

BlueMedicare Patriot (PPO) ofrecido por Florida Blue

Aviso Anual de Cambios para 2025

Actualmente usted está inscrito como miembro de BlueMedicare Patriot. El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 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 costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare/forms. También puede llamar a Servicios al miembro para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

- **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).
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte si los proveedores de atención primaria, los médicos especialistas, los hospitales y demás proveedores permanecerán en nuestra red el próximo año.
- 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 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 Patriot.

- 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 Patriot.
- 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 para obtener más información.

Acerca de BlueMedicare Patriot

- Florida Blue es un plan PPO con un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento indica “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Florida Blue. Cuando se indica “plan” o “nuestro plan”, se refiere a BlueMedicare Patriot.
- Este plan no incluye la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D y usted no puede estar inscrito en un plan de medicamentos que requiere receta médica separado de Medicare Parte D y en este plan al mismo tiempo. Nota: Si no tiene la cobertura de medicamentos recetados de Medicare u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados (al menos equivalente a la de Medicare), tal vez deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.

Aviso Anual de Cambios para 2025

Índice

Resumen de los Costos Importantes para el 2025	4
SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año	5
Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual.....	5
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de sus gastos de bolsillo	5
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores.....	6
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	6
SECCIÓN 2 Decisión del plan por elegir.....	13
Sección 2.1: Si desea permanecer en BlueMedicare Patriot	13
Sección 2.2: Si desea cambiar de planes	13
SECCIÓN 3 Plazo para cambiar de planes	14
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	15
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	15
SECCIÓN 6 ¿Tiene alguna pregunta?.....	16
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de BlueMedicare Patriot.....	16
Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	17

Resumen de los Costos Importantes para el 2025

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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan (Consulte la sección 1.1 para obtener más detalles).	\$0	\$0
Montos máximos de gastos de bolsillo 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 1.2 para obtener más detalles).	De proveedores de la red: \$5,500 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$8,950	De proveedores de la red: \$5,500 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$8,950
Visitas al consultorio del médico	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Visitas al médico de cabecera: \$10 de copago por visita.</p> <p>Visitas a un especialista: \$45 de copago por visita.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Visitas al médico de cabecera: 45 % del costo total por visita</p> <p>Consultas con un especialista: 45 % del costo total por visita</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Visitas al médico de cabecera: \$0 de copago por visita.</p> <p>Visitas a un especialista: \$45 de copago por visita.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Visitas al médico de cabecera: 42 % del costo total por visita</p> <p>Consultas con un especialista: 42 % del costo total por visita</p>
Internaciones como paciente hospitalizado	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$350 de copago por los días 1-4 y \$0 de copago después del día 4.</p> <p>Copago por día (por internación cubierta por Medicare), que incluye el día de admisión y el día del alta</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$350 de copago por los días 1-4 y \$0 de copago después del día 4.</p> <p>Copago por día (por internación cubierta por Medicare). No se le cobrará un copago por el día del alta.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<u>Fuera de la red</u> 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> 42 % del costo total

SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
(Usted debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	BlueMedicare Patriot reducirá su prima mensual de Medicare Parte B a \$75 como máximo.	BlueMedicare Patriot reducirá su prima mensual de Medicare Parte B a \$75 como máximo.

Sección 1.2: 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. Estos límites se denominan “montos máximos 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)
Monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red	\$5,500	\$5,500
Sus costos para servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores de la red cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red.		Una vez que haya pagado \$5,500 de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará por los servicios dentro de la red de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.
Monto máximo de gastos de bolsillo combinado	\$8,950	\$8,950
Sus costos para servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red y fuera de la red cuentan para		Una vez que haya pagado \$8,950 de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
su monto máximo de gastos de bolsillo combinado.		por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro o fuera de la red durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en 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 solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores* 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 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, médicos especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) 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 1.4: 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)
Acupuntura	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios de tecnología avanzada de detección por imágenes	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Pruebas de alergia (consultorio)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$300 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un centro de cirugía ambulatoria (ASC)

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios de sangre (deducible para 3 pintas exento)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios de rehabilitación cardíaca	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Quiropráctica	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios dentales* (otros beneficios)		
Evaluación bucal periódica	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes
Evaluación bucal integral	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes
Diagnóstico por imágenes (radiografías)	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes
Profilaxis dental (limpiezas)	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes
Cirugía bucal y maxilofacial	<u>Dentro de la red</u> Máximo de 2 por año calendario para un diente erupcionado o expuesto. Incluye anestesia local, sutura y atención posoperatoria de rutina.	<u>Dentro de la red</u> Máximo de 1 por año calendario para un diente erupcionado o expuesto. Incluye anestesia local, sutura y atención posoperatoria de rutina.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
<p>Prostodoncia, extraíble (ajustar dentadura postiza completa; maxilar; ajustar dentadura postiza completa, mandibular; ajustar dentadura postiza parcial, maxilar; ajustar dentadura postiza parcial, mandibular)</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Máximo de 2 por año calendario (D5410, D5411, D5421, D5422 combinados)</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Máximo de 1 por año calendario (D5410, D5411, D5421, D5422 combinados)</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
<p>Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
<p>Programa de prevención de la diabetes</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
<p>Suministros, calzados terapéuticos y plantillas para pacientes con diabetes</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
<p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$10 de copago en el consultorio de un médico de cabecera.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago en el consultorio de un médico de cabecera.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
<p>Equipo médico duradero</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
<p>Servicios de emergencia</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$120 de copago por visita.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$125 de copago por visita.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Marcos y lentes para anteojos (materiales para la visión)	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro debe pagar el 100 % de los cargos y presentar los recibos detallados para el reembolso del 55 % del monto permitido dentro de la red.</p> <p>El miembro es responsable de todos los montos que excedan el monto permitido dentro de la red del 55 % o cualquier monto que exceda la asignación anual máxima de beneficios del plan.</p> <p>El reembolso total está sujeto a la asignación máxima anual de beneficios del plan.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro debe pagar el 100 % de los cargos y presentar los recibos detallados para el reembolso del 58 % del monto permitido dentro de la red.</p> <p>El miembro es responsable de todos los montos que excedan el monto permitido dentro de la red del 58 % o cualquier monto que exceda la asignación anual máxima de beneficios del plan.</p> <p>El reembolso total está sujeto a la asignación máxima anual de beneficios del plan.</p>
Audífonos	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro debe presentar los recibos para el reembolso al 55 %</p>	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro debe presentar los recibos para el reembolso al 58 %</p>
Exámenes de audición, incluye ajuste de audífonos	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro debe presentar los recibos para el reembolso al 55 % del máximo permitido</p>	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro debe presentar los recibos para el reembolso al 58 % del máximo permitido</p>
Servicios de atención médica a domicilio	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Rehabilitación cardíaca intensiva	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$65 por rehabilitación cardíaca intensiva.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$55 por rehabilitación cardíaca intensiva.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados agudos	<p><u>Dentro de la red</u> Su copago diario incluye desde el día de la admisión hasta el día del alta.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se le cobrará un copago por el día del alta.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital psiquiátrico	<p><u>Dentro de la red</u> Su copago diario incluye desde el día de la admisión hasta el día del alta.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se le cobrará un copago por el día del alta.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Servicios de educación sobre enfermedad renal	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Servicios de laboratorio	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Servicios dentales cubiertos por Medicare (no rutinarios)	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Examen ocular cubierto por Medicare (no rutinario)	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Anteojos cubiertos por Medicare (no rutinarios)	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Examen de audición cubierto por Medicare (no rutinario)	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare (incluidos los medicamentos de insulina a través del DME)	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Medicare Parte B Avastin[®] (bevacizumab)	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga el 20 % del costo total por cada inyección de Avastin[®] (bevacizumab) cubierta para inyecciones oculares.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por cada inyección de Avastin[®] (bevacizumab) cubierta para inyecciones oculares.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B (inyección para la alergia)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$5 de copago por inyecciones para la alergia (en el consultorio) <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por inyecciones para la alergia (en el consultorio) <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Especialidad en salud mental: profesional no médico	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Rehabilitación con terapia ocupacional	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Programas de tratamiento por consumo de opioides	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Otro profesional de la salud	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Observación de pacientes ambulatorios en el hospital	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$120 de copago por observación hospitalaria para pacientes ambulatorios. <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$125 de copago por observación hospitalaria para pacientes ambulatorios. <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Hospital para pacientes ambulatorios (por visita) (cirugía y otros)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios ambulatorios en hospitales (colonoscopia de diagnóstico)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$300 de copago por servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Este copago también incluye colonoscopia de diagnóstico.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico.
Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Hospitalización parcial (sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Rehabilitación con terapia ocupacional, física y del habla	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$40 de copago por terapia para linfedema. <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por terapia para linfedema. <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Especialista	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Podiatría	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios preventivos	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Médico de atención primaria	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$10 de copago por médico de atención primaria. <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por médico de atención primaria. <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Prótesis, aparatos ortopédicos y suministros relacionados	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios de psiquiatría	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios de rehabilitación pulmonar	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Terapia de ejercicios supervisada (SET)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Centro de enfermería especializada (SNF)	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por día para los días 1-20	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por día para los días 1-20

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	\$160 de copago por día para los días 21-100	\$214 de copago por día para los días 21-100
	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios de telesalud	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$10 de copago por servicios de médico de atención primaria.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por servicios de médico de atención primaria.
	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios de radiología terapéutica	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Exámenes de la vista (de rutina)	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe pagar el 100 % de los cargos y presentar los recibos detallados para el reembolso del 55 % del monto permitido dentro de la red.	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe pagar el 100 % de los cargos y presentar los recibos detallados para el reembolso del 58 % del monto permitido dentro de la red.
Servicios de emergencia/urgencia internacionales	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$120 de copago por servicios de emergencia/urgencia a nivel mundial.	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$125 de copago por servicios de emergencia/urgencia a nivel mundial.

SECCIÓN 2 Decisión del plan por elegir

Sección 2.1: Si desea permanecer en BlueMedicare Patriot

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 Patriot.

Sección 2.2: Si desea cambiar de planes

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,
- – O – 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, puede haber 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), lea el manual *Medicare y Usted 2025* (Medicare & You 2025), llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la sección 4) o llame a Medicare (consulte la sección 6.2).

Como recordatorio, Florida Blue ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Es posible que estos otros planes tengan coberturas, primas mensuales y montos 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 Patriot.
 - 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 Patriot.
- 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 3 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 4 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).

SECCIÓN 5 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.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, puede continuar brindándole asistencia para los costos compartidos en recetas de Medicare Parte D para medicamentos incluidos en el formulario de ADAP. Para tener la seguridad de que continuará recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripciones del ADAP local sobre cualquier cambio en el nombre de su plan de Medicare Parte D o en el número de póliza. Llame al Florida AIDS Drug Assistance Program (el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA 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

Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame directamente a Florida AIDS Drug Assistance Program (el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA 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

SECCIÓN 6 ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de BlueMedicare Patriot

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarte. Llame a Servicios al Miembros 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 Patriot. 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. 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. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*).

Sección 6.2: 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 los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el Sitio Web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (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 en 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 usted no tiene una copia de este documento, puede obtener una en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o solicitarla 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.

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. 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 tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-926-6565. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

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

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

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

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

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

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

Form Approved
OMB# 0938-1421

Arabic: إبتنا 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 التصلال بنا على 1-800-926-6565. سيقوم شخص ما يتحدث العربية مجانية.

Hindi: हमारे सास या दवा की योजनाके बारे मे आपके ककसी भी पशके जवाब देनेके किए हमारे पास मुफ दुभाकिया सेवाएँ उपिब है. एक दुभाकिया पाप करनेके किए, बस हमे 1-800-926-6565. पर फोन करे. कोई वक् जो कहनी बोिता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ 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)