

# Resumen de beneficios para el 2018

BlueMedicare Classic (HMO) H1026-001

BlueMedicare Premier (HMO) H1026-060

Miami-Dade



Health Options, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue HMO, una afiliada de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., ofrece cobertura HMO. Estas compañías son licenciatarías independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

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.

Y0011\_33822S 0817 CMS Accepted

# BlueMedicare Classic (HMO) y BlueMedicare Premier (HMO)

## Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018

Este folleto ofrece un resumen de lo que cubren BlueMedicare Classic (HMO) y BlueMedicare Premier (HMO). También explica lo que usted paga por los servicios y suministros cubiertos. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, comuníquese con su agente local o llame a nuestro Departamento de Servicios para miembros. También puede ver la “Evidencia de Cobertura” para estos planes en nuestro sitio web, [www.BlueMedicareFL.com](http://www.BlueMedicareFL.com). La Evidencia de Cobertura incluye una lista completa de los servicios que ofrecemos.

## Cosas que debe saber sobre BlueMedicare Classic (HMO) y BlueMedicare Premier (HMO)

### Requisitos de elegibilidad

Para inscribirse, usted debe:

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

Nuestra área de cobertura incluye los siguientes condados de Florida: Miami-Dade.

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

Tenemos una red de médicos, hospitales y otros proveedores. En muchos casos, usted debe recibir atención de nuestra red de proveedores. Por lo general, su plan no cubre la atención que reciba de otros proveedores fuera de la red. Existen tres excepciones para este requerimiento:

- Cubrimos servicios de emergencia y servicios urgentemente necesarios que recibe por parte de proveedores fuera de la red.
- Si los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar un tipo de servicio cubierto por Medicare que usted necesite, cubriremos los servicios si los recibe por parte de un proveedor fuera de la red. En esta situación, debe recibir aprobación del plan antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red.
- Cubriremos la atención que reciba en un establecimiento de diálisis fuera de la red con certificación de Medicare.

En la mayoría de situaciones, debe usar las farmacias de nuestra red para surtir sus medicamentos recetados cubiertos de la Parte D.

Usted puede ahorrar dinero usando una farmacia minorista **preferida** en lugar de una **estándar**. También puede usar nuestra farmacia de pedido por correo para que le entreguen su receta en el hogar.

Encuentre médicos, farmacias y nuestro formulario completo (lista de medicamentos cubiertos por la Parte D) en nuestro sitio web, [www.BlueMedicareFL.com](http://www.BlueMedicareFL.com).

### ¿Qué cubrimos?

Nuestro plan incluye *todos* los beneficios cubiertos por Medicare Original. Por algunos de estos beneficios, usted paga más en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros, puede pagar menos.

Los miembros de nuestro plan también reciben *más de lo que cubre* Original Medicare. En este folleto se describen algunos de los beneficios adicionales.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D de Medicare. Además, cubrimos los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare, como medicamentos para la quimioterapia y ciertos otros medicamentos que su médico le proporciona.

**Horarios de atención:**

Del 1 de octubre al 14 de febrero, estamos abiertos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, los siete días de la semana.

Del 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, de lunes a viernes.

**Números telefónicos y sitio web**

Si actualmente es miembro de uno de estos planes, llame al 1-800-926-6565

Si actualmente usted no es miembro de uno de esos planes, llame al 1-855-601-9465.

Los usuarios de TTY: Llame al 1-877-955-8773

Nuestro sitio de Internet: **[www.BlueMedicareFL.com](http://www.BlueMedicareFL.com)**

Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare y Usted* (Medicare & You). 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 equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

---

Este documento está disponible en otros formatos como por ejemplo Braille e impresión grande.

Esta información está disponible de manera gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro número de Servicios para miembros, 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). 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 y Navidad. Del 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, de lunes a viernes.

This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number at 1-800-926-6565. (TTY users should call 1-800-955-8770.) Hours are 8:00 a.m. – 8:00 p.m. local time, seven days a week from October 1 to February 14, except for Thanksgiving and Christmas. From February 15th to September 30th, we are open Monday - Friday, 8:00 a.m. – 8:00 p.m., local time.

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

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, la prima y/o copagos/coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá notificaciones en caso de ser necesario.

Primas y beneficios	BlueMedicare Classic (HMO)	BlueMedicare Premier (HMO)
Prima mensual del plan	Paga \$0.00 mensuales. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.	Paga \$0.00 mensuales. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.
Máxima responsabilidad de costos a su cargo	Su límite anual en este plan: \$5,500 en servicios de proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite de gastos a su cargo, pagaremos el costo total de los servicios y suministros médicos cubiertos durante el resto del año. <b>Nota:</b> (Las cantidades que paga por los medicamentos de la Parte D y servicios dentales, de audición y de la vista que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare no cuentan para su máximo de costos a su cargo.)	Su límite anual en este plan: \$3,200 en servicios de proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite de gastos a su cargo, pagaremos el costo total de los servicios y suministros médicos cubiertos durante el resto del año. <b>Nota:</b> (Las cantidades que paga por los medicamentos de la Parte D y servicios dentales, de audición y de la vista que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare no cuentan para su máximo de costos a su cargo.)
Cobertura para pacientes hospitalizados	<b>Se requiere Autorización previa para recibir atención que no sea de urgencia para pacientes hospitalizados.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Días 1-6: Copago de \$150 por día</li> <li>Después del día 6: Usted no paga nada</li> </ul>	<b>Se requiere Autorización previa para recibir atención que no sea de urgencia para pacientes hospitalizados.</b> Usted no paga nada
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios	Hasta \$50 de copago. Llámenos o consulte la Evidencia de Cobertura del plan para un costo compartido específico por servicios recibidos en un hospital como paciente ambulatorio.	No paga nada. Llámenos o consulte la Evidencia de Cobertura del plan para un costo compartido específico por servicios recibidos en un hospital como paciente ambulatorio.
Visitas al consultorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>No paga nada por visita de atención primaria</li> <li>\$20 de copago por visita a un especialista<sup>1</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No paga nada por visita de atención primaria</li> <li>No paga nada por visita a un especialista<sup>1</sup></li> </ul>

Los servicios marcados con un <sup>1</sup> pueden requerir aprobación previa (un referido) de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que el plan los cubra. Si no recibe un referido para estos servicios, puede que tenga que pagar el costo total de los mismos.

<p><b>Cuidados preventivos</b></p>	<p>No paga nada.</p> <p>Los servicios preventivos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol</li> <li>• Visita anual de bienestar</li> <li>• Mediciones de masa ósea</li> <li>• Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer colorrectal</li> <li>• Asesoramiento para prevenir el uso del tabaco</li> <li>• Exámenes para la detección de la depresión</li> <li>• Evaluación para la detección de la diabetes</li> <li>• Capacitación para el automanejo de la diabetes</li> <li>• Detección del glaucoma</li> <li>• Detección del virus de la hepatitis B</li> <li>• Vacuna y administración del virus de la hepatitis B</li> <li>• Detección del virus de la hepatitis C</li> <li>• Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana</li> <li>• Vacuna y administración del virus de la gripe</li> <li>• Examen físico preventivo inicial</li> <li>• Terapia intensiva conductual para enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Tratamiento conductual intensivo para la obesidad</li> <li>• Evaluación para la detección del cáncer de pulmón</li> <li>• Terapia nutricional médica</li> <li>• Vacuna neumocócica y administración</li> <li>• Detección de cáncer de próstata</li> </ul>	<p>No paga nada.</p> <p>Los servicios preventivos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol</li> <li>• Visita anual de bienestar</li> <li>• Mediciones de masa ósea</li> <li>• Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer colorrectal</li> <li>• Asesoramiento para prevenir el uso del tabaco</li> <li>• Exámenes para la detección de la depresión</li> <li>• Evaluación para la detección de la diabetes</li> <li>• Capacitación para el automanejo de la diabetes</li> <li>• Detección del glaucoma</li> <li>• Detección del virus de la hepatitis B</li> <li>• Vacuna y administración del virus de la hepatitis B</li> <li>• Detección del virus de la hepatitis C</li> <li>• Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana</li> <li>• Vacuna y administración del virus de la gripe</li> <li>• Examen físico preventivo inicial</li> <li>• Terapia intensiva conductual para enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Tratamiento conductual intensivo para la obesidad</li> <li>• Evaluación para la detección del cáncer de pulmón</li> <li>• Terapia nutricional médica</li> <li>• Vacuna neumocócica y administración</li> <li>• Detección de cáncer de próstata</li> </ul>
------------------------------------	---	---

Los servicios marcados con un <sup>1</sup> pueden requerir aprobación previa (un referido) de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que el plan los cubra. Si no recibe un referido para estos servicios, puede que tenga que pagar el costo total de los mismos.

<p><b>Cuidados preventivos</b> (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de cáncer de cuello uterino con prueba del virus del papiloma humano</li> <li>• Detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento conductual intensivo (HIBC, por sus siglas en inglés) para prevenir las ETS</li> <li>• Mamografías de detección</li> <li>• Papanicolaou</li> <li>• Exámenes pélvicos de detección</li> <li>• Ecografía de detección para el aneurisma aórtico abdominal</li> </ul> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de cáncer de cuello uterino con prueba del virus del papiloma humano</li> <li>• Detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento conductual intensivo (HIBC, por sus siglas en inglés) para prevenir las ETS</li> <li>• Mamografías de detección</li> <li>• Papanicolaou</li> <li>• Exámenes pélvicos de detección</li> <li>• Ecografía de detección para el aneurisma aórtico abdominal</li> </ul> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.</p>
<p><b>Atención de emergencia</b></p>	<p><b>Atención de emergencia cubierta por Medicare</b></p> <p>\$80 de copago por visita</p> <p>Si es inmediatamente admitido(a) al hospital, no tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia.</p> <p><b>Servicios adicionales de atención de emergencia</b></p> <p><u>Atención de emergencia a nivel mundial</u></p> <p>\$80 de copago</p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial <b>La cobertura de emergencia mundial no incluye el transporte de emergencia.</b> Si es inmediatamente admitido(a) al hospital, no tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia.</p>	<p><b>Atención de emergencia cubierta por Medicare</b></p> <p>\$80 de copago por visita</p> <p>Si es inmediatamente admitido(a) al hospital, no tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia.</p> <p><b>Servicios adicionales de atención de emergencia</b></p> <p><u>Atención de emergencia a nivel mundial</u></p> <p>\$125 de copago</p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial <b>La cobertura de emergencia mundial no incluye el transporte de emergencia.</b> Si es inmediatamente admitido(a) al hospital, no tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia.</p>
<p><b>Servicios de urgencia necesarios</b></p>	<p><b>Servicios de urgencia necesarios cubiertos por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10 de copago en un centro de atención de consultas sin cita previa</li> <li>• \$10 de copago en un centro de atención de urgencia</li> </ul>	<p><b>Servicios de urgencia necesarios cubiertos por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada en un centro de atención de consultas sin cita previa</li> <li>• No paga nada en un centro de atención de urgencias</li> </ul>

Los servicios marcados con un <sup>1</sup> pueden requerir aprobación previa (un referido) de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que el plan los cubra. Si no recibe un referido para estos servicios, puede que tenga que pagar el costo total de los mismos.

	<p><b>Servicios de urgencia necesarios adicionales</b></p> <p><u>Servicios de urgencia necesarios mundiales</u> \$80 de copago</p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial <b>La cobertura de emergencia mundial no incluye el transporte de emergencia.</b></p>	<p><b>Servicios de urgencia necesarios adicionales</b></p> <p><u>Servicios de urgencia necesarios mundiales</u> \$125 de copago</p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial <b>La cobertura de emergencia mundial no incluye el transporte de emergencia.</b></p>
<p><b>Servicios de diagnóstico/Laboratorio/ Escáner<sup>1</sup></b></p>	<p><b><i>Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Para obtener información adicional, llame a Servicio para miembros.</i></b></p> <p><b>Servicios de laboratorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada en un laboratorio clínico independiente.</li> <li>• \$30 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios</li> </ul> <p><b>Radiografías</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10 de copago en un centro de pruebas diagnósticas independiente (IDTF, por sus siglas en inglés)</li> <li>• \$100 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios</li> </ul> <p><b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b> (por ejemplo, Imagen de Resonancia Magnética [MRI], Tomografía por Emisión de Positrones [PET], Tomografía Computarizada [CT])</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 de copago en consultorios de médicos especialistas</li> <li>• \$50 de copago en un IDTF</li> <li>• \$100 de copago en establecimientos de cuidados ambulatorios.</li> </ul> <p><b>Terapia de radiación</b> 20% del coaseguro</p>	<p><b><i>Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Para obtener información adicional, llame a Servicio para miembros.</i></b></p> <p><b>Servicios de laboratorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada en un laboratorio clínico independiente.</li> <li>• No paga nada en un establecimiento de cuidados ambulatorios</li> </ul> <p><b>Radiografías</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada en un centro de pruebas diagnósticas independiente (IDTF, por sus siglas en inglés)</li> <li>• No paga nada en un establecimiento de cuidados ambulatorios</li> </ul> <p><b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b> (por ejemplo, Imagen de Resonancia Magnética [MRI], Tomografía por Emisión de Positrones [PET], Tomografía Computarizada [CT])</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada en una consulta de especialista</li> <li>• No paga nada en un IDTF</li> <li>• \$25 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios</li> </ul> <p><b>Terapia de radiación</b> 20% del coaseguro</p>

Los servicios marcados con un <sup>1</sup> pueden requerir aprobación previa (un referido) de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que el plan los cubra. Si no recibe un referido para estos servicios, puede que tenga que pagar el costo total de los mismos.

<p><b>Servicios para la audición</b></p>	<p><b>Servicios de audición cubiertos por Medicare<sup>1</sup></b> Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: No paga nada.</p> <p><b>Servicios de audición de rutina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de la audición de rutina: \$0 de copago.</li> <li>• \$1,000 de subsidio cada año para audífonos de cualquier modelo.</li> <li>• \$0 de copago para la evaluación o ajuste de audífonos.</li> </ul>	<p><b>Servicios de audición cubiertos por Medicare<sup>1</sup></b> Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: No paga nada.</p> <p><b>Servicios de audición de rutina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de la audición de rutina: \$0 de copago.</li> <li>• \$1,500 de subsidio cada año para audífonos de cualquier modelo.</li> <li>• \$0 de copago para la evaluación o ajuste de audífonos.</li> </ul>
<p><b>Servicios dentales</b></p>	<p><b><i>Se requiere Autorización Previa por servicios parciales de hospitalización.</i></b></p> <p><b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b> (cuidados dentales no de rutina, como fracturas de la mandíbula o huesos faciales, cirugía de mandíbula, extracción de dientes como preparación para radioterapia, servicios cubiertos cuando son proporcionados por un médico) \$20 de copago</p> <p><b>Servicios dentales adicionales</b> Cobertura para limpiezas, exámenes orales, radiografías, extracción de un diente erupcionado o de la raíz expuesta, ajuste de prótesis total o parcial. No paga nada. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener los detalles completos de los servicios dentales adicionales.</p>	<p><b><i>Se requiere Autorización Previa por servicios parciales de hospitalización.</i></b></p> <p><b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b> (atención dental no de rutina, como fracturas de la mandíbula o huesos faciales, cirugía de mandíbula, extracción de dientes para prepararse para tratamiento de terapia de radiación, servicios cubiertos cuando son proporcionados por un médico) Usted no paga nada</p> <p><b>Servicios dentales adicionales</b> Cobertura para limpiezas, exámenes orales, radiografías, extracción de un diente erupcionado o de la raíz expuesta, ajuste de prótesis total o parcial, dentaduras postizas, coronas y otros beneficios dentales. No paga nada después de un deducible de \$50 hasta el máximo anual de \$6,000. El deducible no se aplica a exámenes orales, profilaxis (limpiezas) o radiografías. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener los detalles completos de los servicios dentales adicionales.</p>

Los servicios marcados con un <sup>1</sup> pueden requerir aprobación previa (un referido) de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que el plan los cubra. Si no recibe un referido para estos servicios, puede que tenga que pagar el costo total de los mismos.



<p><b>Servicios para la vista</b></p>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para servicios de la vista integrales cubiertos por Medicare.</i><sup>1</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago por servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista</li> <li>• No paga nada por la prueba de detección de glaucoma (una vez al año para miembros con alto riesgo de glaucoma).</li> <li>• No paga nada por exámenes de retina diabética.</li> <li>• No paga nada por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas.</li> </ul> <p><b>Servicios de la vista adicionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por un examen de la vista de rutina por año.</li> <li>• \$100 de subsidio por año para la compra de lentes, monturas o lentes de contacto.</li> </ul>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para servicios oculares integrales cubiertos por Medicare.</i><sup>1</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares</li> <li>• No paga nada por la prueba de detección de glaucoma (una vez al año para miembros con alto riesgo de glaucoma).</li> <li>• No paga nada por exámenes de retina diabética.</li> <li>• No paga nada por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas.</li> </ul> <p><b>Servicios de la vista adicionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por un examen de la vista de rutina año.</li> <li>• \$300 de subsidio por año para la compra de lentes, monturas o lentes de contacto.</li> </ul>
<p><b>Servicios de salud mental</b></p>	<p><b><i>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia.</i></b></p> <p><b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para servicios de salud mental de pacientes hospitalizados en un centro psiquiátrico. El límite de cuidados médicos para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios mentales para pacientes hospitalizados que se brindan en un hospital general.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-5: \$195 de copago por día</li> <li>• Días 6-90: No paga nada.</li> </ul> <p><b><i>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia.</i></b></p> <p><b>Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios</b></p> <p>\$40 de copago</p>	<p><b><i>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia.</i></b></p> <p><b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para servicios de salud mental de pacientes hospitalizados en un centro psiquiátrico. El límite de cuidados médicos para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios mentales para pacientes hospitalizados que se brindan en un hospital general.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-5: \$100 de copago por día</li> <li>• Días 6-90: No paga nada.</li> </ul> <p><b><i>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia.</i></b></p> <p><b>Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios</b></p> <p>\$15 de copago</p>

Los servicios marcados con un <sup>1</sup> pueden requerir aprobación previa (un referido) de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que el plan los cubra. Si no recibe un referido para estos servicios, puede que tenga que pagar el costo total de los mismos.

<b>Centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>	<p><b><i>Se requiere Autorización Previa para estadías en un SNF.</i></b></p> <p>Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un SNF por periodo de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-20: No paga nada.</li> <li>• Días 21-100: \$160 de copago por día</li> </ul>	<p><b><i>Se requiere Autorización Previa para estadías en un SNF.</i></b></p> <p>Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un SNF por periodo de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-20: No paga nada.</li> <li>• Días 21-100: \$25 de copago por día</li> </ul>
<b>Fisioterapia<sup>1</sup></b>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para todos los servicios de terapia.</i></b></p> <p>Visitas de terapia ocupacional, fisioterapia y de expresión y lenguaje</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10 de copago por servicios recibidos en la consulta de un especialista o en un centro independiente</li> <li>• \$40 de copago por servicios recibidos en un establecimiento de cuidados ambulatorios</li> </ul> <p>Se aplica un límite anual de \$1,980 por Medicare a servicios de terapia física y de lenguaje para pacientes ambulatorios. Este límite es para el 2017 y puede cambiar para el 2018.</p> <p>Se aplica un límite anual separado de \$1,980 por Medicare a servicios de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios. Este límite es para el 2017 y puede cambiar para el 2018.</p>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para todos los servicios de terapia.</i></b></p> <p>Visitas de terapia ocupacional, fisioterapia y de expresión y lenguaje</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por servicios recibidos en la consulta de un especialista o en un centro independiente</li> <li>• No paga nada por servicios recibidos en un establecimiento de cuidados ambulatorios</li> </ul> <p>Se aplica un límite anual de \$1,980 por Medicare a servicios de terapia física y de lenguaje para pacientes ambulatorios. Este límite es para el 2017 y puede cambiar para el 2018.</p> <p>Se aplica un límite anual separado de \$1,980 por Medicare a servicios de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios. Este límite es para el 2017 y puede cambiar para el 2018.</p>
<b>Ambulancia</b>	<p><b><i>Se requiere Autorización Previa por servicios que no son de emergencia.</i></b></p> <p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>\$200 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)</p>	<p><b><i>Se requiere Autorización Previa por servicios que no son de emergencia.</i></b></p> <p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>\$50 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)</p>
<b>Transporte (de rutina)</b>	<p>Usted no paga nada</p> <p>Este plan cubre 48 viajes unidireccionales por año calendario a lugares aprobados por el plan para servicios relacionados con la salud.</p>	<p>Usted no paga nada</p> <p>Este plan cubre 48 viajes unidireccionales por año calendario a lugares aprobados por el plan para servicios relacionados con la salud.</p>

Los servicios marcados con un <sup>1</sup> pueden requerir aprobación previa (un referido) de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que el plan los cubra. Si no recibe un referido para estos servicios, puede que tenga que pagar el costo total de los mismos.

<b>Medicamentos de la parte B de Medicare</b>	<p><b>Se necesitará una Autorización Previa para los medicamentos recetados de la parte B cubiertos por Medicare (excepto para inyecciones para alergias).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$5 de copago por inyecciones antialérgicas</li> <li>• Coaseguro del 20% para medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</li> </ul>	<p><b>Se necesitará una Autorización Previa para los medicamentos recetados de la parte B cubiertos por Medicare (excepto para inyecciones para alergias).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por inyecciones para la alergia</li> <li>• Coaseguro del 20% para medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</li> </ul>
<b>Cuidados de los pies</b> ( <i>servicios de podiatría</i> )	<p>Diagnóstico y tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies. La atención de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</p> <p>\$10 de copago</p>	<p>Diagnóstico y tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies. La atención de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</p> <p>Usted no paga nada</p>
<b>Equipo médico/ Suministros</b>	<p><b>Se requiere Autorización Previa para recibir ciertos equipos y suministros. Para obtener información adicional, llame a Servicio para miembros.</b></p> <p><b>Equipos médicos duraderos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por equipamiento excepto sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas.</li> <li>• 20% de coaseguro para sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas.</li> </ul> <p><b>Prótesis</b> 20% del coaseguro</p> <p><b>Suministros para diabéticos</b> No paga nada.</p>	<p><b>Se requiere Autorización Previa para recibir ciertos equipos y suministros. Para obtener información adicional, llame a Servicio para miembros.</b></p> <p><b>Equipos médicos duraderos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por equipamiento excepto sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas.</li> <li>• 20% de coaseguro para sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas.</li> </ul> <p><b>Prótesis</b> Usted no paga nada</p> <p><b>Suministros para diabéticos</b> No paga nada.</p>
<b>Programas de bienestar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de fitness SilverSneakers® de Tivity Health.</li> <li>• Programa de prevención de la diabetes: Un programa basado en evidencia diseñado para retrasar o prevenir la progresión de los participantes a la diabetes tipo 2.</li> </ul> <p>No paga nada por participar en estos programas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de fitness SilverSneakers® de Tivity Health.</li> <li>• Programa de prevención de la diabetes: Un programa basado en evidencia diseñado para retrasar o prevenir la progresión de los participantes a la diabetes tipo 2.</li> </ul> <p>No paga nada por participar en estos programas.</p>

Los servicios marcados con un <sup>1</sup> pueden requerir aprobación previa (un referido) de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que el plan los cubra. Si no recibe un referido para estos servicios, puede que tenga que pagar el costo total de los mismos.

<b>Cirugía ambulatoria</b>	<p><b><i>Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Para obtener información adicional, llame a Servicio para miembros.</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$25 de copago en un centro quirúrgico ambulatorio</li> <li>• \$50 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios</li> </ul>	<p><b><i>Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Para obtener información adicional, llame a Servicio para miembros.</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago en un centro quirúrgico ambulatorio</li> <li>• \$0 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios</li> </ul>
<b>Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)</b>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>\$115 de subsidio cada tres meses para la compra de artículos OTC elegibles a través de nuestro programa OTC. El saldo no utilizado no pasa al siguiente trimestre.</p>

Los servicios marcados con un <sup>1</sup> pueden requerir aprobación previa (un referido) de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que el plan los cubra. Si no recibe un referido para estos servicios, puede que tenga que pagar el costo total de los mismos.

<b>Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D</b>								
<p><b>Etapa de deducible</b></p> <p>Estos planes no tienen un deducible</p> <p><b>Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Usted comienza a estar en esta etapa cuando obtiene su primer medicamento recetado del año.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Usted se mantiene en esta etapa hasta que sus costos totales anuales de medicamentos (costos totales de medicamentos pagados por usted y cualquier plan de la Parte D) alcancen los \$3,750.</p> <p>Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo.</p>	<b>Costo compartido</b> para un suministro de un mes (hasta 31 días) de un medicamento recetado cubierto de la Parte D)				<b>Costo compartido</b> para un suministro de un mes (hasta 31 días) de un medicamento recetado cubierto de la Parte D)			
	<b>Nivel</b>	<b>Minorista Estándar</b>	<b>De Venta al Público Preferidas</b>	<b>Orden por correo</b>	<b>Nivel</b>	<b>Minorista Estándar</b>	<b>De Venta al Público Preferidas</b>	<b>Orden por correo</b>
	Nivel 1 (Genérico preferido)	\$10 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	Nivel 1 (Genérico preferido)	\$10 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Nivel 2 (Genérico)	\$15 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago	Nivel 2 (Genérico)	\$11 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 de copago	\$40 de copago	\$40 de copago	Nivel 3 (Marca preferida)	\$12 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Nivel 4 (Marca no preferida)	\$100 de copago	\$93 de copago	\$93 de copago	Nivel 4 (Marca no preferida)	\$75 de copago	\$65 de copago	\$65 de copago
	Nivel 5 (Nivel especializado)	33% del costo	33% del costo	33% del costo	Nivel 5 (Nivel especializado)	33% del costo	33% del costo	33% del costo
	Nivel 6 (Medicamentos Select Care)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	Nivel 6 (Medicamentos Select Care)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	La información de costos compartidos que se indica arriba es para el suministro de un mes de un medicamento recetado cubierto de la Parte D comprado en una farmacia minorista (estándar y preferida) y a través de nuestra farmacia de pedido por correo. Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de cuidado a largo plazo, una farmacia de infusión en casa o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento. Llámenos o consulte el plan				La información de costos compartidos que se indica arriba es para el suministro de un mes de un medicamento recetado cubierto de la Parte D comprado en una farmacia minorista (estándar y preferida) y a través de nuestra farmacia de pedido por correo. Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de cuidado a largo plazo, una farmacia de infusión en casa o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento. Llámenos o consulte el plan "Evidencia de Cobertura" en			

Los servicios marcados con un <sup>1</sup> pueden requerir aprobación previa (un referido) de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que el plan los cubra. Si no recibe un referido para estos servicios, puede que tenga que pagar el costo total de los mismos.

	<p>“Evidencia de Cobertura” en nuestro sitio web (<a href="http://www.BlueMedicareFL.com">www.BlueMedicareFL.com</a>) si busca información completa de los costos de sus medicamentos cubiertos.</p>	<p>nuestro sitio web (<a href="http://www.BlueMedicareFL.com">www.BlueMedicareFL.com</a>) si busca información completa de los costos de sus medicamentos cubiertos.</p>
<p><b>Etapas de brecha en la cobertura</b></p>	<p>La etapa de brecha en la cobertura comienza después de que los costos anuales totales de medicamentos (lo que cualquier plan de la Parte D haya pagado y lo que usted haya pagado) alcancen los \$3,750.</p> <p>Durante la etapa de brecha en la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para <b>medicamentos genéricos de Nivel 1 (genéricos preferidos), de Nivel 2 (genéricos) y de Nivel 6 (medicamentos de atención exclusiva)</b>, paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial, o el 44% del costo, lo que sea menor.</li> <li>• Por los medicamentos genéricos en los demás niveles, usted paga el 44% del costo.</li> <li>• Para los medicamentos de marca, paga 35% del costo (más una porción de la tarifa de dispensación)</li> </ul> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus <b>“costos a su cargo”</b> del año a la fecha (sus pagos) alcanzan un total de \$5,000.</p>	<p>La etapa de brecha en la cobertura comienza después de que los costos anuales totales de medicamentos (lo que cualquier plan de la Parte D haya pagado y lo que usted haya pagado) alcancen los \$3,750.</p> <p>Durante la etapa de brecha en la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para <b>medicamentos genéricos de Nivel 1 (genéricos preferidos), de Nivel 2 (genéricos) y de Nivel 6 (medicamentos de atención exclusiva)</b>, paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial, o el 44% del costo, lo que sea menor.</li> <li>• Por los medicamentos genéricos en los demás niveles, usted paga el 44% del costo.</li> <li>• Para los medicamentos de marca, paga 35% del costo (más una porción de la tarifa de dispensación)</li> </ul> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus <b>“costos a su cargo”</b> del año a la fecha (sus pagos) alcanzan un total de \$5,000.</p>
<p><b>Etapas de Cobertura para eventos catastróficos</b></p>	<p>Después de que los costos a su cargo anuales por sus medicamentos alcancen los \$5,000, usted pagará la mayor de las siguientes cantidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% del costo, o</li> <li>• \$3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.35 de copago por todos los demás medicamentos</li> </ul>	<p>Después de que los costos a su cargo anuales por sus medicamentos alcancen los \$5,000, usted pagará la mayor de las siguientes cantidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% del costo, o</li> <li>• \$3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.35 de copago por todos los demás medicamentos</li> </ul>

Los servicios marcados con un <sup>1</sup> pueden requerir aprobación previa (un referido) de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que el plan los cubra. Si no recibe un referido para estos servicios, puede que tenga que pagar el costo total de los mismos.