

BlueMedicare Classic Plus (HMO) ofrecido por Florida Blue HMO

Notificación Anual de Cambios para 2019

Actualmente usted está inscrito como un miembro de BlueMedicare Classic Plus. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y los beneficios del plan. *Este folleto informa los cambios.*

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

Qué hacer ahora

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

- Revise los cambios de nuestros beneficios y costos para saber 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 en las Secciones 1.1, 1.2 y 1.5 la 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 saber 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 del uso de esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos de 2019 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales a su cargo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros destacan qué fabricantes han

OMB Approval 0938-1051 (Pending OMB Approval)

Y0011_34194S_M 0818 File & Use 083118

aumentado sus precios y también muestran información sobre el comportamiento de los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus propios medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos en nuestra red?
 - ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de Proveedores.
- Piense acerca de sus costos generales por atención médica.
 - ¿Cuánto pagará como costos a su cargo por los servicios y medicamentos recetados que utiliza regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo funcionan los costos 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 en 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” (Buscar planes de salud y de medicamentos).
 - Revise la lista en la contraportada de su manual Medicare y Usted (Medicare & You).
 - Consulte la Sección 3.2 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 Classic Plus, no necesita hacer nada. Usted permanecerá en BlueMedicare Classic Plus.
- Para cambiar a un **plan diferente** que cubra mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre de 2018**

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, permanecerá en BlueMedicare Classic Pus.

- Si se **inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2019.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español sin costo.
- 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, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario es 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 dentro de un día hábil.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluidos 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 Cobertura de Salud Elegible (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio de Internet del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de BlueMedicare Classic Plus

- Florida Blue HMO es un Plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue 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 Plus.

Resumen de Costos Importantes para 2019

El siguiente cuadro compara los costos de 2018 y los costos de 2019 para BlueMedicare Classic Plus en varias áreas importantes. **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* enviada de forma separada para saber si le afectan otros cambios en los beneficios o en los costos.**

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (el próximo año) |
|--|--|--|
| Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener mayor información. | \$0 | \$0 |
| Cantidad máxima a su cargo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará como costos a su cargo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información). | \$5,500 | \$3,400 |
| Visitas al consultorio médico | Visitas al médico de cabecera: copago de \$0 por visita Visitas a especialistas: copago de \$20 por visita | Visitas al médico de cabecera: copago de \$0 por visita Visitas a especialistas: copago de \$20 por visita |
| Hospitalización Incluye cuidados intensivos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención médica para pacientes hospitalizados comienza el día que formalmente es admitido | Días 1-8: copago de \$195 por día (por hospitalización cubierta por Medicare). Después del día 8, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos. | Días 1-8: copago de \$195 por día (por hospitalización cubierta por Medicare). Después del día 8, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos. |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (el próximo año) |
|--|---|---|
| <p>en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a que sea dado de alta es su último día de hospitalización.</p> | | |
| <p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más información).</p> | <p>Deducible: \$0 Copago/coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: Costo compartido estándar: copago de \$10 Costo compartido preferido: copago de \$0 • Nivel de medicamentos 2: Costo compartido estándar: copago de \$15 Costo compartido preferido: copago de \$5 • Nivel de medicamentos 3: Costo compartido estándar: copago de \$47 Costo compartido preferido: copago de \$40 • Nivel de medicamentos 4: Costo compartido estándar: copago de \$100 Costo compartido preferido: copago de \$93 • Nivel de medicamentos 5: Costo compartido estándar: 33% del costo total Costo compartido preferido: 33% del costo total • Nivel de medicamentos 6: Costo compartido estándar: copago de \$0 | <p>Deducible: \$0 Copago/coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: Costo compartido estándar: copago de \$10 Costo compartido preferido: copago de \$0 • Nivel de medicamentos 2: Costo compartido estándar: copago de \$15 Costo compartido preferido: copago de \$3 • Nivel de medicamentos 3: Costo compartido estándar: copago de \$47 Costo compartido preferido: copago de \$35 • Nivel de medicamentos 4: Costo compartido estándar: copago de \$100 Costo compartido preferido: copago de \$93 • Nivel de medicamentos 5: Costo compartido estándar: 33% del costo total Costo compartido preferido: 33% del costo total • Nivel de medicamentos 6: Costo compartido estándar: copago de \$0 |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (el próximo año) |
|--------------|--|--|
| | Costo compartido preferido: copago de \$0 | Costo compartido preferido: copago de \$0 |

Reporte Anual de Cambios para 2019
Tabla de contenidos

| | |
|---|-----------|
| Resumen de Costos Importantes para 2019 | 1 |
| SECCIÓN 1 Cambios en los costos y los beneficios para el próximo año | 5 |
| Sección 1.1 – Cambios en el pago mensual | 5 |
| Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima a su cargo | 5 |
| Sección 1.3 - Cambios en la Red de Proveedores..... | 6 |
| Sección 1.4 - Cambios en la Red de Farmacias | 7 |
| Sección 1.5 – Cambios en los costos y los beneficios de los servicios médicos | 7 |
| Sección 1.6 - Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D..... | 9 |
| SECCIÓN 2 Cambios administrativos | 14 |
| SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir | 14 |
| Sección 3.1 – Si desea continuar en BlueMedicare Classic Plus..... | 14 |
| Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan | 14 |
| SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan | 15 |
| SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare | 16 |
| SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar por medicamentos recetados | 16 |
| SECCIÓN 7 ¿Preguntas? | 17 |
| Sección 7.1 – Para recibir ayuda de BlueMedicare Classic Plus..... | 17 |
| Sección 7.2 – Para recibir ayuda de Medicare | 18 |

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y los beneficios para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en el pago mensual

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (el próximo año) |
|--|-----------------|-----------------------|
| Prima mensual (Tiene que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare). | \$0 | \$0 |

- 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 tiene un ingreso más alto, es probable que, todos los meses, deba pagarle una cantidad adicional 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 1.2 – Cambios en la cantidad máxima a su cargo

Para protegerlo, Medicare requiere que todos los planes de salud establezcan un límite para la cantidad que se paga como "costos a su cargo" durante el año. Este límite se denomina "cantidad máxima a su cargo". Una vez que alcanza esta cantidad, por lo general, no paga ninguna cantidad por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (el próximo año) |
|---|-----------------|--|
| Cantidad máxima a su cargo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para la cantidad máxima a su cargo. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su cantidad máxima a su cargo. | \$5,500 | \$3,400 Una vez que haya pagado \$3,400 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 1.3 - Cambios en 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 de Internet en www.floridablue.com/medicare. 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 2019 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay muchas razones por las que 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 darle un aviso de, al menos, 30 días de anticipación 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 a 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 1.4 - Cambios en la Red de Farmacias

Las cantidades 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 costos compartidos preferidos, 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 en www.floridablue.com/medicare. 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 2019 para saber qué farmacias se encuentran dentro de nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los costos y los beneficios de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura de ciertos servicios médicos para 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 2019*.

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (el próximo año) |
|--|--|---|
| Servicios de emergencia | Dentro y Fuera de la Red Usted paga un copago de \$80 por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. | Dentro y Fuera de la Red Usted paga un copago de \$100 por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. |
| Servicios de emergencia mundial | Usted paga un copago de \$80 por servicios de emergencia | Usted paga un copago de \$100 por servicios de |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (el próximo año) |
|--|--|--|
| Servicios de atención urgente | <p>cubiertos por el plan recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios.</p> <p>Usted paga un copago de \$80 por servicios de atención urgente cubiertos por el plan recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios.</p> <p>No existen cantidades máximas de cobertura para los Servicios de emergencia y de atención urgente mundial.</p> | <p>emergencia cubiertos por el plan recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios.</p> <p>Usted paga un copago de \$100 por servicios de atención urgente cubiertos por el plan recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios.</p> <p>Los beneficios por atención de emergencia o urgente recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios están limitados a \$25,000 por año calendario.</p> |
| Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare | <p>Los requisitos de terapia escalonada no se aplican a ningún medicamento recetado de la Parte B de Medicare.</p> | <p>Los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a los requisitos de terapia escalonada. Para obtener más información sobre la terapia escalonada, consulte la Sección 4.2 del Capítulo 5 de la <i>Constancia de Cobertura</i>.</p> |
| Servicios de transporte en casos que no son de emergencia | <p>Dentro de la Red No está cubierto</p> | <p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$0 por 48 viajes de un solo tramo anualmente con destino a centros clínicos.</p> |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (el próximo año) |
|--|--|--|
| Servicios ambulatorios en el hospital | Dentro de la Red Los servicios de observación no se cobran por separado. | Dentro de la Red Usted paga un copago de \$100 por servicios de observación. |
| Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios | Dentro de la Red Usted paga un copago de \$40 por servicios de rehabilitación de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla cubiertos por Medicare recibidos en un centro de cuidados ambulatorios. | Dentro de la Red Usted paga un copago de \$25 por servicios de rehabilitación de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla cubiertos por Medicare recibidos en un centro de cuidados ambulatorios. |
| Terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET) | Dentro de la Red Los servicios de SET no están disponibles. | Dentro de la Red Usted paga un copago de \$30 por servicios de SET cubiertos por Medicare. |

Sección 1.6 - Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

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

Hicimos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluidos cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios en 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 saber si habrá restricciones.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura puede:

- **En conjunto con su médico (u otra persona autorizada para emitir recetas), solicitarle 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 emitir recetas), buscar 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 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 el año 2019, los miembros de los centros de cuidado a largo plazo (LTC) recibirán ahora un suministro temporal de la misma cantidad de días de cualquier otro suministro temporal provisto en todos los demás casos: 31 días de medicamento en lugar de la cantidad provista en 2018 (98 días de medicamento). (Para conocer más sobre cuándo obtener suministro temporal y cómo pedir uno, consulte el 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 bien pedirle al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

Cualquier autorización de la excepción a la Lista de Medicamentos, Nivel o Administración de Utilización existente que pueda actualmente tener no se renovará automáticamente para el año del plan 2019. 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.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

A partir de 2019, podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel de costos compartidos o uno más bajo, y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costos compartidos diferente o agregar nuevas restricciones. Esto significa que si está tomando el

medicamento de marca que está siendo reemplazado por el nuevo medicamento genérico (o el nivel o la restricción en el medicamento de marca cambia), ya no recibirá notificación del cambio 60 días antes de que lo hagamos ni recibirá un reabastecimiento de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, de todas formas recibirá información sobre el cambio específico que hemos realizado, pero puede llegar después de que se realice el cambio.

Además, a partir de 2019, antes de realizar otros cambios durante el año en nuestra Lista de Medicamentos que requieren que le notifiquemos con anticipación si está tomando un medicamento, le enviaremos una notificación 30 días antes, en lugar de 60 días, de que hagamos el cambio. O bien, le daremos un reabastecimiento de su medicamento de marca para 31 días, en lugar de 60 días, en una farmacia de la red.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, puede seguir trabajando con su médico (u otra persona autorizada para emitir recetas) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de Medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Constancia de Cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se 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 “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” o “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 2018, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula LIS”. Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la Sección 7.1 de este folleto.

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos". El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que 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 los miembros no llega a las otras dos etapas, 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 la *Constancia de Cobertura* enviada por separado).

Cambios en la Etapa de Deducible

| Etapa | 2018 (este año) | 2019 (el próximo año) |
|--|--|--|
| Etapa 1: Etapa de Deducible Anual | Debido a que no tenemos ningún deducible, esta etapa de pago no aplica para usted. | Debido a que no tenemos ningún deducible, esta etapa de pago no aplica para usted. |

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa Inicial de Cobertura

Para saber 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 | 2018 (este año) | 2019 (el próximo año) |
|---|--|---|
| <p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</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 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</p> | <p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (Genérico Preferido): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$10 por medicamento recetado. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 (Genérico) <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$15 por medicamento recetado. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$5 por receta</p> | <p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (Genérico Preferido): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$10 por medicamento recetado. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 (Genérico) <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$15 por medicamento recetado. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$3 por medicamento recetado.</p> |

en nuestra Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en otro nivel, búselos en la Lista de Medicamentos.

Nivel 3 (Marca Preferida)

Costo compartido estándar:

Usted paga \$47 por medicamento recetado.

Costo compartido preferido:

Usted paga \$40 por medicamento recetado.

Nivel 4 (Marca no Preferida):

Costo compartido estándar:

Usted paga \$100 por medicamento recetado.

Costo compartido preferido:

Usted paga \$93 por medicamento recetado.

Nivel 5 (Nivel Especializado)

Costo compartido estándar:

Usted paga el 33% del costo total

Costo compartido preferido:

Usted paga el 33% del costo total

Nivel 6 (Medicamentos Select Care)

Costo compartido estándar:

Usted paga \$0 por medicamento recetado.

Costo compartido preferido:

Usted paga \$0 por medicamento recetado.

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).

Nivel 3 (Marca Preferida)

Costo compartido estándar:

Usted paga \$47 por medicamento recetado.

Costo compartido preferido:

Usted paga \$35 por medicamento recetado.

Nivel 4 (Marca no Preferida):

Costo compartido estándar:

Usted paga \$100 por medicamento recetado.

Costo compartido preferido:

Usted paga \$93 por medicamento recetado.

Nivel 5 (Nivel Especializado)

Costo compartido estándar:

Usted paga el 33% del costo total

Costo compartido preferido:

Usted paga el 33% del costo total

Nivel 6 (Medicamentos Select Care)

Costo compartido estándar:

Usted paga \$0 por medicamento recetado.

Costo compartido preferido:

Usted paga \$0 por medicamento recetado.

Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha en la Cobertura).

Cambios en las Etapas de Brecha en la Cobertura y en 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 las personas que pagan costos altos por sus medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa de Brecha en la Cobertura o a 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 2 Cambios administrativos

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (el próximo año) |
|------------------------------|--|--|
| Cambio de número de contrato | El número de contrato de su plan es H1026. | El número de contrato de su plan es H1035. Este es solamente un cambio administrativo y no afecta su membresía del plan. |

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea continuar en BlueMedicare Classic Plus

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 2019.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año pero si desea cambiar para 2019, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare,
- *O--* Usted puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si 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 2019 (Medicare & You 2019)*, llame a su Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal (vea la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio de Internet de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”. **Podrá 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 Plus.
- 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 Plus.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan 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 2019.

¿Existen otras épocas del año para realizar el cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que cuentan con Medicaid, aquellas a las que "Ayuda Adicional" les paga sus

medicamentos y aquellas que se mudaron del área de servicio pueden tener 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*.

Nota: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no le gusta la opción de su plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Constancia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 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 (Atención de Necesidades de Seguro Médico de Ancianos).

SHINE es independiente (no está relacionado 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 de Internet (www.floridashine.org).

SECCIÓN 6 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 podrían calificar y recibir "Ayuda Adicional" para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta setenta y cinco por ciento (75%) o más de sus costos de medicamentos, incluidos primas mensuales por medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguros. Además, aquellos que califican no tendrán una brecha de cobertura o una penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si califica, llame a:

- 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 (solicitudes); o
 - a la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que los individuos que viven con VIH/SIDA elegibles para ADAP tengan acceso a los medicamentos vitales contra el VIH/SIDA. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluidos 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 la Parte D de Medicare 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 1-800-545-7432 (TTY: 1-888-503-7118) o envíeles un correo a: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Para recibir ayuda de BlueMedicare Classic Plus

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para 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 de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, de lunes a viernes. Los sábados, domingos y feriados deberá dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Constancia de Cobertura de 2019* (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 2019. Para obtener más información, consulte la *Constancia de Cobertura 2019* para BlueMedicare Classic Plus. 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. Se le enviará por correo postal una copia de la *Constancia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio de Internet

También puede visitar nuestro sitio de Internet en www.floridablue.com/medicare. Como recordatorio, nuestro sitio de Internet tiene la información más actualizada sobre nuestra Red de Proveedores (Directorio de Proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

Sección 7.2 – Para recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio de Internet de Medicare

Puede visitar el sitio de Internet de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Tiene información sobre calificaciones de calidad, costos y cobertura para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar más información acerca de los planes disponibles en su área usando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio de Internet de Medicare. (Para conocer 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 2019 (Medicare & You 2019)*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2019 (Medicare & You 2019)*. 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 de Internet de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.