

BlueMedicare HMO MyTime (HMO) ofrecido por Florida Blue HMO

Notificación anual de cambios para 2017

Actualmente, usted está inscrito como un miembro de BlueMedicare HMO MyTime. El próximo año habrá algunos cambios para los costos y beneficios del plan. *Este folleto trata sobre los cambios.*

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

Recursos adicionales

- Esta información está disponible de manera gratuita en otros idiomas.
- Comuníquese con Atención al cliente al 1-800-926-6565 para recibir información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad.
Sin embargo, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, deberá dejar un mensaje los sábados, los domingos y los días feriados. Les devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
- El departamento de Atención al cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación, que están disponibles para las personas que no hablan inglés.
- Member Services also has free language interpreter services available for non-English speakers.
- Esta información está disponible en formatos alternativos, incluyendo letra grande, cintas de audio, CD y Braille. Si necesita información sobre el plan en otro formato, llame a Atención al cliente al número que se indica arriba.
- Cobertura esencial mínima (MEC): La cobertura bajo este Plan califica como cobertura esencial mínima (minimum essential coverage, MEC) y cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de cuidados de salud a bajo precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio de Internet del Servicio de rentas internas (Internal Revenue Service, IRS) en: <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información sobre los requisitos individuales para MEC.

Sobre BlueMedicare HMO MyTime

- Florida Blue HMO es un Plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue HMO depende de la renovación del contrato.

- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, quiere decir Florida Blue HMO. Cuando se hace referencia a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a BlueMedicare HMO MyTime.

Piense en su cobertura de Medicare para el próximo año.

Cada otoño, Medicare permite que usted cambie su cobertura de salud y de medicamentos de Medicare durante el periodo de inscripción anual. Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que cubrirá sus necesidades el próximo año.

Cosas importantes que debe hacer:

- Revise los cambios de nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.** ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza? Es importante revisar los cambios en los beneficios y costos para asegurarse que le servirán el próximo año. Consulte las Secciones 1.1, 1.2 y 1.5 para obtener información sobre cambios en los beneficios y los costos para nuestro plan.
- Verifique los cambios en nuestra cobertura de medicinas recetadas para ver si le afectan.** ¿Sus medicinas estarán cubiertas? ¿Se encuentran en un nivel diferente? ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? Es importante revisar los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos le servirá el próximo año. Consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre cambios en nuestra cobertura de medicinas.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.** ¿Están sus médicos en nuestra red? ¿Pertencen a ella los hospitales u otros proveedores que utiliza? Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense acerca de sus costos generales por atención médica.** ¿Cuánto gastará en efectivo por los servicios y medicinas recetadas que utiliza regularmente? ¿Cuánto gastará en su prima? ¿Cómo funcionan los gastos totales en comparación a otras opciones de cobertura de Medicare?
- Considere si está satisfecho con nuestro plan.**

Si decide quedarse con BlueMedicare HMO MyTime:

Si desea quedarse con nosotros el próximo año, es fácil: no necesita hacer nada.

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura cubrirá mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si se inscribe en un nuevo plan, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2017. Consulte la Sección 3.2 para obtener más información acerca de sus opciones.

Resumen de costos importantes para 2017

El siguiente cuadro compara los costos de 2016 y 2017 para BlueMedicare HMO MyTime en varias áreas importantes. **Por favor tenga en cuenta que esto es solo un resumen de cambios. Es importante leer el resto de esta *Notificación Anual de Cambios* y revisar la *Constancia de cobertura* adjunta para ver si otros cambios en los beneficios o costos le afectan.**

| Costos | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
|---|--|--|
| Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este monto. (Consulte la Sección 1.1 para obtener más información). | \$0 | \$0 |
| Monto máximo a su cargo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará como gastos a su cargo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información acerca de sus opciones). | \$5,500 | \$6,500 |
| Visitas al consultorio médico | Visitas al médico de cabecera: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$30 por visita. | Visitas al médico de cabecera: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$25 por visita. |

| Costos | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
|--|---|---|
| <p>Hospitalización Incluye cuidados intensivos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención médica para pacientes hospitalizados comienza el día que es formalmente admitido(a) al hospital con la orden de un médico. El día antes que sea dado de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> | <p>Días 1-7: \$250 de copago por día (por hospitalización cubierta por Medicare). Después del día 7, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.</p> | <p>Del día 1 al 7: \$225 de copago por día (por hospitalización cubierta por Medicare). Después del día 7, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.</p> |

| Costos | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
|---|---|---|
| Cobertura de medicinas recetadas Parte D | Deducible: \$0 | Deducible: \$0 |
| (Consulte la Sección 1.6 si necesita más información acerca de sus opciones). | Copago/coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial: | Copago/coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial: |
| | Nivel de medicina 1: | Nivel de medicina 1: |
| | Costo compartido estándar: \$7 de copago | Costo compartido estándar: \$7 de copago |
| | Costo compartido preferido: \$2 de copago | Costo compartido preferido: \$0 de copago |
| | Nivel de medicina 2: | Nivel de medicina 2: |
| | Costo compartido estándar: \$15 de copago | Costo compartido estándar: \$12 de copago |
| | Costo compartido preferido: \$10 de copago | Costo compartido preferido: \$5 de copago |
| | Nivel de medicina 3: | Nivel de medicina 3: |
| | Costo compartido estándar: \$47 de copago | Costo compartido estándar: \$47 de copago |
| | Costo compartido preferido: \$42 de copago | Costo compartido preferido: \$40 de copago |
| | Nivel de medicina 4: | Nivel de medicina 4: |
| | Costo compartido estándar: \$100 de copago | Costo compartido estándar: \$100 de copago |
| | Costo compartido preferido: \$95 de copago | Costo compartido preferido: \$93 de copago |
| | Nivel de Medicina 5: | Nivel de Medicina 5: |
| | Costo compartido estándar: 33% del costo total | Costo compartido estándar: 33% del costo total |
| | Costo compartido preferido: 33% del costo total | Costo compartido preferido: 33% del costo total |

Notificación anual de cambios para 2017
Tabla de contenidos

| | |
|--|-----------|
| Piense en su cobertura de Medicare para el próximo año | 1 |
| Resumen de costos importantes para 2017 | 2 |
| SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año..... | 6 |
| Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual | 6 |
| Sección 1.2 – Cambios en los gastos máximos a su cargo | 7 |
| Sección 1.3 - Cambios en la red de proveedores | 8 |
| Sección 1.4 - Cambios en la red de farmacias | 8 |
| Sección 1.5 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos..... | 10 |
| Sección 1.6 - Cambios en la cobertura de medicinas recetadas Parte D..... | 13 |
| SECCIÓN 2 Otros cambios | 17 |
| SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir | 17 |
| Sección 3.1 – Si desea quedarse con BlueMedicare HMO MyTime..... | 17 |
| Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan | 17 |
| SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan | 18 |
| SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare..... | 18 |
| SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar por medicinas recetadas | 19 |
| SECCIÓN 7 ¿Preguntas? | 20 |
| Sección 7.1 – Para recibir ayuda de BlueMedicare HMO MyTime | 20 |
| Sección 7.2 – Para recibir ayuda de Medicare | 20 |

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año**Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual**

| Costos | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
|--|-----------------|--------------------|
| Prima mensual (Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare). | \$0 | \$0 |

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se requiere que pague una multa de por vida por inscripción tardía a la Parte D por encontrarse sin ninguna otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, usted podría tener que pagar un monto adicional todos los meses directamente al gobierno por la cobertura de medicinas recetadas de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos recetados

Sección 1.2 – Cambios en los gastos máximos a su cargo

Para protegerlo(a), Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina "gastos máximos a su cargo". Una vez que alcanza esta cantidad, por lo general no paga ningún monto por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

| Costos | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
|--|-----------------|--|
| <p>Monto máximo a su cargo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para el gasto máximo a su cargo. Sus costos por medicinas recetadas no cuentan para el monto máximo de gastos a su cargo.</p> | <p>\$5,500</p> | <p style="text-align: center;">\$6,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,500 de gastos a su cargo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, ya no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.</p> |

Sección 1.3 - Cambios en la red de proveedores

Se han introducido cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Encontrará un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web www.BlueMedicareFL.com. También puede llamar a Atención al cliente para obtener información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos por correo el Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2017 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran dentro de nuestra red.**

Es importante que sepa que nosotros podemos hacer cambios de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que sean parte de su plan durante el año. Hay muchas razones por las cuales su proveedor podría retirarse de su plan, pero si su médico o especialista efectivamente se retira de su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Mientras sea posible, le avisaremos con al menos 30 días de anticipación que su proveedor se está retirando de nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si se encuentra bajo un tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo y nos aseguraremos de que dicho tratamiento continúe.
- Si usted cree que no le hemos brindado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no está siendo manejada adecuadamente, tiene el derecho de presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista se está retirando de su plan, por favor comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y manejar su atención médica.

Sección 1.4 - Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicinas recetadas pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicinas de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados *solo* están cubiertos si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que puede ofrecerle un costo compartido menor que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias dentro de la red.

Se han introducido cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio de Internet **www.BlueMedicareFL.com**. También puede llamar a Atención al cliente para obtener información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos por correo el Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2017 para ver qué farmacias se encuentran dentro de nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura para algunos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, en su *Constancia de cobertura para 2017*.

| Costos | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
|---|--|--|
| Ambulancia | Usted paga \$200 por servicio de ambulancia cubierto. | Usted paga \$250 por servicios de ambulancia cubiertos. |
| Servicio de emergencia – Cobertura a nivel mundial | El transporte de emergencia está cubierto cuando usted es internado en un hospital al encontrarse fuera del país. | El transporte de emergencia no está cubierto cuando usted es internado en un hospital al encontrarse fuera del país. |
| Educación sobre salud | El Programa de prevención de la diabetes no está cubierto . | El Programa de prevención de la diabetes está cubierto . |
| Servicios de audición | Usted paga un copago de \$30 por visitas al consultorio de un especialista cubiertas por Medicare. El examen auditivo de rutina <u>no</u> está cubierto. | Usted paga un copago de \$25 por visitas al consultorio de un especialista cubiertas por Medicare. Usted paga un copago de \$45 por examen auditivo de rutina por año. |
| Aparatos auditivos | Los aparatos/evaluaciones auditivos <u>no</u> están cubiertos. Los aparatos auditivos <u>no</u> están cubiertos. | Usted paga un copago de \$45 por una evaluación auditiva y ajuste por año. Usted paga un copago de \$699 por aparato auditivo TruHearing Flyte 700 por año (1 por oído, por año). Usted paga un copago de \$999 por aparato auditivo TruHearing Flyte 900 por año (1 por oído, por año). |

| Costos | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
|---|---|---|
| Atención para pacientes hospitalizados | Usted paga un copago de \$250 por día, desde el día 1 hasta el día 7. | Usted paga un copago de \$225 por día, desde el día 1 hasta el día 7. |
| Hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados | Usted paga un copago de \$210 por día, desde el día 1 hasta el día 7. Usted paga un copago de \$0 por día, desde el día 8 hasta el día 90. | Usted paga un copago de \$300 por día, desde el día 1 hasta el día 5. Usted paga un copago de \$0 por día, desde el día 6 hasta el día 90. |
| Pruebas de diagnóstico, pruebas y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios | Usted paga un copago de \$50 cuando los procedimientos y pruebas de diagnóstico se llevan a cabo en un Centro independiente de exámenes de diagnóstico. | Usted paga un copago de \$50 cuando los procedimientos/pruebas de diagnóstico se llevan a cabo en <u>cualquier centro de servicio.</u> |

| Costos | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
|--|---|---|
| Servicios de rehabilitación ambulatoria | <p>Usted paga un copago de \$30 por servicios de terapia ocupacional, física y del habla/lenguaje cubiertos por Medicare en un centro de salud independiente o el consultorio de un especialista.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por servicios de terapia ocupacional, física y del habla/lenguaje cubiertos por Medicare en un centro de cuidados ambulatorios.</p> <p>Aplica un límite anual de Medicare de \$1,960 a los servicios de terapia del habla y física.</p> <p>Aplica un límite anual separado de Medicare de \$1,960 a los servicios de terapia ocupacional.</p> | <p>Usted paga un copago de \$25 por servicios de terapia ocupacional, física y del habla/lenguaje cubiertos por Medicare en un centro de salud independiente o el consultorio de un especialista.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por servicios de terapia ocupacional, física y del habla/lenguaje cubiertos por Medicare en un centro de cuidados ambulatorios.</p> <p>Aplica un límite anual de Medicare de \$1,960 a los servicios de terapia del habla y física. Este límite corresponde a 2016 y está sujeto a cambios de parte de Medicare en 2017.</p> <p>Aplica un límite anual separado de Medicare de \$1,960 a los servicios de terapia ocupacional. Este límite corresponde a 2016 y está sujeto a cambios de parte de Medicare en 2017.</p> |
| Servicios de médicos generales o de atención primaria, incluidas visitas a consultorios médicos | <p>Usted paga un copago de \$30 por visita al consultorio médico de un especialista.</p> | <p>Usted paga un copago de \$25 por visita al consultorio médico de un especialista.</p> |
| Podología | <p>Usted paga un copago de \$30 por servicios de podología.</p> | <p>Usted paga un copago de \$25 por servicios de podología.</p> |
| Servicios de rehabilitación pulmonar | <p>Usted paga un copago de \$50 por visitas de rehabilitación pulmonar al consultorio de un especialista cubiertas por Medicare.</p> | <p>Usted paga un copago de \$30 por visitas de rehabilitación pulmonar al consultorio de un especialista cubiertas por Medicare.</p> |

| Costos | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
|---|---|--|
| Centro de enfermería especializada | Días 21-100: Usted paga un copago de \$160 por día (por período de beneficios) por atención en centros de enfermería especializada (SNF) cubierta por Medicare. | Días 21-100: Usted paga un copago de \$164.50 por día (por período de beneficios) por atención en centros de enfermería especializada (SNF) cubierta por Medicare. |
| Cuidados de la vista | Usted paga un copago de \$30 por cuidados de la vista cubiertos por Medicare. | Usted paga un copago de \$25 por cuidados de la vista cubiertos por Medicare. |
| Servicios de la vista adicionales | Los lentes ultraprogresivos no están cubiertos . | Usted paga un copago de \$140 por los lentes ultraprogresivos. |

Sección 1.6 - Cambios en la cobertura de medicinas recetadas Parte D

Cambios en nuestra lista de medicinas

Nuestra lista de medicinas cubiertas se llama Formulario o “Lista de medicinas”. Una copia de nuestra Lista de medicinas se encuentra en este sobre.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicinas, incluyendo cambios a las medicinas que cubrimos y cambios a las restricciones que aplican a nuestra cobertura para ciertas medicinas.

Revise la Lista de medicinas para asegurarse que sus medicinas estarán cubiertas el próximo año y ver si habrá restricciones.

Si se ve afectado(a) por un cambio en la cobertura de medicinas, usted puede hacer lo siguiente:

- **En conjunto con su médico (u otro que emita la receta) solicite al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Les sugerimos a los miembros actuales** que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su Constancia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) o llame a Atención al cliente.
- **En conjunto con su médico (u otra persona autorizada para extender recetas) encuentre un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Atención al cliente para solicitar una lista de medicinas cubiertas que tratan la misma condición médica.

En algunas ocasiones, nos vemos obligados a cubrir un suministro temporal por **una sola vez** de un medicamento no cubierto de la Lista de Medicinas durante los primeros 90 días de cobertura o del año del plan. (Para conocer más sobre cuándo obtener suministro temporal y cómo pedir uno, ver Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Constancia de cobertura*). Durante el período en que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico, a fin de decidir qué debe hacer cuando se agote su suministro temporal. Usted puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y que cubra su medicamento actual.

Para asegurarse de que su excepción del formulario no expire, comuníquese con Atención al cliente. Posiblemente, su médico tendrá que enviar otra solicitud de excepción.

Cambios en los costos de las medicinas recetadas

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no aplica a usted.** Le hemos enviado por separado una información adicional denominada “Cláusula adicional de la constancia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicinas recetadas” (también llamada la “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”), que le informa sobre su costos de medicinas. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido esta información para el 30 de septiembre de 2016, por favor llame a Atención al cliente y solicite la “Cláusula LIS”. Los números telefónicos de Atención al cliente aparecen en la Sección 7.1 de este folleto.

Hay cuatro “etapas de pago de medicinas”. El monto que paga por una medicina de la Parte D depende en qué etapa de pago de medicinas se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Constancia de cobertura* si desea más información acerca de las etapas.)

La siguiente información muestra los cambios para el siguiente año respecto a las primeras dos etapas - la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de miembros no llega a las otras dos etapas – Etapa de Brecha en la cobertura o la Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos. Para obtener más información acerca de sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Constancia de cobertura* adjunta.)

Cambios en la etapa del deducible

| | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
|--|--|--|
| Etapa 1: Etapa de deducible anual | Ya que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica a usted. | Ya que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica a usted. |

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa inicial de cobertura

Para aprender cómo funcionan los copagos y el coaseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos a su cargo que puede pagar por los medicamentos cubiertos en su Constancia de cobertura.*

| | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Etapa 2: Etapa inicial de cobertura</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de 1 mes (31 días) cuando surta su medicamento recetado en una farmacia de la red. Para obtener información acerca de los costos para un suministro de largo plazo o para medicinas recetadas de orden por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Constancia de cobertura.</i></p> <p>Cambiamos el nivel para algunas de las medicinas en nuestra Lista de medicinas. Para ver si sus medicinas estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicinas.</p> | <p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 – Genérica preferida <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$7 por medicina recetada. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$2 por medicina recetada.</p> <p>Nivel 2 – Genérica <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$15 por medicina recetada. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$10 por medicina recetada.</p> <p>Nivel 3 – Marca preferida <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por medicina recetada. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$42 por medicina recetada.</p> <p>Nivel 4 – Marca no preferida <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por</p> | <p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 – Genérica preferida <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$7 por medicina recetada. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicina recetada.</p> <p>Nivel 2 – Genérica <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$12 por medicina recetada. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$5 por medicina recetada</p> <p>Nivel 3 – Marca preferida <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por medicina recetada. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$40 por medicina recetada.</p> <p>Nivel 4 – Marca no preferida <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por</p> |

| | |
|--|--|
| <p>medicina recetada. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$95 por medicina recetada.</p> | <p>medicina recetada. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$93 por medicina recetada.</p> |
| <p>Nivel 5: Medicinas especializadas <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33% del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p> | <p>Nivel 5: Medicinas Especializadas <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33% del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p> |
| <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$3,310, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en la cobertura).</p> | <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$3,700, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en la cobertura).</p> |

Cambios en las Etapas de brecha en la cobertura y la cobertura para eventos médicos catastróficos

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos - la Etapa de brecha en la cobertura y Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos - son para personas que pagan altos costos por medicamentos. **La mayoría de miembros no llegan a la Etapa de brecha en la cobertura o la Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos.** Para obtener más información acerca de sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Constancia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Otros cambios

| Costos | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
|-------------------------------------|---|---|
| Especialidad de salud mental | Se requerirá autorización previa para recibir ciertos servicios de especialidad de salud mental. | Se requerirá autorización previa para recibir servicios de especialidad de salud mental que no sean de emergencia. |

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea quedarse con BlueMedicare HMO MyTime

Para quedarse en nuestro plan **no necesita hacer nada**. Si no se inscribe en un plan distinto o cambia a Medicare Original hasta el 7 de diciembre, automáticamente quedará inscrito como miembro de nuestro plan para el 2017.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año pero si desea cambiar para el 2017, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare
- -- O-- Puede cambiar al plan Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si se afiliará a un plan de medicinas de Medicare y si comprará una póliza suplementaria de Medicare (Medigap).

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2017 (Medicare & You 2017)*, llame a su Programa de asistencia para seguro médico estatal (vea la Sección 5), o llame a Medicare (vea la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos). **Aquí, usted puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare HMO MyTime.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare HMO MyTime.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicinas recetadas**:
 - Envíenos una solicitud escrita para dar de baja a su afiliación. Comuníquese con Atención al cliente si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este folleto).
 - – o – comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se dé de baja su inscripción. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan de medicamentos recetados o a un plan de salud Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2017.

¿Hay otras épocas del año en que se pueden hacer un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que cuentan con Medicaid, aquellas que tienen "Ayuda adicional" para pagar por sus medicinas, aquellas que tienen o están dejando la cobertura del empleador, y aquellas que se mudan fuera del área de servicio tienen permitido hacer un cambio en otras épocas del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Constancia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2017 y no le gusta ese plan, puede cambiarse a Medicare Original entre el 1 de enero y el 14 de febrero de 2017. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Constancia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa de asistencia para seguro médico estatal (SHIP) es un programa gubernamental que tiene asesores capacitados en cada estado. En Florida, SHIP se denomina SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders [Atención de necesidades de seguro médico de ancianos]).

SHINE es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer orientación gratuita sobre seguros médicos a las personas de la comunidad que tienen Medicare. Los asesores de SHINE pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder sus

preguntas acerca de pasarse a otros planes. Puede llamar a SHINE al 1-800-963-5337 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). Puede conocer más de SHINE visitando su sitio web (www.FLORIDASHINE.org).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar por medicinas recetadas

Usted puede calificar para obtener ayuda para pagar sus medicinas recetadas. A continuación, una lista de los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para "Ayuda adicional" para pagar los costos de sus medicinas recetadas. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75% o más de sus costos de medicinas, incluyendo las primas mensuales para medicinas recetadas, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, quienes califiquen no tendrán brechas en la cobertura o una penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para usar estos descuentos y ni siquiera lo saben. Para ver 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.
 - Administración del Seguro Social, 1-800-772-1213, entre las 7:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones) o.
 - A la Oficina de Medicaid de su estado (aplicaciones).
- **Asistencia de costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA** El Programa de Asistencia de medicinas para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que los individuos que viven con VIH/SIDA elegibles para ADAP tengan acceso a tener las medicinas esenciales contra el VIH/SIDA. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia en el Estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado, y estar bajo un estatus sin cobertura o sin cobertura completa. Las medicinas recetadas de la Parte D de Medicare que también están cubiertas por el ADAP califican para asistencia de costos compartidos de medicinas recetadas del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) de Florida. Para obtener más información acerca de los criterios de elegibilidad, o cómo inscribirse en el programa, llame a su oficina local del Departamento de salud del condado. Para ponerse en contacto con el ADAP de Florida directamente, llame al 1-850-245-4335, o por correo a: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Para recibir ayuda de BlueMedicare HMO MyTime

¿Preguntas? podemos ayudarlo. Llame a Atención al cliente al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY solamente deben llamar al 1-800-955-8770). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, deberá dejar un mensaje los sábados, los domingos y los días feriados. Les devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Constancia de cobertura* de 2017 (tiene detalles sobre los costos y beneficios del próximo año)

Esta *Notificación anual de cambios* le brinda un resumen de cambios en sus beneficios y costos para el 2017. Para obtener más información, consulte la *Constancia de cobertura* de BlueMedicare HMO MyTime. La *Constancia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener los cuidados médicos que están cubiertos y sus medicinas recetadas. Una copia de la *Constancia de cobertura* está incluida en este sobre.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio de Internet en www.BlueMedicareFL.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores) y nuestra lista de medicinas cubiertas (Formulario/Lista de medicinas).

Sección 7.2 – Para recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente desde Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). Encontrará información sobre calificaciones de calidad, costo y cobertura para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los

planes, visite <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”.)

Lea el manual *Medicare y Usted (Medicare & You) 2017*.

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2017 (Medicare & You 2017)*. Cada año en el otoño, se envía este folleto a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.