



## **Resumen de beneficios para el 2019**

### **Planes Medicare Advantage con cobertura Parte D para medicinas recetadas**

**BlueMedicare Classic (HMO) H1035-020**

**BlueMedicare Premier (HMO) H1035-026**

1 de enero de 2019 - 31 de diciembre de 2019

El área de servicio del plan incluye:  
**Condados de Orange, Osceola y Seminole**

## SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

La información de beneficios es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No menciona todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para recibir una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pregunte sobre la “**Constancia de cobertura**” También puede ver la “Constancia de cobertura” para estos planes en nuestro sitio de Internet, [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare). La Constancia de cobertura incluye una lista completa de los servicios que ofrecemos.

### Usted tiene opciones acerca de cómo recibir su cobertura de Medicare.

- Una opción es obtener la cobertura de Medicare a través de Medicare Original (Medicare con tarifa por servicio prestado). Medicare Original es ofrecido directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es obtener la cobertura de Medicare al inscribirse a un plan de salud de Medicare (como **BlueMedicare Classic (HMO)** y **BlueMedicare Premier (HMO)**).

### Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto le proporciona un resumen de lo que **BlueMedicare Classic (HMO)** y **BlueMedicare Premier (HMO)** cubren y lo que usted paga.

- Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual “**Medicare y Usted**” (Medicare & You). Véalo en el sitio de Internet <http://www.medicare.gov> o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para solicitar una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### Secciones de este folleto

- Lo que debe saber sobre **BlueMedicare Classic (HMO)** y **BlueMedicare Premier (HMO)**
- Prima mensual, deducible y límites de cuánto paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y de hospital cubiertos
- Beneficios de medicinas recetadas

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 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario es de 8:00 am. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes.

### Lo que debe saber sobre BlueMedicare Classic (HMO) y BlueMedicare Premier (HMO)

#### Horarios de atención:

- Desde el 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.
- Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

## SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

### Números de teléfono y sitio de Internet para BlueMedicare Classic (HMO) y BlueMedicare Premier (HMO)

- Si usted es miembro de este plan, llame gratis al 1-800-926-6565, TTY: 1-877-955-8773.
- Si usted no es miembro de este plan, llame gratis al 1-855-601-9465, TTY: 1-877-955-8773.
- Nuestro sitio de Internet: [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare)

### ¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse a **BlueMedicare Classic (HMO) y BlueMedicare Premier (HMO)**, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio para BlueMedicare Classic (HMO) incluye los siguientes condados en Florida: **Orange, Osceola y Seminole**. Nuestra área de servicio para BlueMedicare Premier (HMO) incluye el siguiente condado en Florida: **Orange**.

### ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

**BlueMedicare Classic (HMO) y BlueMedicare Premier (HMO)** tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa los proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios. En general, debe usar farmacias de la red para surtir sus recetas de medicinas cubiertas de la Parte D. Puede ver nuestro directorio de proveedores y de farmacias del plan en nuestro sitio de Internet ([www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare)). O llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

### ¿Qué cubrimos?

Igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que incluye Medicare Original y *mucho más*.

- Los miembros de nuestro plan obtienen *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* Medicare Original. En este folleto se describen algunos de los beneficios adicionales.

Cubrimos medicinas de la Parte D. Además cubrimos medicinas de la parte B para quimioterapia y otras medicinas administradas por su proveedor.

- Puede ver la lista completa de medicinas (formulario) del plan (lista de medicinas recetadas de la Parte D) y todas las restricciones en nuestro sitio de Internet [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare).
- O bien, llámenos y nosotros le enviaremos una copia del formulario.

### ¿Cómo puedo determinar el costo de mis medicinas?

Nuestro plan agrupa cada medicina en uno de los seis niveles. Deberá usar su lista de medicinas para saber en qué nivel se encuentra su medicina y determinar cuánto le costará. El monto que pagas depende del nivel de la medicina y el nivel de beneficios al que llegaste. Más adelante en este documento hablaremos sobre las etapas que ocurren en los beneficios: Cobertura inicial, Brecha en la cobertura y Cobertura para eventos catastróficos.

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Classic (HMO)  
Orange, Osceola y Seminole

BlueMedicare Premier (HMO)  
Orange

### PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES DE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

<p><b>¿Cuánto es la prima mensual?</b></p>	<p>Usted no paga una prima mensual del plan por separado para BlueMedicare Classic (HMO). Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Usted no paga una prima mensual del plan por separado para BlueMedicare Premier (HMO). Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.</p>
<p><b>¿Cuánto es el deducible?</b></p>	<p>Este plan no tiene deducible.</p>	<p>Este plan no tiene deducible.</p>
<p><b>¿Hay un límite en cuánto debo pagar por mis servicios cubiertos?</b></p>	<p>Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, este plan lo protege al tener límites anuales de gastos a su cargo por atención médica y hospitalización. Su límite anual en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$6,500 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> </ul> <p>Si usted alcanza el límite de gastos a su cargo, sigue obteniendo cobertura por hospitalización y atención médica y nosotros pagaremos el costo total por el resto del año.</p> <p><b>Nota:</b> Las cantidades que paga por las medicinas de la Parte D y servicios dentales, para la audición y la vista que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare no cuentan para su máximo de costos a su cargo.</p>	<p>Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, este plan lo protege al tener límites anuales de gastos a su cargo por atención médica y hospitalización. Su límite anual en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$5,000 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> </ul> <p>Si usted alcanza el límite de gastos a su cargo, sigue obteniendo cobertura por hospitalización y atención médica y nosotros pagaremos el costo total por el resto del año.</p> <p><b>Nota:</b> Las cantidades que paga por las medicinas de la Parte D y servicios dentales, para la audición y la vista que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare no cuentan para su máximo de costos a su cargo.</p>

### BENEFICIOS MÉDICOS Y DE HOSPITAL CUBIERTOS

<p><b>Atención para pacientes hospitalizados</b></p>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para recibir atención que no sea de emergencia para pacientes hospitalizados.</i></b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-7: \$225 de copago por día.</li> <li>• Después del día 7, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.</li> </ul>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para recibir atención que no sea de emergencia para pacientes hospitalizados.</i></b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-7: \$125 de copago por día.</li> <li>• Después del día 7, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.</li> </ul>
--	--	--

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Classic (HMO) Orange, Osceola y Seminole	BlueMedicare Premier (HMO) Orange
<b>Atención en el hospital para pacientes ambulatorios</b>	<p><i>Se requiere autorización previa para servicios ambulatorios en un hospital cubiertos por Medicare. (No aplica a los servicios de observación.)</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Servicios ambulatorios en un hospital cubiertos por Medicare (excepto servicios de observación): \$200 de copago por visita.</p> <p>Servicios de observación cubiertos por Medicare: \$90 de copago por visita.</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para servicios ambulatorios en un hospital cubiertos por Medicare. (No aplica a los servicios de observación.)</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Servicios ambulatorios en un hospital cubiertos por Medicare (excepto servicios de observación): \$85 de copago por visita.</p> <p>Servicios de observación cubiertos por Medicare: \$90 de copago por visita.</p>
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Visita al médico de atención primaria: \$0 de copago.</p> <p>Visita al especialista<sup>1</sup>: \$35 de copago.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Visita al médico de atención primaria: \$0 de copago.</p> <p>Visita al especialista<sup>1</sup>: \$25 de copago</p>
<b>Servicios preventivos</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No paga nada por todos los servicios preventivos que Medicare Original cubre sin un costo compartido.</p> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No paga nada por todos los servicios preventivos que Medicare Original cubre sin un costo compartido.</p> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.</p>
<b>Atención de emergencia</b>	<p>Si es inmediatamente admitido al hospital, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia. Vea la sección de "Atención médica en el hospital para pacientes hospitalizados" de este folleto si necesita información sobre otros costos.</p> <p><b><u>Servicios dentro y fuera de la red:</u></b> \$90 de copago.</p>	<p>Si es inmediatamente admitido al hospital, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia. Vea la sección de "Atención médica en el hospital para pacientes hospitalizados" de este folleto si necesita información sobre otros costos.</p> <p><b><u>Servicios dentro y fuera de la red:</u></b> \$90 de copago.</p>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Classic (HMO)  
Orange, Osceola y Seminole

BlueMedicare Premier (HMO)  
Orange

	BlueMedicare Classic (HMO) Orange, Osceola y Seminole	BlueMedicare Premier (HMO) Orange
	<p><b><u>Cobertura de emergencia/urgencia a nivel mundial</u></b></p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial. <b>La cobertura de emergencia a nivel mundial no incluye el transporte de emergencia.</b> Si es inmediatamente admitido al hospital, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia/urgencia. Hay un límite de \$25,000 para cobertura de emergencia a nivel mundial.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> \$125 de copago.</p>	<p><b><u>Cobertura de emergencia/urgencia a nivel mundial</u></b></p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial. <b>La cobertura de emergencia mundial no incluye el transporte de emergencia.</b> Si es inmediatamente admitido al hospital, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia/urgencia. Hay un límite de \$25,000 para cobertura de emergencia a nivel mundial.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> \$125 de copago.</p>
<b>Servicios de urgencia necesarios</b>	<p><b>Servicios de urgencia necesarios cubiertos por Medicare</b></p> <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b></p> <p>\$10 de copago en un centro de atención de consultas sin cita previa</p> <p>\$35 de copago en un Centro de atención de urgencia</p> <p><b><u>Cobertura de emergencia/urgencia a nivel mundial</u></b></p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial <b>La cobertura de emergencia mundial no incluye el transporte de emergencia.</b> Hay un límite de \$25,000 para cobertura de emergencia/urgencia a nivel mundial.</p> <p>\$125 de copago</p>	<p><b>Servicios de urgencia necesarios cubiertos por Medicare</b></p> <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b></p> <p>\$0 de copago en un centro de atención de consultas sin cita previa</p> <p>\$20 de copago en un Centro de atención de urgencia.</p> <p><b><u>Cobertura de emergencia/urgencia a nivel mundial</u></b></p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial <b>La cobertura de emergencia mundial no incluye el transporte de emergencia.</b> Hay un límite de \$25,000 para cobertura de emergencia/urgencia a nivel mundial.</p> <p>\$125 de copago</p>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Classic (HMO) Orange, Osceola y Seminole	BlueMedicare Premier (HMO) Orange
<b>Servicios de diagnóstico/ Laboratorio/Imágenes<sup>1</sup></b>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Para obtener información adicional, llame a Servicios para miembros.</i></b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Servicios de laboratorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 en un laboratorio clínico independiente.</li> <li>• \$35 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios</li> </ul> <p><b>Radiografías</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$25 en un establecimiento para servicios de diagnóstico independiente (IDTF).</li> <li>• \$250 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios</li> </ul> <p><b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b></p> <p>(por ejemplo, Imagen de Resonancia Magnética [MRI], Tomografía por Emisión de Positrones [PET], Tomografía Computarizada [CT Scan])</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$100 de copago en consultorios de médicos especialistas</li> <li>• \$100 de copago en un IDTF</li> <li>• \$250 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios.</li> </ul> <p><b>Terapia de radiación</b></p> <p>20% del coseguro</p>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Para obtener información adicional, llame a Servicios para miembros.</i></b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Servicios de laboratorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 en un laboratorio clínico independiente.</li> <li>• \$35 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios.</li> </ul> <p><b>Radiografías</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 en un establecimiento para servicios de diagnóstico independiente (IDTF).</li> <li>• \$100 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios</li> </ul> <p><b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b></p> <p>(por ejemplo, Imagen de Resonancia Magnética [MRI], Tomografía por Emisión de Positrones [PET], Tomografía Computarizada [CT Scan])</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$25 de copago en consultorios de médicos especialistas.</li> <li>• \$25 de copago en un IDTF.</li> <li>• \$150 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios.</li> </ul> <p><b>Terapia de radiación</b></p> <p>20% del coseguro</p>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Classic (HMO) Orange, Osceola y Seminole	BlueMedicare Premier (HMO) Orange
<b>Servicios para la audición</b>	<p><b>Servicios para la audición cubiertos por Medicare<sup>1</sup></b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: \$35 de copago.</p> <p><b>Servicios de rutina para la audición</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de rutina para la audición (1 por año): \$0 de copago.</li> <li>\$0 de copago para la evaluación y el ajuste de audífonos.</li> <li>Hasta dos audífonos por año con un copago de \$699 o \$999 por audífono.</li> </ul>	<p><b>Servicios de audición cubiertos por Medicare<sup>1</sup></b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: \$25 de copago.</p> <p><b>Servicios de audición rutinarios</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de rutina para la audición (1 por año): \$0 de copago.</li> <li>\$0 de copago para la evaluación y el ajuste de audífonos.</li> <li>\$1,000 de asignación cada año para audífonos de cualquier modelo</li> </ul>
<b>Servicios dentales</b>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.</i></b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b></p> <p>(cuidados dentales que no son 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) \$35 de copago.</p> <p><b>Servicios dentales adicionales</b></p> <p>(limpiezas, exámenes orales, radiografías, extracción de un diente erupcionado o de la raíz expuesta, ajuste de prótesis total o parcial \$0 de copago.</p>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.</i></b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b></p> <p>(cuidados dentales que no son 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) \$25 de copago.</p> <p><b>Servicios dentales adicionales</b></p> <p>\$0 de copago después de un deducible de \$50 hasta el máximo anual de \$6,000. El deducible no se aplica a exámenes orales, profilaxis (limpiezas) o radiografías.</p>



## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Classic (HMO) Orange, Osceola y Seminole	BlueMedicare Premier (HMO) Orange
<b>Servicios para la vista</b>	<p><b><i>No se requiere autorización previa para exámenes de detección del glaucoma y exámenes de retina para diabéticos.</i></b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Servicios para la vista cubiertos por Medicare<sup>1</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 de copago por servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista.</li> <li>• \$0 de copago por pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para miembros con alto riesgo de glaucoma).</li> <li>• \$0 de copago por exámenes de retina para diabéticos.</li> <li>• \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas.</li> </ul> <p><b>Servicios para la vista adicionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por un examen de rutina anual para la vista.</li> <li>• \$100 de asignación por año para la compra de anteojos, monturas o lentes de contacto.</li> </ul>	<p><b><i>No se requiere autorización previa para exámenes de detección del glaucoma y exámenes de retina para diabéticos.</i></b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Servicios para la vista cubiertos por Medicare<sup>1</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$25 de copago por servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista</li> <li>• \$0 de copago por pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para miembros con alto riesgo de glaucoma).</li> <li>• \$0 de copago por exámenes de retina para diabéticos.</li> <li>• \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas.</li> </ul> <p><b>Servicios para la vista adicionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por un examen de rutina anual para la vista.</li> <li>• \$200 de asignación por año para la compra de anteojos, monturas o lentes de contacto.</li> </ul>
<b>Servicios de salud mental</b>	<p><b>Cuidados de salud mental para pacientes hospitalizados</b></p> <p><b><i>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia.</i></b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-5: \$300 de copago por día.</li> <li>• Días 6-90: \$0 de copago por día.</li> </ul> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para servicios de salud mental de</p>	<p><b>Cuidados de salud mental para pacientes hospitalizados</b></p> <p><b><i>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia.</i></b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-9: \$150 de copago por día.</li> <li>• Días 10-90: \$0 de copago por día.</li> </ul> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para servicios de salud mental de pacientes</p>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Classic (HMO) Orange, Osceola y Seminole	BlueMedicare Premier (HMO) Orange
	<p>pacientes hospitalizados en un centro psiquiátrico. El límite de servicios médicos para pacientes hospitalizados no aplica a los servicios mentales para pacientes hospitalizados que se brindan en un hospital general.</p> <p><b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <p><i>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$40 de copago.</p>	<p>hospitalizados en un centro psiquiátrico. El límite de servicios médicos para pacientes hospitalizados no aplica a los servicios mentales para pacientes hospitalizados que se brindan en un hospital general.</p> <p><b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <p><i>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$40 de copago.</p>
<b>Centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>	<p><i>Se requiere autorización previa para estadías en un SNF.</i></p> <p>Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un SNF por periodo de beneficios.</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Días 1-20: \$0 de copago por día</li> <li>Días 21-100: \$160 de copago por día.</li> </ul>	<p><i>Se requiere autorización previa para estadías en un SNF.</i></p> <p>Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un SNF por periodo de beneficios.</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Días 1-20: \$0 de copago por día.</li> <li>Días 21-100: \$160 de copago por día.</li> </ul>
<b>Fisioterapia<sup>1</sup></b>	<p><i>Se requiere autorización previa para todos los servicios de fisioterapia.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$35 de copago.</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para todos los servicios de fisioterapia.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$25 de copago.</p>
<b>Ambulancia</b>	<p><i>Se requiere autorización previa para recibir servicios de ambulancia que no son de emergencia.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>\$300 de copago por cada viaje cubierto por Medicare (viaje de ida).</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para recibir servicios de ambulancia que no son de emergencia.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red</u></b></p> <p>\$200 de copago por cada viaje cubierto por Medicare (viaje de ida).</p>
<b>Transporte</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Sin cobertura.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$0 de copago (48 viajes de ida por año a establecimientos clínicos).</p>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Classic (HMO)  
Orange, Osceola y Seminole

BlueMedicare Premier (HMO)  
Orange

	BlueMedicare Classic (HMO) Orange, Osceola y Seminole	BlueMedicare Premier (HMO) Orange
<b>Medicinas de la parte B de Medicare</b>	<p><b><i>Se necesitará una autorización previa para las medicinas recetadas de la parte B cubiertos por Medicare excepto para inyecciones antialérgicas.</i></b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• \$5 de copago por inyecciones antialérgicas.</li><li>• 20% del coseguro para medicinas de quimioterapia y otras medicinas cubiertas por la Parte B de Medicare</li></ul>	<p><b><i>Se necesitará una autorización previa para las medicinas recetadas de la parte B cubiertos por Medicare excepto para inyecciones antialérgicas.</i></b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• \$5 de copago por inyecciones antialérgicas.</li><li>• 20% del coseguro para medicinas de quimioterapia y otras medicinas cubiertas por la Parte B de Medicare</li></ul>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Classic (HMO)  
Orange, Osceola y Seminole

BlueMedicare Premier (HMO)  
Orange

### BENEFICIOS DE MEDICINAS RECETADAS

Etapa de deducible Este plan no tiene deducible.  Etapa de cobertura inicial Usted comienza a estar en esta etapa cuando obtiene su primera medicina recetada del año. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicinas y usted paga su parte del costo. Usted se mantiene en esta etapa hasta que sus costos totales anuales por medicinas (costos totales de medicinas pagados por usted y cualquier plan de la Parte D) alcancen los \$3,820. Puede obtener sus medicinas en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo.	Costo compartido de una farmacia minorista preferida			Costo compartido de una farmacia minorista preferida		
	Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses	Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
	Nivel 1 (Genérica preferida)	\$0 de copago	\$0 de copago	Nivel 1 (Genérica preferida)	\$0 de copago	\$0 de copago
	Nivel 2 (Genérica)	\$10 de copago	\$30 de copago	Nivel 2 (Genérica)	\$0 de copago	\$0 de copago
	Nivel 3 (Marca preferida)	\$40 de copago	\$120 de copago	Nivel 3 (Marca preferida)	\$30 de copago	\$90 de copago
	Nivel 4 (Medicina no preferida)	\$93 de copago	\$279 de copago	Nivel 4 (Marca no preferida)	\$93 de copago	\$279 de copago
	Nivel 5 (Nivel especializado)	33% de coseguro	No aplica	Nivel 5 (Nivel especializado)	33% de coseguro	No aplica
	Nivel 6 (Medicinas Select Care)	\$0 de copago	\$0 de copago	Nivel 6 (Medicinas Select Care)	\$0 de copago	\$0 de copago

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Classic (HMO)  
Orange, Osceola y Seminole

BlueMedicare Premier (HMO)  
Orange

Cobertura inicial para minoristas estándar	Costo compartido de una farmacia minorista estándar			Costo compartido de una farmacia minorista estándar		
	Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses	Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
	Nivel 1 (Genérica preferida)	\$15 de copago	\$45 de copago	Nivel 1 (Genérica preferida)	\$10 de copago	\$30 de copago
	Nivel 2 (Genérica)	\$20 de copago	\$60 de copago	Nivel 2 (Genérica)	\$11 de copago	\$33 de copago
	Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 de copago	\$141 de copago	Nivel 3 (Marca preferida)	\$40 de copago	\$120 de copago
	Nivel 4 (Marca no preferida)	\$100 de copago	\$300 de copago	Nivel 4 (Marca no Preferida)	\$100 de copago	\$300 de copago
	Nivel 5 (Nivel especializado)	33% del coseguro	No aplica	Nivel 5 (Nivel especializado)	33% del coseguro	No aplica
	Nivel 6 (Medicinas Select Care)	\$0 de copago	\$0 de copago	Nivel 6 (Medicinas Select Care)	\$0 de copago	\$0 de copago

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Classic (HMO)  
Orange, Osceola y Seminole

BlueMedicare Premier (HMO)  
Orange

Cobertura inicial Orden por correo	Orden por correo			Orden por correo		
	Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses	Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
	Nivel 1 (Genérica preferida)	\$0 de copago	\$0 de copago	Nivel 1 (Genérica preferida)	\$0 de copago	\$0 de copago
	Nivel 2 (Genérica)	\$10 de copago	\$30 de copago	Nivel 2 (Genérica)	\$0 de copago	\$0 de copago
	Nivel 3 (Marca preferida)	\$40 de copago	\$120 de copago	Nivel 3 (Marca preferida)	\$30 de copago	\$90 de copago
	Nivel 4 (Marca no preferida)	\$93 de copago	\$279 de copago	Nivel 4 (Marca no preferida)	\$93 de copago	\$279 de copago
	Nivel 5 (Nivel especializado)	33% de coseguro	No aplica	Nivel 5 (Nivel especializado)	33% de coseguro	No aplica
	Nivel 6 (Medicinas Select Care)	\$0 de copago	\$0 de copago	Nivel 6 (Medicinas Select Care)	\$0 de copago	\$0 de copago
	<p>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. Llámenos o consulte la "Constancia de cobertura" del plan en nuestro sitio de Internet (<a href="http://www.floridablue.com/medicare">www.floridablue.com/medicare</a>) para encontrar información completa de los costos de las medicinas cubiertas.</p> <p>Si lo solicita y el plan aprueba una excepción al formulario, usted pagará el Nivel 4: Costo compartido de medicina no preferida.</p>			<p>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. Llámenos o consulte la "Constancia de cobertura" del plan en nuestro sitio de Internet (<a href="http://www.floridablue.com/medicare">www.floridablue.com/medicare</a>) para encontrar información completa de los costos de las medicinas cubiertas.</p> <p>Si lo solicita y el plan aprueba una excepción al formulario, usted pagará el Nivel 4: Costo compartido de medicina no preferida.</p>		

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Classic (HMO) Orange, Osceola y Seminole	BlueMedicare Premier (HMO) Orange
<b>Etapas de brecha en la cobertura</b>	<p>La mayoría de los planes de medicinas de Medicare tiene una brecha de cobertura (llamada también "donut hole"). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicinas. La brecha en la cobertura comienza después del costo anual total de la medicina (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted haya pagado) y alcanza los \$3,820.</p> <p>Durante la etapa de brecha en la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial para las medicinas de <b>Nivel 1 (Genéricas preferidas), Nivel 2 (Genéricas) y Nivel 6 (Medicinas Select Care)</b> – o el 37% del costo, lo que sea menor.</li> <li>• Para medicinas genéricas en los demás niveles, usted paga el 37% del costo.</li> <li>• Para medicinas de marca, paga el 25% del costo (más una parte de la tarifa de suministro).</li> </ul> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los <b>"gastos a su cargo"</b> del año a la fecha alcancen un total de \$5,100.</p>	<p>La mayoría de los planes de medicinas de Medicare tiene una brecha de cobertura (llamada también "donut hole"). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicinas. La brecha en la cobertura comienza después del costo anual total de la medicina (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted haya pagado) y alcanza los \$3,820.</p> <p>Durante la etapa de brecha en la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial para las medicinas de <b>Nivel 1 (Genéricas preferidas), Nivel 2 (Genéricas) y Nivel 6 (Medicinas Select Care)</b> – o el 37% del costo, lo que sea menor.</li> <li>• Para medicinas genéricas en los demás niveles, usted paga el 37% del costo.</li> <li>• Para medicinas de marca, paga el 25% del costo (más una parte de la tarifa de suministro).</li> </ul> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los <b>"gastos a su cargo"</b> del año a la fecha alcancen un total de \$5,100.</p>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Classic (HMO) Orange, Osceola y Seminole	BlueMedicare Premier (HMO) Orange
<b>Etapas de cobertura para eventos catastróficos</b>	<p>Después que los gastos anuales a su cargo por medicinas (incluyendo las medicinas compradas a través de su farmacia minorista y a través del servicio de orden por correo) alcancen \$5,100, usted paga el costo mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$3.40 de copago por medicinas genéricas (incluyendo medicinas de marca tratadas como genéricas) y \$8.50 de copago por todas las otras medicinas.</li> <li>• 5% del costo.</li> </ul>	<p>Después que los gastos anuales a su cargo por medicinas (incluyendo las medicinas compradas a través de su farmacia minorista y a través del servicio de orden por correo) alcancen \$5,100, usted paga el costo mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$3.40 de copago por medicinas genéricas (incluyendo medicinas de marca tratadas como genéricas) y \$8.50 de copago por todas las otras medicinas o</li> <li>• 5% del costo</li> </ul>

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. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-855-601-9465 si necesita más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you.

Call 1-800-926-6565 (TTY: 1-800-955-8770).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de traducción sin cargo.

Llame al 1-800-926-6565 (TTY: 1-877-955-8773).

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.