

# Resumen de beneficios de 2018

BlueMedicare Complete (HMO SNP) H1026-063,064

Broward y 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.

Patrocinado por Health Options, Inc., que opera bajo el nombre comercial de Florida Blue HMO y la Agencia para la Administración de Atención de la Salud del Estado de Florida.

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.

# Resumen de beneficios de BlueMedicare Complete (HMO SNP)

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

Este folleto ofrece un resumen de lo que cubren los planes BlueMedicare Complete (HMO SNP). Aquí también se describe lo que usted paga por los suministros y servicios cubiertos. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, póngase en contacto con su agente local o llame al departamento de Servicios para miembros. También puede consultar 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 cubiertos.

## Cosas que debe saber sobre los planes BlueMedicare Complete (HMO SNP)

### Requisitos de elegibilidad

Para unirse a estos planes, usted debe cumplir los siguientes requisitos:

- tener derecho a la Parte A de Medicare; y
- estar inscrito en la Parte B de Medicare;
- vivir dentro de nuestra área de servicio; y
- recibir ciertos niveles de asistencia del Programa de asistencia médica de Florida (Medicaid). Si usted recibe beneficios de Medicare y de Medicaid, esto significa que es doblemente elegible.

Nuestra área de cobertura incluye los siguientes condados de Florida: Broward (H1026-064) y Miami-Dade (H1026-063).

BlueMedicare HMO Complete (HMO SNP) puede inscribir a personas doblemente elegibles que sean SMLB, SLMB Plus, QMB, QMB Plus, FBDE, QI y QDWI.

**NOTIFICACIÓN:** Usted no puede inscribirse en un plan Medicaid Managed Care y en un plan DSNP en Florida. Para los miembros protegidos por el Programa Estatal de Medicaid de compartir los costos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles por los servicios cubiertos por Original Medicare.

---

### ¿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.
- Se cubrirá la atención que reciba en un establecimiento de diálisis certificado por Medicare cuando usted no esté temporalmente en nuestra área de servicios.

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

También puede usar el servicio de pedido por correo para que le entreguen su receta en su domicilio.

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 medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como la quimioterapia y algunos 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 de teléfono y sitios web**

1-855-601-9465 Usuarios de TTY: Llame al 1-877-955-8773

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

Si desea obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Florida Medicaid, visite el sitio web de Florida Medicaid en **<http://ahca.myflorida.com/>** o llame a la línea directa de Medicaid al 1-888-419-3456.

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 15 to September 30, we are open Monday - Friday, 8:00 a.m. – 8:00 p.m., local time.

Florida Blue HMO es un plan HMO con un contrato de Medicare y un contrato con el Programa Medicaid de la Agencia para la Administración de Atención de la Salud de Florida (AHCA). 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. Si usted cumple ciertos requisitos de elegibilidad tanto para Medicare y para Medicaid, es posible que sus primas de la Parte B tengan cobertura completa.

Es posible que las primas, los copagos, coaseguros y deducibles varíen según el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Póngase en contacto con Florida Blue HMO para obtener detalles.

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.

## Prima mensual, deducible y límites

	<b>BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Broward</b>	<b>BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Miami-Dade</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	<p>La prima del plan es de \$29.10 por mes. Según su nivel de asistencia, es posible que usted no pague una prima mensual del plan.</p> <p>Usted debe continuar realizando el pago de la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicare u otro tercero hagan el pago de la prima de la Parte B por usted).</p>	<p>La prima del plan es de \$29.10 por mes. Según su nivel de asistencia, es posible que usted no pague una prima mensual del plan.</p> <p>Usted debe continuar realizando el pago de la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicare u otro tercero hagan el pago de la prima de la Parte B por usted).</p>
<b>Deducible</b>	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.
<b>Responsabilidad máxima a su cargo</b> <i>(no incluye medicamentos recetados)</i>	<p>Su límite anual en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$ 3,400 por servicios de proveedores dentro de la red.</li> </ul> <p>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.</p>	<p>Su límite anual en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$ 3,400 por servicios de proveedores dentro de la red.</li> </ul> <p>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.</p>

## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

El siguiente cuadro de beneficios muestra los beneficios que usted recibirá de Florida Blue y el modo en que Medicaid cubre sus costos compartidos para esos beneficios del plan. En el cuadro también se mencionan algunos beneficios que usted podría recibir de Medicaid si es elegible para obtener los beneficios completos de Medicaid. Si usted tiene derecho a recibir los beneficios de Medicare, su coordinador de atención le ayudará a comprender y a acceder a los beneficios de Medicare y Medicaid a los que usted tenga derecho.

<b>Primas y beneficios</b>	<b>BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Broward</b>	<b>BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Miami-Dade</b>	<b>Traditional Florida Medicaid (Los beneficios del plan Medicaid Managed Care pueden ser diferentes)</b>
<b>Cobertura para pacientes hospitalizados</b> <i>En BlueMedicare Complete, se requiere una autorización previa para las hospitalizaciones de pacientes internados que no sean de emergencia.</i>	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Copago de \$0 por admisión para los servicios cubiertos por Medicaid.

Es posible que los servicios con <sup>1</sup> requieran la aprobación por adelantado del médico de atención primaria (PCP) antes de consultar a un especialista o a otros proveedores. Esto se denomina "referido". Si usted no tiene un referido, es posible que deba pagar por estos servicios.

Primas y beneficios	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Broward	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Miami-Dade	Traditional Florida Medicaid (Los beneficios del plan Medicaid Managed Care pueden ser diferentes)
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b>  <i>En BlueMedicare Complete, es posible que se requiera una autorización previa. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles.</i>	\$0 de copago	\$0 de copago	\$3 de copago por visita, si no está exento/a de los costos compartidos.
<b>Visitas al consultorio</b>	No paga nada por visitas de atención primaria  No paga nada por visita a un especialista <sup>1</sup>	No paga nada por visitas de atención primaria  No paga nada por visita a un especialista <sup>1</sup>	\$2 de copago por proveedor o grupo de proveedores, por día si no está exento/a de los costos compartidos.  \$3 de copago para servicios profesionales en un centro de salud rural (RHC) o centro de salud con calificación federal (FQHC) únicamente, por clínica, por día, si no está exento/a de los costos compartidos.
<b>Cuidados preventivos</b>	No paga nada. Los servicios preventivos cubiertos incluyen: <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> </ul>	No paga nada. Los servicios preventivos cubiertos incluyen: <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> </ul>	\$3 de copago para exámenes de diagnóstico preventivos cubiertos provistos en un centro de salud rural (RHC) o centro de salud con calificación federal (FQHC) únicamente, por clínica, por día, si no está exento/a de los costos compartidos.

Es posible que los servicios con <sup>1</sup> requieran la aprobación por adelantado del médico de atención primaria (PCP) antes de consultar a un especialista o a otros proveedores. Esto se denomina “referido”. Si usted no tiene un referido, es posible que deba pagar por estos servicios.

Primas y beneficios	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Broward	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Miami-Dade	Traditional Florida Medicaid (Los beneficios del plan Medicaid Managed Care pueden ser diferentes)
<b>Cuidados preventivos</b> (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> <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>	<ul style="list-style-type: none"> <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>	

Es posible que los servicios con <sup>1</sup> requieran la aprobación por adelantado del médico de atención primaria (PCP) antes de consultar a un especialista o a otros proveedores. Esto se denomina “referido”. Si usted no tiene un referido, es posible que deba pagar por estos servicios.

Primas y beneficios	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Broward	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Miami-Dade	Traditional Florida Medicaid (Los beneficios del plan Medicaid Managed Care pueden ser diferentes)
<b>Cuidados preventivos</b> (continuación)	<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>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto por nuestro plan o por Original Medicare.</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>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto por nuestro plan o por Original Medicare.</p>	
<b>Atención de emergencia</b> <i>En BlueMedicare Complete, si es inmediatamente admitido(a) al hospital, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia.</i>	No paga nada por visita	No paga nada por visita	<p>\$3 de copago por visita, si no está exento/a de los costos compartidos.</p> <p>Coaseguro del 5% hasta los primeros \$300.00 del pago de Medicaid para cada visita a la sala de emergencias <b>para servicios que no son de emergencia</b>, que no superen los \$15.00.</p>

Es posible que los servicios con <sup>1</sup> requieran la aprobación por adelantado del médico de atención primaria (PCP) antes de consultar a un especialista o a otros proveedores. Esto se denomina “referido”. Si usted no tiene un referido, es posible que deba pagar por estos servicios.

<b>Primas y beneficios</b>	<b>BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Broward</b>	<b>BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Miami-Dade</b>	<b>Traditional Florida Medicaid</b> <b>(Los beneficios del plan Medicaid Managed Care pueden ser diferentes)</b>
<b>Servicios de urgencia necesarios</b>	No paga nada en un centro de atención de consultas sin cita previa o centro de atención urgente.	No paga nada en un centro de atención de consultas sin cita previa o centro de atención urgente.	\$2 de copago para servicios prestados en un consultorio profesional, por proveedor o grupo de proveedores, por día, si no está exento/a de los costos compartidos.
<b>Servicios de diagnóstico/Laboratorio/ Escáner<sup>1</sup></b> <i>En BlueMedicare Complete, se requiere una autorización previa para ciertos servicios.</i>	<p><b>Servicios de laboratorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No paga nada en un laboratorio clínico independiente o 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) o 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 el consultorio de un especialista, en un IDTF o establecimiento de cuidados ambulatorios</li> </ul> <p><b>Terapia de radiación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Usted no paga nada</li> </ul>	<p><b>Servicios de laboratorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No paga nada en un laboratorio clínico independiente o 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) o 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 el consultorio de un especialista, en un IDTF o establecimiento de cuidados ambulatorios</li> </ul> <p><b>Terapia de radiación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Usted no paga nada</li> </ul>	<p>\$1 de copago para servicios de laboratorio independiente, por proveedor, por día, si no está exento/a de los costos compartidos.</p> <p>\$1 de copago para servicios de radiografías ambulatorios, por proveedor, por día, si no está exento/a de los costos compartidos.</p> <p>\$2 de copago por proveedor o grupo de proveedores, por día si no está exento/a de los costos compartidos.</p> <p>\$3 de copago para servicios prestados en un centro de salud rural (RHC) o centro de salud con calificación federal (FQHC) únicamente, por clínica, por día, si no está exento/a de los costos compartidos.</p>

Es posible que los servicios con <sup>1</sup> requieran la aprobación por adelantado del médico de atención primaria (PCP) antes de consultar a un especialista o a otros proveedores. Esto se denomina “referido”. Si usted no tiene un referido, es posible que deba pagar por estos servicios.

Primas y beneficios	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Broward	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Miami-Dade	Traditional Florida Medicaid (Los beneficios del plan Medicaid Managed Care pueden ser diferentes)
Servicios de la audición <sup>1</sup>	<p><b>Servicios para la audición cubiertos por Medicare</b></p> <p>Exámenes para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada</li> </ul> <p><b>Servicios de audición de rutina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por un examen auditivo de rutina por año.</li> <li>• \$1,000 de subsidio por año para cualquier modelo de audífono.</li> <li>• \$0 de copago por una evaluación y ajuste de audífonos por año.</li> </ul>	<p><b>Servicios para la audición cubiertos por Medicare</b></p> <p>Exámenes para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada</li> </ul> <p><b>Servicios de audición de rutina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por un examen auditivo de rutina por año.</li> <li>• \$1,500 de subsidio por año para cualquier modelo de audífono.</li> <li>• \$0 de copago por una evaluación y ajuste de audífonos por año.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.</p> <p>Para aquellos beneficiarios que tengan pérdida de la audición moderada o mayor, incluidos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un audífono nuevo, completo (no reacondicionado) por oído, cada tres años, por beneficiario</li> <li>• Hasta tres pares de moldes auditivos por año, por beneficiario</li> <li>• Un servicio de colocación y dispensación por oído, cada tres años, por beneficiario</li> </ul>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p><i>En BlueMedicare Complete, se requiere una autorización previa los servicios dentales completos cubiertos por Medicare.</i></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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada</li> </ul>	<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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada</li> </ul>	<p>\$2 de copago para servicios de cirugía oral y maxilofacial por visita al consultorio médico, por día</p> <p>\$3 de copago para servicios dentales prestados en un centro de salud con calificación federal (FQHC) únicamente, por clínica, por día, si no está exento/a de los costos compartidos.</p> <p><b>Servicios cubiertos para adultos (mayores de 21 años)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una evaluación completa cada tres años, por beneficiario.</li> </ul>

Es posible que los servicios con <sup>1</sup> requieran la aprobación por adelantado del médico de atención primaria (PCP) antes de consultar a un especialista o a otros proveedores. Esto se denomina “referido”. Si usted no tiene un referido, es posible que deba pagar por estos servicios.

<b>Primas y beneficios</b>	<b>BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Broward</b>	<b>BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Miami-Dade</b>	<b>Traditional Florida Medicaid</b> <b>(Los beneficios del plan Medicaid Managed Care pueden ser diferentes)</b>
<b>Servicios dentales (continuación)</b>	<b>Servicios dentales adicionales</b> (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)  <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada hasta alcanzar el máximo anual de \$6,000</li> </ul>	<b>Servicios dentales adicionales</b> (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)  <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada hasta alcanzar el máximo anual de \$6,000</li> </ul>	<p>Para los beneficiarios mayores de 21 años, se reembolsa el costo de una evaluación completa con el fin de determinar la necesidad de dentaduras postizas completas o parciales, o servicios centrados en el problema</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones limitadas, según las indicaciones médicas</li> <li>• Una serie completa de radiografías intraorales cada tres años, por beneficiario</li> <li>• Una radiografía panorámica cada tres años, por beneficiario</li> <li>• Los siguientes servicios de prótesis para diagnosticar, planear, rehabilitar, fabricar y mantener las dentaduras postizas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un juego superior, inferior o completo de dentaduras postizas parciales completas o removibles por beneficiario</li> <li>• Un rebase, por dentadura postiza, por 366 días y por beneficiario</li> </ul> </li> </ul> <p>Traditional Florida Medicaid reembolsa los servicios dentales de emergencia para beneficiarios mayores</p>

Es posible que los servicios con <sup>1</sup> requieran la aprobación por adelantado del médico de atención primaria (PCP) antes de consultar a un especialista o a otros proveedores. Esto se denomina “referido”. Si usted no tiene un referido, es posible que deba pagar por estos servicios.

Primas y beneficios	Blue Medicare Complete (HMO SNP) Condado de Broward	Blue Medicare Complete (HMO SNP) Condado de Miami-Dade	Traditional Florida Medicaid (Los beneficios del plan Medicaid Managed Care pueden ser diferentes)
			<p>de 21 años para aliviar el dolor, una infección, o ambos, y los procedimientos esenciales a fin de preparar la boca para las dentaduras postizas.</p> <p><b>Servicios cubiertos para niños (menores de 21 años)</b></p> <p>El programa de servicios dentales para niños de Medicaid puede ofrecer un reembolso por servicios generales adyuvantes, servicios de diagnóstico, diagnóstico por imágenes, tratamiento preventivo, procedimientos restauradores, endodónticos, periodontales y quirúrgicos, extracciones, tratamiento de prótesis y ortodoncia, incluidas las dentaduras postizas completas y parciales.</p>

Es posible que los servicios con <sup>1</sup> requieran la aprobación por adelantado del médico de atención primaria (PCP) antes de consultar a un especialista o a otros proveedores. Esto se denomina “referido”. Si usted no tiene un referido, es posible que deba pagar por estos servicios.

Primas y beneficios	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Broward	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Miami-Dade	Traditional Florida Medicaid (Los beneficios del plan Medicaid Managed Care pueden ser diferentes)
<p><b>Servicios oftalmológicos<sup>1</sup></b></p> <p><i>En BlueMedicare Complete se requiere autorización previa para servicios de la vista integrales cubiertos por Medicare.</i></p>	<p><b>Servicios de la vista cubiertos por Medicare</b></p> <p>No paga nada por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista.</li> <li>• pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para los miembros con alto riesgo de glaucoma).</li> <li>• exámenes de retina diabética.</li> <li>• un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata.</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 cada 12 meses.</li> <li>• \$300 de subsidio por año para la compra de lentes, monturas o lentes de contacto.</li> </ul>	<p><b>Servicios de la vista cubiertos por Medicare</b></p> <p>No paga nada por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista.</li> <li>• pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para los miembros con alto riesgo de glaucoma).</li> <li>• exámenes de retina diabética.</li> <li>• un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata.</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 cada 12 meses.</li> <li>• \$300 de subsidio por año para la compra de lentes, monturas o lentes de contacto.</li> </ul>	<p>\$0 de copago por servicios de ayuda visual.</p> <p>\$2 de copago por servicios de optometría, por proveedor o grupo de proveedores, por día, si no está exento/a de los costos compartidos.</p> <p>\$3 de copago por servicios de ópticos proporcionados solamente en un Centro de salud rural (RHC) o un Centro de salud con calificación federal (FQHC), por clínica, por día, si no está exento de costos compartidos.</p> <p>Florida Medicaid cubre una montura cada dos años y dos lentes cada 365 días.</p>

Es posible que los servicios con <sup>1</sup> requieran la aprobación por adelantado del médico de atención primaria (PCP) antes de consultar a un especialista o a otros proveedores. Esto se denomina “referido”. Si usted no tiene un referido, es posible que deba pagar por estos servicios.

<p><b>Primas y beneficios</b></p>	<p><b>BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Broward</b></p>	<p><b>BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Miami-Dade</b></p>	<p><b>Traditional Florida Medicaid</b> <b>(Los beneficios del plan Medicaid Managed Care pueden ser diferentes)</b></p>
<p><b>Servicios de salud mental</b> <i>En BlueMedicare Complete se requiere autorización previa para servicios que no son de emergencia.</i></p>	<p><b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b> Limitado a 190 días de por vida para los cuidados de salud mental de pacientes internados 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. • Usted no paga nada <b>Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios</b> • Usted no paga nada</p>	<p><b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b> Limitado a 190 días de por vida para los cuidados de salud mental de pacientes internados 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. • Usted no paga nada <b>Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios</b> • Usted no paga nada</p>	<p>\$2 de copago por proveedor, por día, si no está exento/a de los costos compartidos. \$3 de copago por servicios de salud mental para pacientes ambulatorios proporcionados solamente en un Centro de salud rural (RHC) o un Centro de salud con calificación federal (FQHC), por clínica, por día, si no está exento/a de los costos compartidos.</p>
<p><b>Centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b> <i>En BlueMedicare Complete se requiere autorización previa para internaciones en centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés).</i></p>	<p>Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un SNF por periodo de beneficios. • Usted no paga nada</p>	<p>Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un SNF por periodo de beneficios. • Usted no paga nada</p>	<p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>

Es posible que los servicios con <sup>1</sup> requieran la aprobación por adelantado del médico de atención primaria (PCP) antes de consultar a un especialista o a otros proveedores. Esto se denomina “referido”. Si usted no tiene un referido, es posible que deba pagar por estos servicios.

Primas y beneficios	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Broward	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Miami-Dade	Traditional Florida Medicaid (Los beneficios del plan Medicaid Managed Care pueden ser diferentes)
<p><b>Fisioterapia<sup>1</sup></b> <i>En BlueMedicare Complete se requiere autorización previa para todos los servicios de terapias.</i></p>	<p>Visitas de terapia ocupacional, fisioterapia y del habla y del lenguaje</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por servicios recibidos en el consultorio de un especialista, una clínica independiente o un establecimiento de cuidados ambulatorios</li> </ul> <p>Se aplica un límite anual de \$1,980 por Medicare a servicios de fisioterapia y terapia de lenguaje para pacientes ambulatorios. Este límite es para 2017 y puede cambiar en 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>Visitas de terapia ocupacional, fisioterapia y del habla y del lenguaje</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por servicios recibidos en el consultorio de un especialista, una clínica independiente o un establecimiento de cuidados ambulatorios</li> </ul> <p>Se aplica un límite anual de \$1,980 por Medicare a servicios de fisioterapia y terapia de lenguaje para pacientes ambulatorios. Este límite es para 2017 y puede cambiar en 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>Los servicios cubiertos por Medicaid incluyen: Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia de lenguaje Servicios de patología</p> <p>\$0 de copago por servicios del sistema respiratorio.</p> <p>\$0 de copago por servicios de fisioterapia.</p> <p>\$2 de copago por proveedor, por día, por servicios de rehabilitación ambulatoria proporcionados en un consultorio, si no está exento/a de los costos compartidos.</p> <p>\$3 de copago por servicios de rehabilitación ambulatorios proporcionados solamente en un Centro de salud rural (RHC) o un Centro de salud con calificación federal (FQHC), por clínica, por día, si no está exento/a de los costos compartidos.</p> <p>\$3 de copago por visita a un hospital ambulatorio, si no está exento de costos compartidos.</p>

Es posible que los servicios con <sup>1</sup> requieran la aprobación por adelantado del médico de atención primaria (PCP) antes de consultar a un especialista o a otros proveedores. Esto se denomina “referido”. Si usted no tiene un referido, es posible que deba pagar por estos servicios.

Primas y beneficios	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Broward	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Miami-Dade	Traditional Florida Medicaid (Los beneficios del plan Medicaid Managed Care pueden ser diferentes)
<b>Ambulancia</b> <i>En BlueMedicare Complete se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no son de emergencia.</i>	<u>Dentro y fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por cada traslado (unidireccional) cubierto por Medicare</li> </ul>	<u>Dentro y fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por cada traslado (unidireccional) cubierto por Medicare</li> </ul>	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Transporte (de rutina)</b>	Usted no paga nada Traslados unidireccionales ilimitados por año calendario a lugares aprobados por el plan para servicios médicos y transporte de recetas programados en su área de servicio.	Usted no paga nada Traslados unidireccionales ilimitados por año calendario a lugares aprobados por el plan para servicios médicos y transporte de recetas programados en su área de servicio.	\$1 de copago por viaje unidireccional Los Servicios de transporte médico que no son de emergencia (NEMT) solo están disponibles para los beneficiarios elegibles que no puedan obtener transporte por cualquier otro medio (como la familia, los amigos o recursos de la comunidad).

Es posible que los servicios con <sup>1</sup> requieran la aprobación por adelantado del médico de atención primaria (PCP) antes de consultar a un especialista o a otros proveedores. Esto se denomina “referido”. Si usted no tiene un referido, es posible que deba pagar por estos servicios.

Primas y beneficios	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Broward	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Miami-Dade	Traditional Florida Medicaid (Los beneficios del plan Medicaid Managed Care pueden ser diferentes)
<p><b>Medicamentos de la parte B de Medicare</b></p> <p><i>Con BlueMedicare Complete se requiere autorización previa para los medicamentos recetados cubiertos por la parte B de Medicare, excepto para inyecciones para la alergia.</i></p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por inyecciones para la alergia</li> <li>• No paga nada por los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la parte B de Medicare</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por inyecciones para la alergia</li> <li>• No paga nada por los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la parte B de Medicare</li> </ul>	<p>\$0 de copago para medicamentos recetados obtenidos a través del programa de Servicios de medicamentos recetados.</p> <p>\$2 de copago por servicios médicos, por proveedor o grupo de proveedores, por día, si no está exento/a de los costos compartidos.</p> <p>\$3 de copago por la administración de medicamentos recetados de la Parte B proporcionados solamente en un Centro de salud rural (RHC) o un Centro de salud con calificación federal (FQHC), por clínica, por día, si no está exento de costos compartidos.</p>
<p><b>Cuidados de los pies</b> (servicios de podiatría)</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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada</li> </ul>	<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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada</li> </ul>	<p>\$2 de copago por proveedor o grupo de proveedores, por día si no está exento/a de los costos compartidos.</p> <p>\$3 de copago por servicios de podología proporcionados solamente en un Centro de salud rural (RHC) o un Centro de salud con calificación federal (FQHC), por clínica, por día, si no está exento/a de los costos compartidos.</p>

Es posible que los servicios con <sup>1</sup> requieran la aprobación por adelantado del médico de atención primaria (PCP) antes de consultar a un especialista o a otros proveedores. Esto se denomina “referido”. Si usted no tiene un referido, es posible que deba pagar por estos servicios.

<b>Primas y beneficios</b>	<b>BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Broward</b>	<b>BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Miami-Dade</b>	<b>Traditional Florida Medicaid</b> <b>(Los beneficios del plan Medicaid Managed Care pueden ser diferentes)</b>
<b>Equipo médico/ Suministros</b> <i>En BlueMedicare Complete se requiere autorización previa para determinados equipos/suministros.</i>	<b>Equipos médicos duraderos</b> No paga nada por lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• equipo</li> <li>• sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas.</li> <li>• Prótesis</li> <li>• Suministros para diabéticos</li> </ul>	<b>Equipos médicos duraderos</b> No paga nada por lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• equipo</li> <li>• sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas.</li> <li>• Prótesis</li> <li>• Suministros para diabéticos</li> </ul>	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Programas de bienestar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de acondicionamiento físico 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 acondicionamiento físico 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>	No aplica.

Es posible que los servicios con <sup>1</sup> requieran la aprobación por adelantado del médico de atención primaria (PCP) antes de consultar a un especialista o a otros proveedores. Esto se denomina “referido”. Si usted no tiene un referido, es posible que deba pagar por estos servicios.

Primas y beneficios	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Broward	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Miami-Dade	Traditional Florida Medicaid (Los beneficios del plan Medicaid Managed Care pueden ser diferentes)
<b>Cirugía ambulatoria</b> <i>En BlueMedicare Complete, se requiere una autorización previa para ciertos servicios.</i>	No paga nada en un centro quirúrgico ambulatorio o en un establecimiento de cuidados ambulatorios	No paga nada en un centro quirúrgico ambulatorio o en un establecimiento de cuidados ambulatorios	\$2 de copago para servicios prestados en un consultorio profesional, por proveedor o grupo de proveedores, por día, si no está exento/a de los costos compartidos. \$3 de copago por servicios en un establecimiento de cuidados ambulatorios, por visita, si no está exento/a de los costos compartidos. \$0 de copago por servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (ASC).
<b>Beneficios de venta libre (OTC)</b>	Beneficio máximo de \$100 cada trimestre. El saldo no utilizado no pasa al siguiente trimestre.	Beneficio máximo de \$100 cada trimestre. El saldo no utilizado no pasa al siguiente trimestre.	\$0 de copago por artículos de venta libre seleccionados, incluidos en el formulario de Medicaid. Los medicamentos y los suministros deben ser recetados por médicos con licencia.
<b>Comidas</b>	No paga nada hasta por 10 comidas entregadas a domicilio después de cada alta médica de un establecimiento	No paga nada hasta por 10 comidas entregadas a domicilio después de cada alta médica de un establecimiento	No corresponde
<b>Medicamentos recetados</b>	Consulte la siguiente información de la Parte D.	Consulte la siguiente información de la Parte D.	\$0 de copago por medicamentos recetados cubiertos por Medicaid pero no cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Es posible que los servicios con <sup>1</sup> requieran la aprobación por adelantado del médico de atención primaria (PCP) antes de consultar a un especialista o a otros proveedores. Esto se denomina “referido”. Si usted no tiene un referido, es posible que deba pagar por estos servicios.

## Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D

Los miembros elegibles duales que reciben Ayuda adicional con los costos de medicamentos recetados de la Parte D tendrán costos compartidos inferiores a los que se muestran aquí, según el nivel de la asistencia recibida.

Primas y beneficios	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Broward			BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Miami-Dade		
<p><b>Etapas de deducible</b></p> <p><b>La cantidad deducible es \$405. Esto se aplica a los niveles 3, 4 y 5 solamente.</b></p> <p>Esta etapa de pago comienza cuando usted completa su primera receta del año para los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Durante esta Etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos.</p> <p>Se mantiene en esta etapa hasta que haya pagado \$405 por sus medicamentos</p> <p><b>Etapas 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)</p>	<p><b>Costo compartido</b> para un suministro de un mes (hasta 31 días) de un medicamento recetado cubierto de la Parte D)</p>			<p><b>Costo compartido</b> para un suministro de un mes (hasta 31 días) de un medicamento recetado cubierto de la Parte D)</p>		
	<b>Nivel</b>	<b>Minorista Estándar</b>	<b>Orden por correo</b>	<b>Nivel</b>	<b>Minorista Estándar</b>	<b>Orden por correo</b>
	Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0 de copago	\$0 de copago	Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0 de copago	\$0 de copago
	Nivel 2 (Genérico)	\$0 de copago	\$0 de copago	Nivel 2 (Genérico)	\$0 de copago	\$0 de copago
	Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 de copago	\$47 de copago	Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 de copago	\$47 de copago
	Nivel 4 (Marca no preferida)	\$100 de copago	\$100 de copago	Nivel 4 (Marca no preferida)	\$100 de copago	\$100 de copago
	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	25% del costo	25% del costo	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	25% del costo	25% del costo
	Nivel 6 (medicamentos complementarios)	\$0 de copago	\$0 de copago	Nivel 6 (medicamentos complementarios)	\$0 de copago	\$0 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 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.</p> <p>Llámenos o consulte el plan “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>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 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.</p> <p>Llámenos o consulte el plan “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>		

Es posible que los servicios con <sup>1</sup> requieran la aprobación por adelantado del médico de atención primaria (PCP) antes de consultar a un especialista o a otros proveedores. Esto se denomina “referido”. Si usted no tiene un referido, es posible que deba pagar por estos servicios.

Primas y beneficios	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Broward	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Condado de Miami-Dade
<p>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>		
<p><b>Etapa 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> <p>Paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial por los <b>medicamentos genéricos de Nivel 1 (genéricos preferidos), Nivel 2 (genéricos) y Nivel 6 (medicamentos complementarios)</b> o el 44% del costo, lo que sea menor; y</p> <p>Para todos los demás medicamentos, paga el 35% del costo de los medicamentos con marca cubierta (más una parte de la tarifa de dispensación) y el 44% del costo del plan para los medicamentos genéricos cubiertos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos a su cargo” (sus pagos) del año a la fecha alcancen 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> <p>Paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial por los <b>medicamentos genéricos de Nivel 1 (genéricos preferidos), Nivel 2 (genéricos) y Nivel 6 (medicamentos complementarios)</b> o el 44% del costo, lo que sea menor; y</p> <p>Para todos los demás medicamentos, paga el 35% del costo de los medicamentos con marca cubierta (más una parte de la tarifa de dispensación) y el 44% del costo del plan para los medicamentos genéricos cubiertos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos a su cargo” (sus pagos) del año a la fecha alcancen un total de \$5,000.</p>
<p><b>Etapa 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>

Es posible que los servicios con <sup>1</sup> requieran la aprobación por adelantado del médico de atención primaria (PCP) antes de consultar a un especialista o a otros proveedores. Esto se denomina “referido”. Si usted no tiene un referido, es posible que deba pagar por estos servicios.