

BlueMedicare Classic (HMO) ofrecido por Florida Blue HMO

Notificación Anual de Cambios para el 2018

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

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican en su caso?

- Revise los cambios de nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que cubrirá sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 2.1, 2.2 y 2.5 para obtener información sobre cambios en los beneficios y los costos para nuestro plan.
- En el folleto, verifique los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si estos le afectan.
 - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como la necesidad de nuestra aprobación antes de que abastezca su receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Existen cambios en el costo de uso de esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos de 2018 y consulte la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos en nuestra red?
 - ¿Pertenece a ella los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

- Piense acerca de sus costos generales por atención médica.
 - ¿Cuánto gastará en efectivo por los servicios y medicamentos recetados que utiliza regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo funcionan los gastos totales de su plan en comparación a otras opciones de cobertura de Medicare?

Considere si está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Infórmese sobre otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes de su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de Planes de Medicare en el sitio de Internet <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Encontrar planes de salud y de medicamentos).
 - Revise la lista en la contraportada de su manual Medicare y Usted (Medicare & You).
 - Consulte la Sección 4.2 para obtener más información acerca de sus opciones.
- Una vez que haya reducido el número de opciones a su plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio de Internet del plan.

3. **ELIJA: Decida si** desea cambiar su plan

- Si desea **mantener** BlueMedicare HMO LifeTime, no necesita hacer nada. Usted permanecerá en BlueMedicare HMO LifeTime.
- Para cambiar a un **plan diferente** que cumpla mejor con sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre 2017**

- Si **no se inscribe antes del 7 de diciembre de 2017**, permanecerá en BlueMedicare HMO LifeTime.
- Si **se inscribe antes del 7 de diciembre de 2017**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2018.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en español.
- Comuníquese con Servicios para miembros al 1-800-926-6565 para recibir información adicional. (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 (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 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. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
- Esta información está disponible en formatos alternativos, incluyendo letra grande, cintas de audio, CD y Braille. Si necesita información sobre el plan en otro formato, llame a Servicios para miembros al número que se indica arriba.
- **La cobertura bajo este plan califica como una cobertura esencial mínima (MEC, por sus siglas en inglés) y cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Por favor, visite el sitio de Internet del Servicio de Impuestos Internos (en inglés Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.**

Acerca de BlueMedicare Classic

- Florida Blue HMO es un Plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue HMO depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, quiere decir Florida Blue HMO. Cuando se hace referencia a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a BlueMedicare Classic.

Resumen de costos importantes para el 2018

El siguiente cuadro compara los costos de 2017 y los costos de 2018 para BlueMedicare Classic en varias áreas importantes. **Por favor tenga en cuenta que esto es solo un resumen de cambios. Es importante leer el resto de esta *Notificación anual de cambios* y revisar la *Constancia de cobertura* adjunta para ver si otros cambios en los beneficios o costos le afectan.**

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Vea la Sección 2.1 si desea mayor información.</p>	\$0	\$0
<p>Monto máximo a su cargo</p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará como gastos a su cargo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</p> <p>(Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de sus opciones.).</p>	\$6,500	\$6,500
<p>Visitas al consultorio médico</p>	<p>Visitas al médico de cabecera: \$0 por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$40 por visita</p>	<p>Visitas al médico de cabecera: \$0 por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$40 por visita</p>

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Hospitalización Incluye cuidados intensivos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención médica para pacientes hospitalizados comienza el día que formalmente es admitido(a) al hospital con la orden de un médico. El día antes de que sea dado(a) de alta es su último día de hospitalización.</p>	<p>Días 1 al 6: \$250 de copago por día (por hospitalización cubierta por Medicare).</p> <p>Después del día 6, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.</p>	<p>Días 1 al 6: \$250 de copago por día (por hospitalización cubierta por Medicare).</p> <p>Después del día 6, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.</p>

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados Parte D (Consulte la Sección 2.6 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coaseguro durante la Etapa Inicial de Cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: Costo compartido estándar: \$14 de copago Costo compartido preferido: \$7 de copago • Nivel de medicamento 2: Costo compartido estándar: \$20 de copago Costo compartido preferido: \$13 de copago • Nivel de medicamento 3: Costo compartido estándar: \$47 de copago Costo compartido preferido: \$40 de copago • Nivel de medicamento 4: Costo compartido estándar: \$100 de copago Costo compartido preferido: \$93 de copago • Nivel de medicamento 5: Costo compartido estándar: 33% del costo total Costo compartido preferido: 33% del costo total • Nivel de medicamento 6: Costo compartido estándar: No está disponible Costo compartido preferido: No está disponible 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coaseguro durante la Etapa Inicial de Cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: Costo compartido estándar: \$17 de copago Costo compartido preferido: \$7 de copago • Nivel de medicamento 2: Costo compartido estándar: \$20 de copago Costo compartido preferido: \$13 de copago • Nivel de medicamento 3: Costo compartido estándar: \$47 de copago Costo compartido preferido: \$40 de copago • Nivel de medicamento 4: Costo compartido estándar: \$100 de Copago Costo compartido preferido: \$93 de copago • Nivel de medicamento 5: Costo compartido estándar: 33% del costo total Costo compartido preferido: 33% del costo total • Nivel de medicamento 6: Costo compartido estándar: \$0 de copago Costo compartido preferido: \$0 de copago

Reporte anual de cambios para el 2018
Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para el 2018	1
SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del plan	5
SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año.....	5
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	5
Sección 2.2 – Cambios en los Gastos máximos a su cargo	5
Sección 2.3 – Cambios a la Red de proveedores	6
Sección 2.4 – Cambios a la Red de farmacias	7
Sección 2.5 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos.....	7
Sección 2.6 – Cambios a la cobertura de medicamentos recetados Parte D.....	11
SECCIÓN 3 Cambios administrativos.....	15
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir	15
Sección 4.1 – Si desea continuar en BlueMedicare Classic.....	15
Sección 4.2 – Si desea cambiar de planes.....	15
SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de planes	16
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare.....	17
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar por medicamentos recetados	17
SECCIÓN 8 ¿Preguntas?	18
Sección 8.1 – Para recibir ayuda de BlueMedicare Classic.....	18
Sección 8.2 – Para recibir ayuda de Medicare	19

SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del plan

El 1 de enero de 2018, el nombre de nuestro plan cambiará de BlueMedicare HMO LifeTime a BlueMedicare Classic.

A fines de este año, usted recibirá una nueva tarjeta de identificación por correo que mostrará el nuevo nombre del plan.

SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
(Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).		

- La prima mensual de su plan será mayor si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía de la Parte D por no contar con otra cobertura de medicamentos que al menos sea tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también se denomina “cobertura acreditable”) durante 63 días o más, si se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.
- Si tiene un ingreso más alto, usted podría tener que pagar un monto adicional todos los meses directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será menor si está recibiendo “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos recetados.

Sección 2.2 – Cambios en los Gastos máximos a su cargo

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

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Monto máximo a su cargo	\$6,500	\$6,500
Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para el gasto máximo a su cargo. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para el gasto máximo a su cargo.		Una vez que haya pagado \$6,500 de gastos a su cargo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 2.3 – Cambios a la Red de proveedores

Se han introducido cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Encontrará un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web www.BlueMedicareFL.com. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos por correo el Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2018 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran dentro de nuestra red.**

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para ofrecerle al menos 30 días de aviso de que su proveedor está saliendo de nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si se encuentra recibiendo tratamiento médico tiene derecho a solicitar que el tratamiento médico necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si piensa que no hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que su atención no está siendo administrada apropiadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

- Si descubre que su médico o su especialista está saliendo del plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 2.4 – Cambios a la Red de farmacias

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

Se han introducido cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio de Internet **www.BlueMedicareFL.com**. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos por correo el Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias 2018 para ver qué farmacias se encuentran dentro de nuestra red.**

Sección 2.5 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura para algunos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, en su *Constancia de Cobertura para 2018*.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Servicios dentales (suplementarios)		
Los siguientes servicios dentales adicionales no están cubiertos por Medicare:		
<u>Evaluación periodontal completa</u>	Sin cobertura	Paciente nuevo o establecido - 2 evaluaciones por 12 meses consecutivos
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$75 por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.	Usted paga un copago de \$80 por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.
Atención de emergencia a nivel mundial	Usted paga un copago de \$75 por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.	Usted paga un copago de \$80 por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.
Servicios de la audición (suplementarios)	<p>Usted paga un copago de \$45 por un examen de audición de rutina.</p> <p>Usted paga un copago de \$45 por una evaluación y ajuste de audífonos.</p> <p>Usted paga \$699 por audífonos modelo Flyte 700.</p> <p>Usted paga \$999 por audífonos modelo Flyte 900.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por un examen de audición de rutina.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por evaluación y ajuste de audífonos.</p> <p>Usted paga \$699 por audífonos Flyte Advanced.</p> <p>Usted paga \$999 por audífonos Flyte Premium.</p>

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por pruebas de alergia, exámenes cardiovasculares y electrocardiogramas (EKG).</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por pruebas y procedimientos de diagnóstico, excepto para pruebas de alergia, EKG o exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares.</p> <p>Usted paga un copago de \$100 para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes brindados en el consultorio de un especialista.</p> <p>Usted paga un copago de \$250 por servicios avanzados de diagnóstico por imágenes cuando se proporcionan en un IDTF.</p> <p>Usted paga un copago de \$295 por todos los servicios proporcionados en un centro de cuidados ambulatorios.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por pruebas de alergia, exámenes cardiovasculares y electrocardiogramas (EKG).</p> <p>Usted paga un copago de \$200 por pruebas y procedimientos de diagnóstico, excepto para pruebas de alergia, EKG o exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares.</p> <p>Usted paga un copago de \$75 para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes brindados en el consultorio de un especialista.</p> <p>Usted paga un copago de \$75 por servicios avanzados de diagnóstico por imágenes cuando se proporcionan en un IDTF.</p> <p>Usted paga un copago de \$250 por servicios avanzados de diagnóstico por imágenes proporcionados en un centro de cuidados ambulatorios.</p>
<p>Servicios de atención ambulatoria</p>	<p>Usted paga un copago de \$295 por todos los demás servicios, incluidas las cirugías.</p>	<p>Usted paga un copago de \$225 por todos los demás servicios, incluidas las cirugías.</p>

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Usted paga \$40 de copago por cada visita de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare.	Usted paga \$45 de copago por cada visita de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare.
Cirugías ambulatorias, incluidos los servicios que brindan los establecimientos de cuidados ambulatorios y los centros de cirugía ambulatoria	Usted paga un copago de \$250 por cirugía en un centro quirúrgico ambulatorio. Usted paga un copago de \$295 por cirugía en un centro de cuidados ambulatorio.	Usted paga un copago de \$150 por cirugía en un centro quirúrgico ambulatorio. Usted paga un copago de \$225 por cirugía en un centro de cuidados ambulatorio.
Cuidados en Centros de cuidados médicos Especializados (SNF, por sus siglas en inglés)	Usted paga un copago de \$164.50 por día por los días 21 al 100 (por período de beneficios).	Usted paga un copago de \$160 por día por los días 21 al 100 (por período de beneficios).
Servicios de urgencia necesarios mundiales	Usted paga un copago de \$75 por visitas de atención de urgencia necesaria cubiertas por Medicare cuando los servicios son brindados en un centro de atención de urgencias a nivel mundial.	Usted paga un copago de \$80 por visitas de atención de urgencia necesaria cubiertas por Medicare cuando los servicios son brindados en un centro de atención de urgencias a nivel mundial.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Atención de la vista (suplementaria)	<p>Usted paga los siguientes copagos para los primeros cuatro puntos, los puntos restantes son subsidios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un par de lentes de contacto cada año – copago de \$0 a \$250. • Un par de anteojos cada año – copago de \$20 a \$65. • Un par de marcos de anteojos cada dos años – copago de \$0 a \$40. • Mejoras - copago de \$0 a \$140. • El máximo de cobertura de beneficios para lentes de contacto es \$100 cada año. • El máximo de cobertura de beneficios para marcos de anteojos es \$100 cada dos años. 	<p>Usted no paga un copago hasta los límites indicados a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$100 de subsidio por año para la compra de lentes, monturas o lentes de contacto.

Sección 2.6 – Cambios a la cobertura de medicamentos recetados Parte D

Cambios a nuestra lista de medicamentos

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

Hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos, incluyendo cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y ver si habrá restricciones.**

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

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

En algunas situaciones, tenemos la obligación de cubrir un **único** suministro temporal de un medicamento que no pertenece a la Lista de medicamentos durante los primeros 90 días del año del plan o durante los primeros 90 días de membresía para evitar la falta de cobertura en la terapia. (Para conocer más sobre cuándo obtener suministro temporal y cómo pedir uno, ver Capítulo 5, Sección 5.2 de *la Constancia de cobertura.*) Durante el periodo en que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico, a fin de decidir qué debe hacer cuando se agote su suministro temporal. Usted puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y que cubra su medicamento actual.

Cualquier autorización de la excepción a la Lista de medicamentos, Nivel o Administración de Utilización existente que pueda tener no se renovará automáticamente para el año del plan 2018. Para asegurar que su autorización de la excepción actual no caduque, comuníquese con nuestro número de Servicios para miembros para recibir asistencia. Si su autorización de la excepción caduca, usted será elegible para un surtido transitorio de su medicamento actual aprobado según la póliza de transición. Su médico deberá presentar una nueva solicitud de autorización continuada de la excepción. Consulte el Capítulo 5, Sección 5 de la Constancia de Cobertura para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.

Cambios a los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar su medicamento (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no aplica a usted.** Le hemos enviado por separado una información adicional denominada “Cláusula adicional de la constancia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también llamada la “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”), que le informa sobre sus costos de medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido esta información al 30 de septiembre de 2017, por favor llame a Servicios para miembros y solicite la “Cláusula LIS”. Los números telefónicos de Servicios para miembros aparecen en la Sección 8.1 de este folleto.

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos". El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende en qué etapa de pago de medicamentos se encuentre. (Puede consultar el

Capítulo 6, Sección 2 de su *Constancia de cobertura* si desea más información acerca de las etapas.)

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

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Ya que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica a usted.	Ya que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica a usted.

Cambios a sus copagos en la Etapa inicial de cobertura

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

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa inicial de cobertura</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de 1 mes (31 días) cuando surta su medicamento recetado en una farmacia de la red. Para obtener información acerca de los costos para un</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 - Genéricos preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$14 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido</i> Usted paga \$7 por receta.</p> <p>Nivel 2 - Genéricos: <i>Costo compartido estándar</i> Usted paga \$20 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$13 por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 - Genéricos preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$17 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$7 por receta.</p> <p>Nivel 2 - Genéricos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$13 por receta.</p>

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación)</p> <p>suministro de largo plazo o para medicamentos recetados de orden por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Constancia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel para algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Nivel 3 - Marca preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$40 por receta.</p> <p>Nivel 4 - Marca no preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$93 por receta.</p> <p>Nivel 5 - Medicamentos especializados: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Medicamentos de cuidados selectos de Nivel 6: <i>Costo compartido estándar:</i> No disponible para 2017.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> No disponible para 2017.</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$3,700, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha en la Cobertura).</p>	<p>Nivel 3 - Marca preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$40 por receta.</p> <p>Nivel 4 - Marca no preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$93 por receta.</p> <p>Nivel 5 - Medicamentos especializados: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Medicamentos de cuidados selectos de Nivel 6: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$3,750, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha en la Cobertura).</p>

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

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

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar	<u>No</u> se requiere referido.	<u>Se</u> requiere referido.
Medicamentos de Medicare Parte D	Para las nuevas recetas únicamente, puede obtener un suministro de 31 días solamente para el primer surtido de un medicamento.	Las nuevas recetas ya no están limitadas a un suministro de 31 días para el primer surtido de un medicamento.
Cobertura en todo el mundo para <u>servicios de urgencia necesarios</u> .	El copago <u>no será aplicable</u> si es ingresado en el hospital.	El copago <u>será aplicable</u> si es ingresado en el hospital.

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si desea continuar en BlueMedicare Classic

Para quedarse en nuestro plan no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan distinto o cambia a Medicare Original para el 7 de diciembre, automáticamente quedará inscrito como miembro de nuestro plan para el 2018.

Sección 4.2 – Si desea cambiar de planes

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año pero si desea cambiar para el 2018, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare
- *O--* Usted puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si se desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted (Medicare & You) 2018*, llame a su Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal (vea la Sección 6), o llame a Medicare (vea la Sección 8.2).

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

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare Classic.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare Classic.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados** usted debe:
 - Envíenos una solicitud escrita para dar de baja a su afiliación. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la Sección 8.1 de este folleto).
 - – *o* – Puede comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de planes

Si desea cambiarse a otro plan de medicamentos recetados o a un plan de salud Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2018.

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

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicare o las que reciben "Ayuda adicional" para pagar por sus medicamentos, aquellas que tienen o están dejando la cobertura del empleador, y aquellas que se

mudan fuera del área de servicio tienen permitido hacer un cambio en otras épocas del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Constancia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2018 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a Medicare Original entre el 1 de enero y el 14 de febrero de 2018. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Constancia de cobertura*.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare

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

SHINE es independiente (no está relacionada con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer orientación **gratuita** sobre seguros médicos a las personas de la comunidad que tienen Medicare. Los asesores de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder sus preguntas acerca de pasarse a otros planes. Puede llamar a SHINE al 1-800-963-5337 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). Puede conocer más de SHINE visitando su sitio web (www.FLORIDASHINE.org).

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar por medicamentos recetados

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para "Ayuda adicional" para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo las primas mensuales para medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, quienes califiquen no tendrán brechas en la cobertura o una penalidad por inscripción tardía en la Parte D. Muchas personas son elegibles para usar estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes entre las 7:00 a.m. y las 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones) o;
 - A la Oficina de Medicaid de su estado (aplicaciones).

- **Asistencia de costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que los individuos que viven con VIH/SIDA elegibles a ADAP tengan acceso a los medicamentos vitales contra el VIH/SIDA. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia en el Estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado, y el estado de sin cobertura o sin cobertura completa. Los medicamentos recetados de Medicare de la Parte D que también están cubiertos por ADAP califican para una asistencia de costos compartidos de medicamentos a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Florida. Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) de Florida directamente al 1-800-352-2437 (TTY: 1-888-503-7118) o envíeles un correo a: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399.

SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

Sección 8.1 – Para recibir ayuda de BlueMedicare Classic

¿Preguntas? Podemos ayudarlo. Llame a Servicios para miembros al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY solamente deben llamar al 1-877-955-8773). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el Día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 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. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Les devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Constancia de cobertura de 2018* (tiene detalles sobre los costos y beneficios del próximo año)

Esta *Notificación anual de cambios* le brinda un resumen de cambios en sus beneficios y costos para el 2018. Para obtener más información, consulte la *Constancia de Cobertura 2018* para BlueMedicare Classic. La *Constancia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener los cuidados médicos que están cubiertos y sus medicamentos recetados. Una copia de la *Constancia de cobertura* está incluida en este sobre.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 8.2 – Para recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente desde Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio de Internet de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Tiene información sobre calificaciones de calidad, costo y cobertura para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”).

Lea el manual *Medicare y Usted (Medicare & You) 2018*.

Puede leer el manual *Medicare y Usted (Medicare & You) 2018*. Cada año en el otoño, se envía este folleto a las personas que tienen Medicare. Este incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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