios que requieren una autorización previa del plan.

---

## Prima mensual, deducible y límites

---

### Prima mensual del plan

- \$112.90  
Debe continuar pagando la Parte B de Medicare.

---

### Deducible

\$0 por año para los servicios de salud

\$290 por año para los medicamentos recetados de la Parte D, se aplica a los Niveles 1 (medicamentos genéricos preferidos), 2 (medicamentos genéricos), 3 (medicamentos de marca preferida), 4 (medicamentos no preferidos) y 5 (medicamentos especializados)

No hay deducible para insulinas.

---

### Responsabilidad máxima de gastos a su cargo

- \$5,900 es lo máximo que paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año.
  - \$10,100 es lo máximo que paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro y fuera de los proveedores de la red combinados.
-

## Beneficios médicos y hospitalarios

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados</b> ♦  (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$225 de copago por día del día 1 al 7</li> <li>• \$0 de copago por día, después del día 7</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$200 de copago por día del día 1 al 27</li> <li>• \$0 de copago por día del día 28 al 90</li> </ul>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$125 de copago por estadía para servicios de observación cubiertos por Medicare</li> <li>• \$130 de copago para todos los demás servicios ♦</li> <li>• \$0 de copago por colonoscopia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 % de la cantidad permitida por Medicare</li> </ul>
<b>Servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$150 de copago por servicios de cirugía proporcionados en un centro quirúrgico ambulatorio ♦</li> <li>• \$0 de copago por colonoscopia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 % de la cantidad permitida por Medicare</li> </ul>
<b>Visitas al médico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por visita a un proveedor de su elección</li> <li>• \$45 de copago por visita al especialista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 % de la cantidad permitida por Medicare</li> </ul>
<b>Atención preventiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de detección de aneurisma de aorta abdominal</li> <li>• Visita anual de bienestar</li> <li>• Densitometría ósea</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer de seno (mamografías)</li> <li>• Visita para disminución del riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 % de la cantidad permitida por Medicare</li> </ul>

**Dentro de la red****Fuera de la red**

- Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares
- Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal
- Exámenes de detección de la depresión
- Examen de detección de la diabetes
- Servicios, suministros y capacitación para el automanejo de la diabetes
- Programas de educación para la salud y el bienestar
- Detección de la hepatitis C
- Examen de detección de VIH
- Vacunas
- Terapia nutricional médica
- Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)
- Exámenes de detección de la obesidad y tratamiento para estimular la pérdida sostenida de peso
- Exámenes para la detección del cáncer de próstata
- Evaluación y orientación para disminuir el consumo excesivo de alcohol
- Examen de detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de dosis baja (low dose computed tomography, LDCT)
- Exámenes para la detección de enfermedades venéreas

	Dentro de la red	Fuera de la red
	<p>venéreas (sexually transmitted infections, STI) y orientación para prevenirlas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cese del consumo de tabaco y del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar)</li> <li>• Cuidados de la vista: Detección del glaucoma</li> <li>• Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</li> </ul>	
<b>Atención de emergencia</b>	<p><b>Atención de emergencia cubierta por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$125 de copago por visita dentro o fuera de la red No se aplica este copago si es admitido al hospital dentro de 48 horas de una visita a la sala de emergencia.</li> </ul> <p><b>Servicios de atención médica de emergencia mundial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$125 de copago para atención de emergencia internacionalmente</li> <li>• \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia mundial y servicios de urgencia en todo el mundo No incluye transporte de emergencia.</li> </ul>	
<b>Servicios de urgencia necesarios</b>	<p><b>Servicios que se necesitan con urgencia cubiertos por Medicare</b></p> <p>Los servicios de urgencia necesarios se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica inesperada que no constituye una emergencia y que requiere atención médica inmediata.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$25 de copago en un centro de atención de urgencias, dentro o fuera de la red Los servicios de atención sin cita previa son servicios ambulatorios para lesiones y enfermedades que no son de emergencia y que necesitan tratamiento cuando la mayoría de los consultorios médicos de familia están cerrados.</li> <li>• \$25 de copago en un centro de consultas sin cita previa, dentro o fuera de la red</li> </ul> <p><b>Servicios de urgencia necesarios mundiales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$125 de copago para servicios de urgencia necesarios internacionalmente</li> <li>• \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia mundial y servicios de urgencia en todo el mundo No incluye transporte de emergencia.</li> </ul>	

	Dentro de la red	Fuera de la red
<p><b>Servicios de diagnóstico/ laboratorio/ por imágenes</b> ♦</p> <p>(La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)</p>	<p><b>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10 de copago en un Centro Independiente de Exámenes de Diagnóstico (Independent Diagnostic Testing Facility, IDTF)</li> <li>• \$10 de copago en un hospital ambulatorio</li> <li>• \$0 de copago por pruebas de alergia</li> </ul> <p><b>Servicios de laboratorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago en laboratorios clínicos independientes</li> <li>• \$10 de copago en un hospital ambulatorio</li> </ul> <p><b>Radiografías</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$50 de copago en el consultorio de un médico o en un IDTF</li> <li>• \$150 de copago en establecimientos de cuidados ambulatorios</li> </ul> <p><b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b></p> <p>Incluyen servicios como Imágenes de Resonancia Magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI), Angiografía de Resonancia Magnética (Magnetic Resonance Angiography, MRA), Tomografía por Emisión de Positrones (Positron Emission Tomography, PET), Tomografía Computarizada (Computer Tomography, CT) o Exámenes de Medicina Nuclear.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$50 de copago en el consultorio de un médico</li> <li>• \$100 de copago en un IDTF</li> <li>• \$150 de copago en establecimientos de cuidados ambulatorios</li> <li>• \$0 de copago para cada mamografía de diagnóstico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 % de la cantidad permitida por Medicare</li> </ul>

Dentro de la red	Fuera de la red
------------------	-----------------

**Radioterapia**

- 20 % de la cantidad permitida por Medicare

**Servicios de la audición**

**Servicios de la Audición cubiertos por Medicare**

- \$45 de copago para los exámenes cuyo fin sea diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio

**Servicios de la audición adicionales**

- \$0 de copago por un examen auditivo de rutina por año
- \$0 de copago por evaluación y ajuste de audífonos
- Consulte la tabla a continuación para ver el copago de cada audífono para un máximo de 2 audífonos cada año.

Nivel de tecnología	Copago por audífono
<b>Entrada</b>	<b>\$350.00 por dispositivo</b>
<b>Básico</b>	<b>\$525.00 por dispositivo</b>
<b>Principal</b>	<b>\$825.00 por dispositivo</b>
<b>Preferido</b>	<b>\$1,125.00 por dispositivo</b>
<b>Avanzado</b>	<b>\$1,425.00 por dispositivo</b>
<b>Calidad superior</b>	<b>\$1,825.00 por dispositivo</b>
<b>Sujeto al máximo de beneficios.</b>	
<b>El miembro es responsable de cualquier cantidad luego de que se haya aplicado el beneficio de subsidio.</b>	

**Servicios de la Audición cubiertos por Medicare**

- 40 % de la cantidad permitida por Medicare

**Servicios de la audición adicionales**

- El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 58 % del máximo permitido para un examen auditivo de rutina por año.
- El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 58 % del máximo permitido para la evaluación y la adaptación de los audífonos.
- El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 58 % del precio habitual de los audífonos de nivel básico aprobados. Hasta 2 dispositivos al año.



Dentro de la red	Fuera de la red
------------------	-----------------

**NOTA:** Para recibir beneficios dentro de la red, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante.

<p><b>Servicios dentales</b> ♦</p> <p>(La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)</p>	<p><b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$45 de copago por atención dental que no es de rutina</li> </ul> <p><b>Servicios dentales adicionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por servicios dentales preventivos cubiertos</li> <li>• \$0 de copago por servicios dentales completos cubiertos</li> </ul>	<p><b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% de la cantidad permitida por Medicare</li> </ul> <p><b>Servicios dentales adicionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 58 % de las tarifas no participantes por los servicios dentales preventivos cubiertos.</li> <li>• El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 58 % de las tarifas no participantes por los servicios dentales integrales cubiertos.</li> </ul>
<p><b>Servicios de la vista</b></p>	<p><b>Servicios de la vista cubiertos por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$45 de copago por servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos</li> <li>• \$0 de copago para pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para los miembros con alto riesgo de glaucoma)</li> <li>• \$0 de copago para examen de la retina para diabéticos por año</li> <li>• \$0 de copago para un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas</li> </ul>	<p><b>Servicios de la vista cubiertos por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 % de la cantidad permitida por Medicare</li> </ul>

	Dentro de la red	Fuera de la red
	<p><b>Servicios de la vista adicionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago para un examen de la vista de rutina por año</li> <li>• Para lentes, marcos o lentes de contacto, \$0 de copago</li> <li>• Sujeto a la prestación máxima anual del plan.</li> <li>• El miembro es responsable de cualquier cantidad que exceda el subsidio máximo anual de beneficios del plan.</li> <li>• Subsidio de \$100 por año para la compra de lentes, marcos o lentes de contacto.</li> <li>• El miembro es responsable de los costos que excedan el subsidio máximo de beneficios por año.</li> </ul>	<p><b>Servicios de la vista adicionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El miembro debe pagar el 100 % de los cargos y enviar los recibos detallados para el reembolso del 58 % de la cantidad permitida dentro de la red.</li> <li>• El miembro es responsable de todas las cantidades que excedan el 58 % del monto permitido dentro de la red o de cualquier monto que exceda el subsidio máximo anual de beneficios del plan.</li> <li>• El reembolso total está sujeto al subsidio máximo anual de beneficios del plan.</li> </ul>
<p><b>Servicios de salud mental</b> ◇ (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)</p>	<p><b>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$318 de copago por día del día 1 al día 5</li> <li>• \$0 de copago por día del día 6 al 90</li> </ul> <p>Un máximo total de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico</p> <p><b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago</li> </ul>	<p><b>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$200 de copago por día del día 1 al 27</li> <li>• \$0 de copago por día del día 28 al 90</li> </ul> <p>Un máximo de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico.</p> <p><b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 % de la cantidad permitida por Medicare</li> </ul>
<p><b>Centros de cuidados médicos especializados (Skilled Nursing Facility, SNF)</b> ◇ (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día del día 1 al 20</li> <li>• \$214 de copago por día desde el día 21 hasta el día 100</li> </ul> <p>Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un SNF por período de beneficios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El 40 % del monto permitido por Medicare.</li> </ul>

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Fisioterapia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$40 de copago por visita ♦</li> <li>• \$0 de copago por terapia de linfedema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 % de la cantidad permitida por Medicare</li> </ul>
<b>Ambulancia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$150 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo) ♦</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$150 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)</li> </ul>
<b>Transporte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por inyecciones para la alergia</li> <li>• Hasta 20 % del monto permitido por Medicare para los medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare ♦</li> <li>• \$35 por mes para insulina si usa una bomba de insulina cubierta por el beneficio de equipo médico duradero de la Parte B ♦</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 42 % de la cantidad permitida por Medicare</li> </ul>

## Beneficios adicionales

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Apoyo del cuidador para el miembro</b>	<p>Proporciona cobertura para servicios digitales de asesoramiento, educación y apoyo, como cursos de orientación y capacitación para cuidadores de inscritos. Los beneficios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una herramienta basada en la web que contiene contenido educativo que cubre temas sobre salud, riqueza, vida de adultos mayores, cuidado en el hogar y estilo de vida.</li> <li>• Acceso para que los cuidadores y familiares publiquen actualizaciones y videos; herramientas para administrar documentos, mantenerse organizados y al tanto de las próximas tareas y citas.</li> </ul>	<p>Proporciona cobertura para servicios digitales de asesoramiento, educación y apoyo, como cursos de orientación y capacitación para cuidadores de inscritos. Los beneficios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una herramienta basada en la web que contiene contenido educativo que cubre temas sobre salud, riqueza, vida de adultos mayores, cuidado en el hogar y estilo de vida.</li> <li>• Acceso para que los cuidadores y familiares publiquen actualizaciones y videos; herramientas para administrar documentos, mantenerse organizados y al tanto de las próximas tareas y citas.</li> </ul>

	Dentro de la red	Fuera de la red
	<p>Herramientas de búsqueda (es decir, búsqueda de viviendas para adultos mayores y de atención en el hogar).</p> <p>Vea la <i>Evidencia de cobertura</i> para conocer los detalles de los beneficios.</p>	<p>Herramientas de búsqueda (es decir, búsqueda de viviendas para adultos mayores y de atención en el hogar).</p> <p>Vea la "<i>Evidencia de cobertura</i>" para conocer los detalles de los beneficios.</p>
<b>Suministros para la diabetes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago en una farmacia minorista contratada por Florida Blue o por correo para suministros para la diabetes, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se prefieren los glucómetros y las tiras reactivas Lifescan (One Touch®) y Ascensia (Contour®). Otras marcas requerirán autorización previa ◇</li> <li>• Lancetas</li> <li>• Se prefieren monitores de glucosa continuos (Continuous Glucose Monitors, CGM), como Freestyle Libre y Dexcom (y suministros). Es posible que se requiera autorización previa para otras marcas ◇</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Nota importante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La insulina, los hisopos con alcohol, las jeringas de insulina y las agujas para la autoadministración en el hogar se obtienen en una farmacia de venta minorista o de orden por correo de la red y están cubiertas por su beneficio de farmacia de la Parte D de Medicare.</b> Se aplican los copagos y deducibles correspondientes de la Parte D.</li> <li>• Tenga en cuenta lo siguiente: Los suministros médicos, es decir, hisopos con alcohol, gasa o jeringas, no están cubiertos si no se usan para la administración de insulina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 % de la cantidad permitida por Medicare</li> </ul>

	Dentro de la red	Fuera de la red
	<ul style="list-style-type: none"> <li>El llenado inicial de un CGM o insulina cuando se utiliza con una bomba de insulina puede obtenerse a través de nuestro proveedor de DME participante.</li> </ul>	
<b>Programa de prevención de la diabetes de Medicare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>40 % de la cantidad permitida por Medicare</li> </ul>
<b>Podología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$35 de copago por visita a un podólogo cubierta por Medicare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>40 % de la cantidad permitida por Medicare</li> </ul>
<b>Quiropráctico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$20 de copago por cada Servicio quiropráctico cubierto por Medicare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>40 % de la cantidad permitida por Medicare</li> </ul>
<b>Equipos y suministros médicos</b> ♦ (La autorización se aplica únicamente a los servicios dentro de la red)	<ul style="list-style-type: none"> <li>20 % de coseguro por todas las sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas cubiertas por Medicare y aprobadas por el plan</li> <li>0 % del costo por el resto del equipo médico duradero cubierto por Medicare aprobado por el plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>42 % de la cantidad permitida por Medicare</li> </ul>
<b>Terapia ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios</b> ♦ (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$40 de copago por visita ♦</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>40 % de la cantidad permitida por Medicare</li> </ul>

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Telesalud</b> ♦ (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$25 de copago por servicios que se necesitan con urgencia</li> <li>• \$0 de copago para visitas a médicos de atención primaria</li> <li>• \$40 de copago por terapia ocupacional/fisioterapia/terapia del habla en un centro independiente</li> <li>• \$40 de copago por visita por terapia ocupacional/física/del habla en un hospital ambulatorio</li> <li>• \$45 de copago por servicios de dermatología</li> <li>• \$20 de copago por sesiones individuales para servicios de especialidad de salud mental para pacientes ambulatorios</li> <li>• \$20 de copago por sesiones individuales para servicios de especialidad de psiquiatría para pacientes ambulatorios</li> <li>• \$20 de copago por Servicios del Programa de Tratamiento con Opioides</li> <li>• \$20 de copago por sesiones individuales para servicios de especialidad por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios en un consultorio</li> <li>• \$0 de copago por la capacitación para el autocontrol de la Diabetes</li> <li>• \$0 de copago por servicios de nutricionistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$25 de copago por servicios que se necesitan con urgencia</li> <li>• El 40 % del monto permitido por Medicare.</li> </ul>

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Tarjeta prepaga Blue Dollars Benefits de Mastercard®</b>  <i>NOTA: Consulte Healthy Blue Rewards</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>En función de las cantidades de subsidio y frecuencia de su plan, los fondos se cargarán automáticamente en su tarjeta Blue Dollars.</b></li> <li>• Use su tarjeta Blue Dollars para acceder fácilmente a recompensas y seleccionar beneficios de subsidio que podrían formar parte de su plan.</li> <li>• Los beneficios, la cobertura y los montos varían según el plan. Pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.</li> <li>• La tarjeta Blue Dollars se enviará por correo directamente a usted y se repondrá al comienzo de cada mes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>En función de las cantidades de subsidio y frecuencia de su plan, los fondos se cargarán automáticamente en su tarjeta Blue Dollars.</b></li> <li>• Use su tarjeta Blue Dollars para acceder fácilmente a recompensas y seleccionar beneficios de subsidio que podrían formar parte de su plan.</li> <li>• Los beneficios, la cobertura y los montos varían según el plan. Pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.</li> <li>• La tarjeta Blue Dollars se enviará por correo directamente a usted y se repondrá al comienzo de cada mes.</li> </ul>
<b>Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membresía a gimnasios y clases disponibles en establecimientos de acondicionamiento físico en todo el país, incluidas cadenas nacionales y gimnasios locales.</li> <li>• Acceso a equipos de ejercicios y otros servicios, clases para todos los niveles y capacidades, eventos sociales y más.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membresía a gimnasios y clases disponibles en establecimientos de acondicionamiento físico en todo el país, incluidas cadenas nacionales y gimnasios locales.</li> <li>• Acceso a equipos de ejercicios y otros servicios, clases para todos los niveles y capacidades, eventos sociales y más.</li> </ul>
<b>Recompensas de HealthyBlue</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su plan BlueMedicare lo recompensa por cuidar su salud. Los dólares de recompensa se cargarán en su tarjeta Blue Dollars por completar y/o informar el cuidado preventivo y las revisiones.</li> <li>• Las recompensas están disponibles después de suscribirse al programa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su plan BlueMedicare lo recompensa por cuidar su salud. Los dólares de recompensa se cargarán en su tarjeta Blue Dollars por completar y/o informar el cuidado preventivo y las revisiones.</li> <li>• Las recompensas están disponibles después de suscribirse al programa.</li> </ul>

## Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D

### Etapa de deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, tétanos y las vacunas de viaje. Pagará un deducible anual de \$290, el cual se aplica a los Niveles 1 (medicamentos genéricos preferidos), 2 (medicamentos

genéricos), 3 (medicamentos de marca preferida), 4 (medicamentos no preferidos) y 5 (medicamentos especializados). Debe pagar el costo total de sus medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), Nivel 2 (medicamentos genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual. Para todos los otros medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. En general, el costo total es menor que el precio total normal del medicamento, porque nuestro plan negoció costos menores para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$290 por año por los medicamentos recetados de la Parte D se aplica a los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), Nivel 2 (medicamentos genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos especializados), usted abandona la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

### Etapa de cobertura inicial

Usted comienza en esta etapa después de alcanzar su deducible (si corresponde). Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Se mantiene en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de desembolso directo lleguen a \$2,000. Luego pasa a la Etapa de cobertura contra catástrofes. Puede obtener sus medicinas en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo.

<i>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</i>	<b>Minorista estándar/LTC/pedido por correo estándar (suministro de 31 días)</b>	<b>Venta minorista y pedido por correo estándar (suministro para 90 o 100 días)</b>
<b>Nivel 1 - Genéricos preferidos</b>	<b>\$3 de copago</b>	<b>\$9 de copago</b>
<b>Nivel 2 - Genéricos</b>	<b>\$10 de copago</b>	<b>\$30 de copago</b>
<b>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos</b>	<b>25 % del costo</b>	<b>25 % del costo</b>
<b>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos</b>	<b>25 % del costo</b>	<b>25 % del costo</b>
<b>Nivel 5 - Medicamentos especializados</b>	<b>28 % del costo</b>	<b>No corresponde</b>
<b>Nivel 6: medicamentos de cuidados seleccionados</b>	<b>\$0 de copago</b>	<b>\$0 de copago</b>



No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

### **Etapas de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos**

Ingresa a la Etapa de cobertura contra catástrofes cuando sus gastos de desembolso directo llegan al límite de **\$2,000** para el año calendario. Durante la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

### **Cobertura adicional de medicamentos**

- Llámenos o consulte la *"Evidencia de cobertura"* del plan en nuestro sitio web ([www.floridablue.com/medicare/forms](http://www.floridablue.com/medicare/forms)) si busca información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos. Si solicita una excepción del formulario y el plan aprueba dicha excepción, usted pagará el costo compartido del **Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)**.
- Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de cuidado a largo plazo, una farmacia de infusión en casa o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento.
- Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

## Descargos de Responsabilidad

Florida Blue es un Plan PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción a Florida Blue depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red/que no estén contratados no tienen la obligación de proporcionar tratamiento a los miembros de Florida Blue, excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de atención al cliente o consulte su Constancia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro número de Servicios para miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.

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

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D.

La tarjeta prepaga Blue Dollars Benefits Mastercard® es emitida por The Bancorp Bank, N.A., miembro de la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (FDIC) de conformidad con una licencia de Mastercard International Incorporated. La tarjeta se puede utilizar para gastos elegibles en cualquier lugar donde se acepte Mastercard. Válido solo en los EE. UU. No permite el acceso a efectivo. Mastercard y el diseño de círculos son marcas comerciales de Mastercard International Incorporated.

© 2024 Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue. Todos los derechos reservados.

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

## Servicios de intérprete en varios idiomas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ  
उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-926-6565 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी  
मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

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

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

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

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

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

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