

Resumen de beneficios para el 2018

BlueMedicare Premier Rx (PDP) S5904-001
BlueMedicare Complete Rx (PDP) S5904-002

Estado de Florida



Florida Blue es un Licenciatario Independiente 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_33828S 0817 CMS Accepted

BlueMedicare Premier Rx (PDP) y BlueMedicare Complete Rx (PDP)

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 Premier Rx (PDP) y BlueMedicare Complete Rx (PDP). También explica lo que paga por los medicamentos cubiertos por estos planes. También puede ver la “Evidencia de Cobertura” para estos planes en nuestro sitio web, www.BlueMedicareFL.com. La Evidencia de Cobertura incluye una lista completa de los servicios que ofrecemos.

Cosas que debe saber sobre BlueMedicare Premier Rx (PDP) y BlueMedicare Complete Rx (PDP)

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 servicio es todo el estado de Florida.

¿Qué medicamentos están cubiertos?

Puede ver el formulario completo (la lista de medicamentos recetados de la Parte D cubiertos por estos planes) y cualquier limitación en nuestro sitio web, BlueMedicareFL.com.

¿Cómo determinaré los costos de mi medicamento?

La cantidad que usted paga por su medicación depende de:

- el nivel del medicamento;
- la etapa de cobertura que haya alcanzado;
- el tipo de farmacia que use.

Nuestros planes agrupan cada medicamento en una de cinco categorías, llamadas **niveles**. Tendrá que usar su lista de medicamentos para localizar el nivel de su medicamento y determinar cuánto le costará.

El costo de su medicamento también depende la farmacia que use. Usted puede ahorrar dinero usando una farmacia **preferida** en lugar de una **estándar**. También puede usar el servicio de **pedido por correo** para que le entreguen su receta en el hogar.

Más adelante en este documento hablaremos de las etapas de beneficio que se dan en estos planes que afectan lo que usted tiene que pagar.

¿Qué farmacias puedo usar?

En la mayoría de situaciones, debe usar las farmacias de nuestra red para surtir sus medicamentos recetados cubiertos de la Parte D. Algunas de las farmacias de nuestra red ofrecen compartir los costos preferidos. Pagará menos si usa estas farmacias. Puede ver el directorio de farmacias de nuestros planes en nuestro sitio web, www.BlueMedicareFL.com.

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: **BlueMedicareFL.com**

Comparación de sus opciones de Medicare

Si desea saber más acerca de la cobertura y costos de Original Medicare, consulte su manual de *Medicare y Usted* actual. Consúltelo en línea en **www.medicare.gov**, o solicite 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 Braille y letras grandes.

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 es un plan Rx (PDP) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción a 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 y/o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá notificaciones en caso de ser necesario.

Primas y beneficios	BlueMedicare Premier Rx (PDP)				BlueMedicare Complete Rx (PDP)			
Prima mensual del plan	Usted paga \$76.30				Usted paga \$169.40			
Etapa de deducible	\$360 por año para medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. No hay deducible para medicamentos de los Niveles 1 y 2.				Este plan no tiene deducible.			
Etapa de cobertura inicial	Nivel	Minorista Estándar	De Venta al Público Preferidas	Orden por correo	Nivel	Minorista Estándar	De Venta al Público Preferidas	Orden por correo
Después de pagar su deducible anual (<i>si corresponde</i>), alcanzará la etapa de cobertura inicial. 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. Los costos compartidos que se muestran aquí son para un suministro de un mes (hasta 31 días) de un medicamento recetado cubierto de la Parte D.	Nivel 1 (Genérico preferido)	\$12 de copago	\$2 de copago	\$2 de copago	Nivel 1 (Genérico preferido)	\$13 de copago	\$3 de copago	\$3 de copago
	Nivel 2 (Genérico)	\$20 de copago	\$13 de copago	\$13 de copago	Nivel 2 (Genérico)	\$20 de copago	\$10 de Copago	\$10 de Copago
	Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago	Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 de copago	\$40 de copago	\$40 de copago
	Nivel 4 (Marca no Preferida)	40% del costo	40% del costo	40% del costo	Nivel 4 (Marca no Preferida)	\$100 de Copago	\$93 de Copago	\$93 de Copago
	Nivel 5 (Nivel especializado)	25% del costo	25% del costo	25% del costo	Nivel 5 (Nivel especializado)	33% del costo	33% del costo	33% del costo
	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 nuestro sitio web (www.BlueMedicareFL.com) si busca información completa de los costos de sus medicamentos cubiertos.				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 nuestro sitio web (www.BlueMedicareFL.com) si busca información completa de los costos de sus medicamentos cubiertos.			

Primas y beneficios	BlueMedicare Premier Rx (PDP)	BlueMedicare Complete Rx (PDP)
Brecha en la cobertura	<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 esta Etapa de Brecha en la Cobertura, usted paga el 35% del precio por medicamentos de marca cubiertos (más una parte de la tarifa de suministro) y el 44% del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos a su cargo” 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"> • paga los mismos copagos que pagó durante la etapa de cobertura inicial de los medicamentos genéricos en los Niveles 1 y 2. • Por los medicamentos genéricos en los demás niveles, usted paga el 44% del costo. • Para medicamentos de marca, usted paga el 35% del costo (más una parte de la tarifa de suministro). <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos a su cargo” del año a la fecha (sus pagos) alcanzan un total de \$5,000.</p>
Etapas de Cobertura para eventos catastróficos	<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"> • 5% del costo, o • un copago de \$3.35 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.35 de copago por todos los demás medicamentos. 	<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"> • 5% del costo, o • un copago de \$3.35 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.35 de copago por todos los demás medicamentos.