

Resumen de beneficios para el 2018

BlueMedicare Preferred HMO (HMO SNP) H2758-005,007

Clay, Duval, Manatee y Sarasota



BeHealthy Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue Preferred HMO, una afiliada HMO de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., ofrece cobertura HMO. Ambas 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_33832S 0817 CMS Accepted

BlueMedicare Preferred HMO (HMO SNP)

Resumen de beneficios

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

Este folleto ofrece un resumen de lo que cubre BlueMedicare Preferred HMO (HMO SNP). 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. La Evidencia de Cobertura incluye una lista completa de los servicios que ofrecemos.

Cosas que debe saber sobre BlueMedicare Preferred HMO (HMO SNP)

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; y
- tener un trastorno cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica y/o diabetes.

Nuestra área de cobertura incluye los siguientes condados de Florida: Clay, Duval, Manatee y Sarasota.

¿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 cubiertas 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.

¿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:

Estamos abiertos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, los siete días de la semana.

Números telefónicos y sitio web

Si actualmente es miembro de uno de estos planes, llame al 1-844-783-5189

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

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

Nuestro sitio de Internet: **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 el sitio de Internet en **<http://www.medicare.gov>** o reciba una copia 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 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, 1-844-783-5189. (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.

This information is available for free in other languages. Please contact our Member Services number at 1-844-783-5189. (TTY users should call 1-800-955-8770.) Hours are 8:00 a.m. – 8:00 p.m. local time, seven days a week. Este plan está disponible para cualquier persona con Medicare que haya sido diagnosticada con diabetes, enfermedades cardiovasculares y/o insuficiencia cardíaca.

Florida Blue Preferred HMO es un Plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue Preferred HMO 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 Preferred HMO (HMO SNP)
Prima mensual del plan	Paga \$0.00 mensuales. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Este plan no tiene deducible.
Máxima responsabilidad de costos a su cargo	Su límite anual en este plan: \$ 3,400 por 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. Nota: (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	Se requiere Autorización previa para recibir atención que no sea de urgencia para pacientes hospitalizados. H2758-005 Condados de Manatee y Sarasota <ul style="list-style-type: none"> • Días 1-3: \$100 de copago por día • después del día 3 Usted no paga nada H2758-007 Condados de Clay y Duval <ul style="list-style-type: none"> • Días 1-5: \$100 de copago por día • después del día 5 Usted no paga nada
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Visitas al consultorio	Se requiere autorización previa por visitas al especialista. <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada por visita de atención primaria • No paga nada por visita al especialista
Cuidados preventivos •	No paga nada. Los servicios preventivos cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol • Visita anual de bienestar • Mediciones de masa ósea • Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares • Exámenes de detección de cáncer colorrectal • Asesoramiento para prevenir el uso del tabaco • Exámenes para la detección de la depresión • Evaluación para la detección de la diabetes • Capacitación para el automanejo de la diabetes • Detección del glaucoma • Detección del virus de la hepatitis B • Vacuna y administración del virus de la hepatitis B • Detección del virus de la hepatitis C

Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred HMO (HMO SNP)
Cuidados preventivos <i>(continuación)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana • Vacuna y administración del virus de la gripe • Examen físico preventivo inicial • Terapia intensiva conductual para enfermedades cardiovasculares • Tratamiento conductual intensivo para la obesidad • Evaluación para la detección del cáncer de pulmón • Terapia nutricional médica • Vacuna neumocócica y administración • Detección de cáncer de próstata • Detección de cáncer de cuello uterino con prueba del virus del papiloma humano • Detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento conductual intensivo (HIBC, por sus siglas en inglés) para prevenir las ETS • Mamografías de detección • Papanicolaou • Exámenes pélvicos de detección • Ecografía de detección para el aneurisma aórtico abdominal • Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.
Atención de emergencia	<p>Atención de emergencia cubierta por Medicare \$80 de copago por visita Si es inmediatamente admitido(a) al hospital en las siguientes 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia.</p> <p>Servicios adicionales de atención de emergencia <u>Atención de emergencia a nivel mundial</u> \$75 de copago</p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial La cobertura de emergencia mundial tiene un límite de \$ 25,000 y no incluye el transporte de emergencia. Este copago será aplicable si es ingresado en el hospital.</p>
Servicios de urgencia necesarios	<p>Servicios de urgencia necesarios cubiertos por Medicare \$0 de copago en un centro de atención de urgencia</p> <p>Servicios de urgencia necesarios adicionales <u>Servicios de urgencia necesarios mundiales</u> \$75 de copago</p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial La cobertura de emergencia mundial tiene un límite de \$ 25,000 y no incluye el transporte de emergencia. Este copago será aplicable si es ingresado en el hospital.</p>

Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred HMO (HMO SNP)
Servicios de diagnóstico/Laboratorios Diagnóstico por Imágenes	<p>Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Para obtener información adicional, llame a Servicio para miembros.</p> <p>Servicios de laboratorio No paga nada</p> <p>Radiografías No paga nada</p> <p>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (por ejemplo, Imagen de Resonancia Magnética [MRI], Tomografía por Emisión de Positrones [PET], Tomografía Computarizada [CT]) \$75 de copago</p> <p>Terapia de radiación 20% del coaseguro</p>
Servicios para la audición	<p>Se requiere autorización previa para los exámenes auditivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios para la audición cubiertos por Medicare No paga nada por exámenes para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.</p> <p>Servicios de audición de rutina</p> <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada por una colocación o evaluación de audífonos por año. • \$1,000 cada dos años para la compra de audífonos.
Servicios dentales	<p>Se requiere Autorización Previa por servicios parciales de hospitalización.</p> <p>Servicios dentales cubiertos por Medicare (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) \$50 de copago</p> <p>Servicios dentales adicionales (limpiezas, exámenes orales, radiografías, extracción de un diente erupcionado o de la raíz expuesta, ajuste de prótesis total o parcial, radiografías dentales: Una radiografía interproximal (de los 2 lados) cada 12 meses. Una radiografía completa de la boca cada 36 meses) No paga nada.</p>

Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred HMO (HMO SNP)
Servicios para la vista	<p><i>Se requiere autorización previa para los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada por servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista. • No paga nada por la prueba de detección de glaucoma (una vez al año para miembros con alto riesgo de glaucoma). • No paga nada por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas. <p>Servicios de la vista adicionales No paga nada por un examen de la vista de rutina cada 12 meses.</p> <p>La cantidad máxima de beneficios del plan para todos los anteojos es de \$250 cada 2 años</p>
Servicios de salud mental	<p><i>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia.</i></p> <p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios 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"> • Días: 1-15: \$100 de copago por día. • Días: 16-90: Usted no paga nada. <p><i>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia.</i></p> <p>Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios Usted no paga nada</p>
Centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	<p><i>Se requiere Autorización Previa para estadías en un SNF.</i> Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un SNF por periodo de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Del día 1 al 31: Usted no paga nada. • Del día 32 al 100: \$25 de copago por día
Fisioterapia	<p><i>Se requiere autorización previa para todos los servicios de terapia.</i></p> <p><u>Visitas de terapia ocupacional, fisioterapia y de expresión y lenguaje</u> Usted no paga nada</p> <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>

Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred HMO (HMO SNP)
Ambulancia	<p><i>Se requiere Autorización Previa por servicios que no son de emergencia.</i></p> <p>\$100 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)</p> <p>No se aplica este copago si es admitido al hospital dentro de 48 horas.</p>
Transporte (de rutina)	<p><i>Se requiere autorización previa para los servicios de transporte.</i></p> <p>25 viajes unidireccionales por año calendario a lugares aprobados por el plan para servicios relacionados con la salud dentro de:</p> <p>Para los condados de Manatee y Sarasota, un radio de 20 millas de su residencia permanente.</p> <p>Para los condados de Clay y Duval, un radio de 25 millas de su residencia permanente.</p> <p>Las ubicaciones incluyen las oficinas del proveedor, hospitales y farmacias. El transporte a Alignment Care Centers no tiene una limitación de millas y no cuenta contra el límite de 20 viajes de ida.</p> <p>Usted no paga nada</p>
Medicamentos de la parte B de Medicare	<p><i>Se necesitará una Autorización Previa para los medicamentos recetados de la parte B cubiertos por Medicare (excepto para inyecciones para alergias).</i></p> <p>Coaseguro del 20% para medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</p>
Cuidados de los pies (servicios de podiatría)	<p><i>Se requiere autorización previa para todos los servicios de podiatría.</i></p> <p>Servicios de podiatría cubiertos por Medicare</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> <p>Cuidado de rutina para los pies:</p> <p>Usted no paga nada por un máximo de 12 visitas de atención de rutina de los pies al año</p>
Equipo médico/ Suministros	<p><i>Se requiere Autorización Previa para recibir ciertos equipos y suministros. Para obtener información adicional, llame a Servicio para miembros.</i></p> <p>Equipos médicos duraderos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% coaseguro por artículos (alquiler o compra) que cuestan \$0-499 • 20% de coaseguro por artículos (alquiler o compra) que cuestan \$500 o más <p>Prótesis</p> <p>Usted no paga nada</p> <p>Suministros para diabéticos</p> <p>Usted no paga nada</p>

Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred HMO (HMO SNP)
Programas de bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de fitness SilverSneakers® de Tivity Health. • Educación sobre salud • Seis sesiones adicionales de asesoría para dejar de fumar y usar tabaco • Tecnologías de acceso remoto (incluyendo las tecnologías basadas en Web/móvil y Línea Directa de Enfermería) <p>No paga nada por participar en estos programas.</p>
Cirugía ambulatoria	<p><i>Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Para obtener información adicional, llame a Servicio para miembros.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago en un centro quirúrgico ambulatorio • \$0 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios
Artículos de Venta Libre	\$30 por trimestre. El saldo no utilizado no pasa al siguiente trimestre.

Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred HMO (HMO SNP)		
Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D			
<p>Etapa de deducible Este plan no tiene deducible.</p> <p>Etapa de cobertura inicial 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>	Costo compartido para un suministro de un mes (hasta 30 días) de un medicamento recetado cubierto de la Parte D)		
	Nivel	Minorista Estándar/De Venta al público preferidas	Orden por correo
	Nivel 1 (Genérico preferido)	\$7 de copago estándar \$0 de copago preferido	\$0 de copago
	Nivel 2 (Genérico)	\$14 de copago estándar \$7 de copago preferido	\$7 de copago
	Nivel 3 (Marca preferida)	\$42 de copago estándar \$35 de copago preferido	\$35 de copago
	Nivel 4 (Marca no preferida)	\$92 de copago estándar \$85 de copago preferido	\$85 de copago
	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	33% del costo	33% del costo
	Nivel 6 (Medicamentos Select Care)	\$7 de copago estándar \$7 de copago preferido	\$7 de copago
	<p>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 100 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.</p>		
	Etapa de 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 la etapa de brecha en la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para medicamentos genéricos de Nivel 1 (genéricos preferidos) y de Nivel 6 (medicamentos de atención exclusiva), paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial, o el 44% del costo, lo que sea menor. • Para los medicamentos genéricos en todos los demás niveles, paga el 44% del costo. 	

Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred HMO (HMO SNP)
	<ul style="list-style-type: none"> • Para los medicamentos de marca, paga 35% del costo (más una porción de la tarifa de dispensación). <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 • \$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