



## Resumen de beneficios de 2024

Planes de medicamentos recetados de Medicare

---

**BlueMedicare Premier Rx (PDP) S5904-001**

**BlueMedicare Complete Rx (PDP) S5904-002**

1/1/2024 al 12/31/2024

El área de servicio del plan incluye:

**Estado de Florida**

La información proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. Para obtener detalles sobre estos planes de medicamentos recetados de Medicare, llámenos y solicite la "Constancia de Cobertura". Para obtener una lista completa de los medicamentos que cubrimos, llámenos y solicite la Lista de medicamentos cubiertos ("Formulario"). También puede consultar la "Evidencia de cobertura" y el "Formulario" para estos planes en nuestro sitio web, [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare).

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

---

## ¿Quién puede inscribirse?

Para unirse, usted debe hacer lo siguiente:

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

Nuestra área de cobertura incluye: **el estado de Florida**

---

## ¿Qué farmacias puedo usar?

- En la mayoría de las situaciones, debe utilizar nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.
  - También puede usar nuestra farmacia de orden por correo para que le entreguen sus medicamentos recetados en su domicilio.
  - ¿Quiere saber si su farmacia está en nuestra red de farmacias o si estos planes cubren sus medicamentos recetados? Visite nuestro sitio web [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare).
- 

## ¿Tiene alguna pregunta? Llámenos

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

## Información importante

Nuestro plan agrupa cada medicamento en un nivel. La cantidad de niveles puede variar según el plan que elija. Deberá consultar su formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará. La cantidad que usted paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante en este documento hablaremos sobre las etapas que ocurren en los beneficios: Deducible (para BlueMedicare Premier Rx únicamente), Cobertura Inicial, Brecha en la cobertura y Cobertura para eventos médicos catastróficos.

## Prima mensual, deducible y límites

	BlueMedicare Premier Rx (PDP) S5904-001	BlueMedicare Complete Rx (PDP) S5904-002
<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$76.70</b>	<b>\$181.60</b>
	Debe continuar pagando la Parte B de Medicare.	Debe continuar pagando la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	<b>\$545</b> por año.	<b>\$0 por año</b> para los medicamentos recetados de la Parte D.
	Se aplica al Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), 4 (medicamentos no preferidos) y 5 (medicamentos especializados).	No hay deducible para insulinas.
	No hay deducible para insulinas.	

## Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D

### Etapa de deducible

Usted comienza a estar en esta etapa cuando obtiene su primer medicamento recetado del año. Usted paga el costo total de los medicamentos recetados hasta el monto del deducible antes de pasar a la etapa de cobertura inicial. La etapa de deducible se aplica solo a BlueMedicare Premier Rx. En la etapa de deducible, si el costo de sus medicamentos recetados excede el monto del deducible y lo traslada a la etapa inicial, es posible que deba pagar el deducible y el costo compartido del nivel correspondiente.

No hay deducible para insulinas.

### 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. Usted permanece en esta etapa hasta que su costo total de medicamentos del año (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) alcance los **\$5,030**. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo.

	<b>BlueMedicare Premier Rx (PDP) S5904-001</b>	<b>BlueMedicare Complete Rx (PDP) S5904-002</b>
<i>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</i>	<b>Venta minorista/a largo plazo/pedido por correo estándar (suministro para 31 días)</b>	<b>Pedido por Correo (suministro para 90 días)</b>
		<b>Minorista estándar (suministro para 31 días)</b>
		<b>Pedido por Correo (suministro para 90 días)</b>
<b>Nivel 1 - Genéricos preferidos</b>	<b>\$6 de copago</b>	<b>\$18 de copago</b>
<b>Nivel 2 - Genéricos</b>	<b>\$16 de copago</b>	<b>\$48 de copago</b>
<b>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos</b>	<b>\$47 de copago</b>	<b>\$141 de copago</b>
	<b>\$35 de copago para insulina</b>	<b>\$105 de copago para insulina</b>
<b>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos</b>	<b>50 % del costo</b>	<b>50 % del costo</b>
<b>Nivel 5 - Medicamentos especializados</b>	<b>25 % del costo</b>	<b>No corresponde</b>

### Etapa de brecha en la cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha en la cobertura (también llamada "donut hole"). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted paga por sus medicamentos. La etapa de brecha en la cobertura comienza después de que los costos anuales totales de medicamentos (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) alcanzan los **\$5,030**. Puede permanecer en esta etapa hasta que los costos de su bolsillo del año a la fecha alcancen el total de **\$8,000**.

	<b>BlueMedicare Premier Rx (PDP) S5904-001</b>	<b>BlueMedicare Complete Rx (PDP) S5904-002</b>
<b>Durante la etapa de brecha en la cobertura:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por los medicamentos genéricos, usted paga el <b>25 % de los costos</b>.</li> <li>Para medicamentos de marca, paga el <b>25% del costo</b> (más una parte de la tarifa de suministro)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para medicamentos genéricos en el <b>Nivel 1 (Medicamento genérico preferido)</b> y <b>Nivel 2 (Genérico)</b>, paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial o el <b>25 % de los costos</b>, lo</li> </ul>

BlueMedicare Premier Rx (PDP) S5904-001	BlueMedicare Complete Rx (PDP) S5904-002
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para las insulinas, no pagará más de <b>\$35</b> por un suministro de un mes de cada insulina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• que sea menor</li> <li>• Por los medicamentos genéricos, usted paga el <b>25 % de los costos.</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para medicamentos de marca, paga el <b>25% del costo</b> (más una parte de la tarifa de suministro)</li> <li>• Para las insulinas, no pagará más de <b>\$35</b> por un suministro de un mes de cada insulina.</li> </ul>

### Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos

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

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

### Cobertura adicional de medicamentos

- Llámenos o consulte la "Evidencia de cobertura" del plan en nuestro sitio web ([www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare)) si busca información completa de los costos de sus 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 (Long-Term Care, LTC), una farmacia de infusión en casa o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento.
- Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

## **Descargos de Responsabilidad**

Florida Blue es un plan Rx (PDP) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción a Florida Blue depende de la renovación del contrato.

Si tiene preguntas, comuníquese con nuestro Departamento de atención al cliente al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y el día de Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.

Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue, un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece cobertura de salud.

© 2023 Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue. Todos los derechos reservados.

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

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

### Servicios de intérprete en varios idiomas

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

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

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

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

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa 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.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مساعدة، 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 Italiano 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。