



Resumen de beneficios para el 2019

Planes Medicare Advantage con cobertura Parte D para medicinas recetadas

BlueMedicare Complete (HMO SNP) H1035-029

BlueMedicare Complete (HMO SNP) H1035-030

1 de enero de 2019 - 31 de diciembre de 2019

El área de servicio del plan incluye:

Condados de Orange, Hillsborough y Polk

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Este folleto le proporciona 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. La Constancia de Cobertura incluye una lista completa de los servicios que ofrecemos.

Usted tiene opciones acerca de cómo recibir sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener la cobertura de Medicare a través de Medicare Original (fee-for-service Medicare - Medicare con tarifa por servicio prestado). Medicare Original es ofrecido directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare al inscribirse a un plan de salud de Medicare (como **BlueMedicare Complete (HMO SNP)**).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto de Resumen de beneficios le proporciona un resumen de lo que **BlueMedicare Complete (HMO SNP)** cubre 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 los planes **BlueMedicare Complete (HMO SNP)**
- 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 a. m. a 8:00 p. m. hora local, de lunes a viernes.

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

Horario de atención:

- Del 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.
- Del 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 Complete (HMO SNP)

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

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en **BlueMedicare Complete (HMO SNP)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y recibir ciertos niveles de asistencia del Programa de asistencia médica de Florida (Medicaid). Si usted recibe beneficios de Medicare y de Medicaid, esto significa que es doblemente elegible. **BlueMedicare Complete (HMO SNP)** puede inscribir a personas doblemente elegibles que estén en los programas SMLB, SLMB Plus, QMB, QMB Plus, FBDE, QI y QDWI. Además, debe vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio para **BlueMedicare Complete (HMO SNP)** incluye los siguientes condados en Florida: **Hillsborough, Orange y Polk**

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

BlueMedicare Complete (HMO SNP) tiene 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)

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.
- O bien, llámenos y nosotros le enviaremos una copia del formulario.

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

¿Cómo puedo determinar el costo de mis medicinas?

Nuestro plan agrupa cada medicina en uno de los cinco "niveles". Deberá usar su lista de medicinas para saber en qué nivel se encuentra su medicina y determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel de la medicina y el nivel de beneficios que ha alcanzado. Más adelante en este documento hablaremos sobre las etapas que ocurren en los beneficios: Etapa de deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa de brecha en la cobertura y Etapa de cobertura para eventos catastróficos.

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Complete (HMO SNP)
Orange

BlueMedicare Complete (HMO SNP)
Hillsborough y Polk

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

<p>¿Cuánto es la prima mensual?</p>	<p>\$30.30 por mes. Según su nivel de asistencia, usted paga una prima baja o no paga nada por la prima. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p>	<p>\$30.30 por mes. Según su nivel de asistencia, usted paga una prima baja o no paga nada por la prima. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p>
<p>¿Cuánto es el deducible?</p>	<p>Este plan no tiene deducible.</p>	<p>Este plan no tiene deducible.</p>
<p>¿Hay un límite de cuánto debo pagar por mis servicios cubiertos?</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"> • \$6,700 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red. <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. Nota: (Las cantidades que paga por medicinas de la Parte D y servicios dentales, de audición y de la vista que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare no cuentan para el 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"> • \$6,700 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. <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. Nota: (Los montos que paga por las medicinas de la Parte D y los servicios dentales, de audición y de la vista que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare no cuentan para el máximo de costos a su cargo.)</p>

BENEFICIOS CUBIERTOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN

<p>Atención para pacientes hospitalizados</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para recibir atención que no sea de emergencia para pacientes hospitalizados.</i></p> <p><u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago por día</p> <p><u>Medicaid:</u> \$0 de copago por admisión para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para recibir atención que no sea de emergencia para pacientes hospitalizados.</i></p> <p><u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago por día</p> <p><u>Medicaid:</u> \$0 de copago por admisión para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>
--	--	--

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Orange	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Hillsborough y Polk
Atención en el hospital para pacientes ambulatorios	<p><i>Se requiere autorización previa para servicios ambulatorios en un hospital cubiertos por Medicare. (No aplica a servicios de observación).</i></p> <p><u>Dentro de la red:</u> Servicios ambulatorios en un hospital cubiertos por Medicare (excepto servicios de observación): \$0 de copago por visita Servicios de observación cubiertos por Medicare: \$0 de copago por visita</p> <p><u>Medicaid:</u> \$3 de copago por visita, si no está exento de los costos compartidos.</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para servicios ambulatorios en un hospital cubiertos por Medicare. (No aplica a servicios de observación).</i></p> <p><u>Dentro de la red:</u> Servicios ambulatorios en un hospital cubiertos por Medicare (excepto servicios de observación): \$0 de copago por visita Servicios de observación cubiertos por Medicare: \$0 de copago por visita</p> <p><u>Medicaid:</u> \$3 de copago por visita, si no está exento de los costos compartidos.</p>
Visitas al consultorio del médico	<p><u>Dentro de la red:</u> Visita al médico de cabecera: \$0 de copago. Visita al especialista¹: \$0 de copago.</p> <p><u>Medicaid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$2 de copago por proveedor o grupo de proveedores, por día, si no está exento de los costos compartidos. • \$3 de copago para servicios profesionales en un centro de salud rural (RHC) o centro de salud con calificación federal (FQHC) únicamente, por clínica, por día, si no está exento de los costos compartidos. 	<p><u>Dentro de la red:</u> Visita al médico de cabecera: \$0 de copago. Visita al especialista¹: \$0 de copago.</p> <p><u>Medicaid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$2 de copago por proveedor o grupo de proveedores, por día, si no está exento de los costos compartidos. • \$3 de copago para servicios profesionales en un centro de salud rural (RHC) o centro de salud con calificación federal (FQHC) únicamente, por clínica, por día, si no está exento de los costos compartidos.
Servicios preventivos	<p><u>Dentro de la red:</u> No paga nada por todos los servicios preventivos que Medicare Original cubre con cero de costo compartido. Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> No paga nada por todos los servicios preventivos que Medicare Original cubre con cero de costo compartido. Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.</p>

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Orange	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Hillsborough y Polk
	<p><u>Medicaid:</u></p> <p>\$3 de copago para exámenes de diagnóstico preventivos cubiertos proporcionados en un centro de salud rural (RHC) o centro de salud con calificación federal (FQHC) únicamente, por clínica, por día, si no está exento de los costos compartidos.</p>	<p><u>Medicaid:</u></p> <p>\$3 de copago para exámenes de diagnóstico preventivos cubiertos provistos en un centro de salud rural (RHC) o centro de salud con calificación federal (FQHC) únicamente, por clínica, por día, si no está exento de los costos compartidos.</p>
Atención de emergencia	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$0 de copago.</p> <p><u>Medicaid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$3 de copago por visita, si no está exento de los costos compartidos. • 5% del coseguro hasta los primeros \$300 del pago de Medicaid para cada visita a la sala de emergencia para servicios que no son de emergencia, que no superen los \$15. 	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$0 de copago.</p> <p><u>Medicaid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$3 de copago por visita, si no está exento de los costos compartidos. • 5% del coseguro hasta los primeros \$300 del pago de Medicaid para cada visita a la sala de emergencia para servicios que no son de emergencia, que no superen los \$15.
Servicios de urgencia necesarios	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$0 de copago.</p> <p><u>Medicaid:</u></p> <p>\$2 de copago para servicios prestados en un consultorio profesional, por proveedor o grupo de proveedores, por día, si no está exento de los costos compartidos.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$0 de copago.</p> <p><u>Medicaid:</u></p> <p>\$2 de copago para servicios prestados en un consultorio profesional, por proveedor o grupo de proveedores, por día, si no está exento de los costos compartidos.</p>
Servicios de diagnóstico/Laboratorio/Imágenes¹	<p><i>Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Para recibir más información, llame a Servicios para miembros.</i></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Servicios de laboratorio</p> <p>No paga nada en un laboratorio clínico independiente o establecimiento de cuidados ambulatorios</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Para recibir más información, llame a Servicios para miembros.</i></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Servicios de laboratorio</p> <p>No paga nada en un laboratorio clínico independiente o establecimiento de cuidados ambulatorios</p>

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Complete (HMO SNP) Orange

BlueMedicare Complete (HMO SNP) Hillsborough y Polk

	<p>Radiografías</p> <p>No paga nada en un centro independiente de pruebas de diagnóstico (IDTF) o establecimiento de cuidados ambulatorios</p> <p>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (por ejemplo, Imagen de Resonancia Magnética [MRI], Tomografía por Emisión de Positrones [PET], Tomografía Computarizada [CT Scan])</p> <p>No paga nada en el consultorio de un especialista, en un IDTF o establecimiento de cuidados ambulatorios</p> <p>Terapia de radiación</p> <p>No paga nada</p> <p>Medicaid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1 de copago para servicios de laboratorio independiente, por proveedor, por día, si no está exento de los costos compartidos. • \$1 de copago para servicios ambulatorios de radiografías, por proveedor, por día, si no está exento de los costos compartidos. • \$2 de copago por proveedor o grupo de proveedores, por día, si no está exento de los costos compartidos. • \$3 de copago para servicios prestados en un centro de salud rural (RHC) o centro de salud con calificación federal (FQHC) únicamente, por clínica, por día, si no está exento de los costos compartidos. 	<p>Radiografías</p> <p>No paga nada en un centro independiente de pruebas de diagnóstico (IDTF) o establecimiento de cuidados ambulatorios</p> <p>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (por ejemplo, Imagen de Resonancia Magnética [MRI], Tomografía por Emisión de Positrones [PET], Tomografía Computarizada [CT Scan])</p> <p>No paga nada en el consultorio de un especialista, en un IDTF o establecimiento de cuidados ambulatorios</p> <p>Terapia de radiación</p> <p>No paga nada</p> <p>Medicaid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1 de copago para servicios de laboratorio independiente, por proveedor, por día, si no está exento de los costos compartidos. • \$1 de copago para servicios ambulatorios de radiografías, por proveedor, por día, si no está exento de los costos compartidos. • \$2 de copago por proveedor o grupo de proveedores, por día, si no está exento de los costos compartidos. • \$3 de copago para servicios prestados en un centro de salud rural (RHC) o centro de salud con calificación federal (FQHC) únicamente, por clínica, por día, si no está exento de los costos compartidos.
--	---	---

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Orange	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Hillsborough y Polk
Servicios para la audición¹	<p><u>Servicios para la audición cubiertos por Medicare</u></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: \$0 de copago.</p> <p>Servicios para la audición que no cubre Medicare:</p> <p>Examen de audición de rutina (1 por año): \$0 de copago.</p> <p>Evaluación y ajuste de audífonos: \$0 de copago.</p> <p>Un beneficio de \$1,000 de asignación máxima por año para cualquier modelo de audífono. (Límite de 2 por año)</p> <p><u>Medicaid:</u></p> <p>\$0 de copago.</p> <p>Para aquellos beneficiarios que tengan pérdida de la audición moderada o mayor, incluidos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un audífono nuevo, completo (no reacondicionado) por oído, cada tres años, por beneficiario. • Hasta tres pares de moldes auditivos por año, por beneficiario. • Un servicio de colocación y entrega por oído, cada tres años, por beneficiario. 	<p><u>Servicios para la audición cubiertos por Medicare:</u></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: \$0 de copago.</p> <p>Servicios para la audición que no cubre Medicare:</p> <p>Examen de audición de rutina (1 por año): \$0 de copago.</p> <p>Evaluación y ajuste de audífonos: \$0 de copago.</p> <p>Un beneficio de \$1,000 de asignación máxima por año para cualquier modelo de audífono. (Límite de 2 por año)</p> <p><u>Medicaid:</u></p> <p>\$0 de copago.</p> <p>Para aquellos beneficiarios que tengan pérdida de la audición moderada o mayor, incluidos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un audífono nuevo, completo (no reacondicionado) por oído, cada tres años, por beneficiario. • Hasta tres pares de moldes auditivos por año, por beneficiario. • Un servicio de colocación y entrega por oído, cada tres años, por beneficiario.

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Orange	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Hillsborough y Polk
Servicios dentales	<p><i>Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Para recibir más información, llame a Servicios para miembros.</i></p> <p>Servicios Dentales Cubiertos por Medicare:</p> <p>Servicios dentales no rutinarios, 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: \$0 de copago.</p> <p>Todos los Servicios Dentales Cubiertos</p> <p>Limpiezas, exámenes orales, radiografías, extracción de un diente erupcionado o de la raíz expuesta, ajuste de prótesis total o parcial, dentaduras postizas, coronas y otros beneficios dentales: Máximo anual de beneficios de \$6,000.</p> <p>Medicaid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$2 de copago para servicios de cirugía oral y maxilofacial por visita al consultorio médico, por día. • \$3 de copago para servicios dentales prestados en un centro de salud con calificación federal (FQHC) únicamente, por clínica, por día, si no está exento de los costos compartidos. <p>Servicios cubiertos para adultos (mayores de 21 años)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación completa cada tres años, por beneficiario. Para los beneficiarios mayores de 21 años, se reembolsa el costo de una evaluación completa con el fin de determinar la necesidad de dentaduras postizas completas o parciales, o servicios centrados en el problema 	<p><i>Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Para recibir más información, llame a Servicios para miembros.</i></p> <p>Servicios Dentales cubiertos por Medicare:</p> <p>Servicios dentales no rutinarios, 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: \$0 de copago.</p> <p>Todos los Servicios Dentales Cubiertos</p> <p>Limpiezas, exámenes orales, radiografías, extracción de un diente erupcionado o de la raíz expuesta, ajuste de prótesis total o parcial, dentaduras postizas, coronas y otros beneficios dentales Máximo anual de beneficios de \$6,000.</p> <p>Medicaid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$2 de copago para servicios de cirugía oral y maxilofacial por visita al consultorio médico, por día. • \$3 de copago para servicios dentales prestados en un centro de salud con calificación federal (FQHC) únicamente, por clínica, por día, si no está exento de los costos compartidos. <p>Servicios cubiertos para adultos (mayores de 21 años)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación completa cada tres años, por beneficiario. Para los beneficiarios mayores de 21 años, se reembolsa el costo de una evaluación completa con el fin de determinar la necesidad de dentaduras postizas completas o parciales, o servicios centrados en el problema

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Orange	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Hillsborough y Polk
	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones limitadas, según las indicaciones médicas • Una serie completa de radiografías intraorales cada tres años, por beneficiario • Una radiografía panorámica cada tres años, por beneficiario • Los siguientes servicios de prótesis para diagnosticar, planear, rehabilitar, fabricar y mantener las dentaduras postizas: <ul style="list-style-type: none"> • Un juego superior, inferior o completo de dentaduras postizas parciales completas o removibles por beneficiario • Un rebase, por dentadura postiza, por 366 días, por beneficiario <p>Traditional Florida Medicaid reembolsa los servicios dentales de emergencia para beneficiarios mayores de 21 años para aliviar el dolor, una infección, o ambos, y los procedimientos esenciales a fin de preparar la boca para las dentaduras postizas.</p> <p>Servicios cubiertos para niños (menores de 21 años)</p> <p>El programa de servicios dentales para niños de Medicaid puede ofrecer un reembolso por servicios generales adyuvantes, servicios de diagnóstico, diagnóstico por imágenes, tratamiento preventivo, procedimientos restauradores, endodónticos, periodontales y quirúrgicos, extracciones, tratamiento de prótesis y ortodoncia, incluidas las dentaduras postizas completas y parciales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones limitadas, según las indicaciones médicas • Una serie completa de radiografías intraorales cada tres años, por beneficiario • Una radiografía panorámica cada tres años, por beneficiario • Los siguientes servicios de prótesis para diagnosticar, planear, rehabilitar, fabricar y mantener las dentaduras postizas: <ul style="list-style-type: none"> • Un juego superior, inferior o completo de dentaduras postizas parciales completas o removibles por beneficiario • Un rebase, por dentadura postiza, por 366 días, por beneficiario <p>Traditional Florida Medicaid reembolsa los servicios dentales de emergencia para beneficiarios mayores de 21 años para aliviar el dolor, una infección, o ambos, y los procedimientos esenciales a fin de preparar la boca para las dentaduras postizas.</p> <p>Servicios cubiertos para niños (menores de 21 años)</p> <p>El programa de servicios dentales para niños de Medicaid puede ofrecer un reembolso por servicios generales adyuvantes, servicios de diagnóstico, diagnóstico por imágenes, tratamiento preventivo, procedimientos restauradores, endodónticos, periodontales y quirúrgicos, extracciones, tratamiento de prótesis y ortodoncia, incluidas las dentaduras postizas completas y parciales.</p>

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Complete (HMO SNP) Orange

BlueMedicare Complete (HMO SNP) Hillsborough y Polk

Servicios para la vista

Se requiere autorización previa para ciertos servicios. (Excepto examen de retina para diabéticos y pruebas de detección de glaucoma). Para recibir más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios para la vista cubiertos por Medicare

\$0 de copago por los siguientes servicios:

- servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista.
- pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para los miembros con alto riesgo de glaucoma).
- exámenes de retina diabética.
- un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata.

Servicios para la vista que no están cubiertos por Medicare

- Examen de rutina para la vista: \$0 de copago. (1 cada año).
- \$200 de asignación por año para la compra de anteojos, monturas o lentes de contacto.

Medicaid:

- \$0 de copago por servicios de ayuda visual.
- \$2 de copago por servicios de optometría, por proveedor o grupo de proveedores, por día, si no está exento de los costos compartidos.
- \$3 de copago por servicios de optometristas proporcionados solamente

Se requiere autorización previa para ciertos servicios. (Excepto examen de retina para diabéticos y pruebas de detección de glaucoma). Para recibir más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios para la vista cubiertos por Medicare

\$0 de copago por los siguientes servicios:

- servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista.
- pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para los miembros con alto riesgo de glaucoma).
- exámenes de retina diabética.
- un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata.

Servicios para la vista que no están cubiertos por Medicare

- Examen de rutina para la vista: \$0 de copago. (1 cada año).
- \$200 de asignación por año para la compra de anteojos, monturas o lentes de contacto.

Medicaid:

- \$0 de copago por servicios de ayuda visual.
- \$2 de copago por servicios de optometría, por proveedor o grupo de proveedores, por día, si no está exento de los costos compartidos.
- \$3 de copago por servicios de optometristas proporcionados solamente

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Orange	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Hillsborough y Polk
	<p>en un Centro de salud rural (RHC) o un Centro de salud con calificación federal (FQHC), por clínica, por día, si no está exento de costos compartidos.</p> <p>Florida Medicaid cubre una montura cada dos años y dos anteojos cada 365 días.</p>	<p>en un Centro de salud rural (RHC) o un Centro de salud con calificación federal (FQHC), por clínica, por día, si no está exento de costos compartidos.</p> <p>Florida Medicaid cubre una montura cada dos años y dos anteojos cada 365 días.</p>
Servicios de salud mental	<p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Se requiere autorización previa para servicios que no son de emergencia.</i></p> <p><u>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</u></p> <p>Limitado a 190 días de por vida para cuidados de salud mental de pacientes internados en un centro psiquiátrico. El límite de cuidados médicos para pacientes hospitalizados no aplica a los servicios mentales para pacientes hospitalizados que se brindan en un hospital general.</p> <p>\$0 de copago por día</p> <p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>\$0 de copago.</p> <p><u>Medicaid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$2 de copago por proveedor, por día, si no está exento de los costos compartidos. • \$3 de copago por servicios de salud mental para pacientes ambulatorios proporcionados solamente en un Centro de salud rural (RHC) o un Centro de salud con calificación federal (FQHC), por clínica, por día, si no está exento de los 	<p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Se requiere autorización previa para servicios que no son de emergencia.</i></p> <p><u>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</u></p> <p>Limitado a 190 días de por vida para cuidados de salud mental de pacientes internados en un centro psiquiátrico. El límite de cuidados médicos para pacientes hospitalizados no aplica a los servicios mentales para pacientes hospitalizados que se brindan en un hospital general.</p> <p>\$0 de copago por día</p> <p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>\$0 de copago.</p> <p><u>Medicaid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$2 de copago por proveedor, por día, si no está exento de los costos compartidos. • \$3 de copago por servicios de salud mental para pacientes ambulatorios proporcionados solamente en un Centro de salud rural (RHC) o un Centro de salud con calificación federal (FQHC), por clínica, por día, si no está exento de los costos compartidos.

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Orange	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Hillsborough y Polk
	costos compartidos.	
Centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	<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><u>Dentro de la red:</u> Días 1-20: \$0 de copago por día Días 21-100: \$0 de copago por día</p> <p><u>Medicaid:</u> \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<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><u>Dentro de la red:</u> Días 1-20: \$0 de copago por día Días 21-100: \$0 de copago por día</p> <p><u>Medicaid:</u> \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Fisioterapia¹	<p><u>Servicios cubiertos por Medicare</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago.</p> <p><u>Medicaid:</u> Terapia física, terapia ocupacional, terapia respiratoria y servicios de patología del habla y el lenguaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por servicios del sistema respiratorio. • \$0 de copago por servicios de fisioterapia. • \$2 de copago por proveedor, por día, por servicios de rehabilitación ambulatoria proporcionados en un consultorio, si no está exento de los costos compartidos. • \$3 de copago por servicios de rehabilitación ambulatorios proporcionados solamente en un Centro de salud rural (RHC) o un 	<p><u>Servicios cubiertos por Medicare</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago.</p> <p><u>Medicaid:</u> Terapia física, terapia ocupacional, terapia respiratoria y servicios de patología del habla y el lenguaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por servicios del sistema respiratorio. • \$0 de copago por servicios de fisioterapia. • \$2 de copago por proveedor, por día, por servicios de rehabilitación ambulatoria proporcionados en un consultorio, si no está exento de los costos compartidos. • \$3 de copago por servicios de rehabilitación ambulatorios proporcionados solamente en un Centro de salud rural (RHC) o un

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Orange	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Hillsborough y Polk
	<p>Centro de salud con calificación federal (FQHC), por clínica, por día, si no está exento de los costos compartidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$3 de copago por visita a un hospital ambulatorio, si no está exento de costos compartidos. 	<p>Centro de salud con calificación federal (FQHC), por clínica, por día, si no está exento de los costos compartidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$3 de copago por visita a un hospital ambulatorio, si no está exento de costos compartidos.
Ambulancia	<p><i>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no son de emergencia.</i></p> <p><u>Dentro de la red y Fuera de la red</u></p> <p>\$0 de copago.</p> <p><u>Medicaid:</u></p> <p>\$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no son de emergencia.</i></p> <p><u>Dentro de la red y Fuera de la red</u></p> <p>\$0 de copago.</p> <p><u>Medicaid:</u></p> <p>\$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Transporte	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$0 de copago.</p> <p>Traslados ilimitados de ida por año calendario a lugares aprobados por el plan para servicios médicos y transporte de medicinas recetadas programado en su área de servicio.</p> <p><u>Medicaid:</u></p> <p>\$1 de copago por viaje de ida.</p> <p>Los Servicios de transporte médico que no son de emergencia (NEMT) solo están disponibles para los beneficiarios elegibles que no puedan obtener transporte por cualquier otro medio (como la familia, los amigos o recursos de la comunidad).</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$0 de copago.</p> <p>Traslados ilimitados de ida por año calendario a lugares aprobados por el plan para servicios médicos y transporte de medicinas recetadas programado en su área de servicio.</p> <p><u>Medicaid:</u></p> <p>\$1 de copago por viaje de ida.</p> <p>Los Servicios de transporte médico que no son de emergencia (NEMT) solo están disponibles para los beneficiarios elegibles que no puedan obtener transporte por cualquier otro medio (como la familia, los amigos o recursos de la comunidad).</p>

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Orange	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Hillsborough y Polk
Medicinas de la parte B de Medicare	<p><i>Se necesitará autorización previa para las medicinas recetadas de la parte B cubiertas por Medicare excepto para inyecciones para alergias.</i></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Medicinas de quimioterapia y otras medicinas cubiertas por la Parte B de Medicare: \$0 de copago.</p> <p>Inyecciones antialérgicas: \$0 de copago.</p> <p><u>Medicaid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago para medicinas recetadas obtenidas a través del programa de Servicios de medicinas recetadas. • \$2 de copago por servicios médicos, por proveedor o grupo de proveedores, por día, si no está exento de los costos compartidos. • \$3 de copago por la administración de medicinas recetadas de la Parte B proporcionados solamente en un Centro de salud rural (RHC) o un Centro de salud con calificación federal (FQHC), por clínica, por día, si no está exento de costos compartidos. 	<p><i>Se necesitará autorización previa para las medicinas recetadas de la parte B cubiertas por Medicare excepto para inyecciones para alergias.</i></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Medicinas de quimioterapia y otras medicinas cubiertas por la Parte B de Medicare: \$0 de copago.</p> <p>Inyecciones antialérgicas: \$0 de copago.</p> <p><u>Medicaid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago para medicinas recetadas obtenidas a través del programa de Servicios de medicinas recetadas. • \$2 de copago por servicios médicos, por proveedor o grupo de proveedores, por día, si no está exento de los costos compartidos. • \$3 de copago por la administración de medicinas recetadas de la Parte B proporcionadas solamente en un Centro de salud rural (RHC) o un Centro de salud con calificación federal (FQHC), por clínica, por día, si no está exento de costos compartidos.

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Complete (HMO SNP)
Orange

BlueMedicare Complete (HMO SNP)
Hillsborough y Polk

BENEFICIOS DE MEDICINAS RECETADAS

Etapa del deducible

Estos planes tienen un deducible de \$415 por medicinas en los niveles 3, 4 y 5.

Etapa de cobertura inicial

Esta etapa de pago comienza cuando usted completa su primera receta del año para las medicinas en los niveles 1, 2 y 6. Para las medicinas en los niveles 3, 4 y 5, debe alcanzar el deducible de la Parte D. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de las 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 estándar en una farmacia minorista preferida

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Genérica preferida)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (Genérica)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 de copago	\$141 de copago
Nivel 4 (Marca no preferida)	\$99 de copago	\$297 de copago
Nivel 5 (Nivel especializado)	25% del coseguro	No aplica
Nivel 6 (Medicinas suplementarias)	\$0 de copago	No aplica

Costo compartido estándar en una farmacia minorista preferida

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Genérica preferida)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (Genérica)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 de copago	\$141 de copago
Nivel 4 (Marca no preferida)	\$99 de copago	\$297 de copago
Nivel 5 (Nivel especializado)	25% del coseguro	No aplica
Nivel 6 (Medicinas suplementarias)	\$0 de copago	No aplica

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Complete (HMO SNP)
Orange

BlueMedicare Complete (HMO SNP)
Hillsborough y Polk

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)	\$0 de copago	\$0 de copago	Nivel 2 (Genérica)	\$0 de copago	\$0 de copago
	Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 de copago	\$141 de copago	Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 de copago	\$141 de copago
	Nivel 4 (Marca no preferida)	\$99 de copago	\$297 de copago	Nivel 4 (Marca no preferida)	\$99 de copago	\$297 de copago
	Nivel 5 (Nivel especializado)	25% del coseguro	No aplica	Nivel 5 (Nivel especializado)	25% del coseguro	No aplica
	Nivel 6 (Medicinas suplementarias)	\$0 de copago	No aplica	Nivel 6 (medicinas suplementarias)	\$0 de copago	No aplica
	<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 (www.floridablue.com/medicare) 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 marca 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 (www.floridablue.com/medicare) 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 marca no preferida</p>		

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Orange	BlueMedicare Complete (HMO SNP) Hillsborough y Polk
Etapas de brecha en la cobertura	<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"> • Paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial para las medicinas de Nivel 1 (Genéricas preferidas), Nivel 2 (Genéricas) y Nivel 6 (Medicinas Select Care) o el 37% del costo, lo que sea menor. • Para medicinas genéricas en los demás niveles, usted paga el 37% del costo. • Para medicinas de marca, paga el 25% del costo (más una parte de la tarifa de suministro). <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los "gastos a su cargo" 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"> • Paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial para las medicinas de Nivel 1 (Genéricas preferidas), Nivel 2 (Genéricas) y Nivel 6 (Medicinas Select Care) o el 37% del costo, lo que sea menor. • Para medicinas genéricas en los demás niveles, usted paga el 37% del costo. • Para medicinas de marca, paga el 25% del costo (más una parte de la tarifa de suministro). <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los "gastos a su cargo" del año a la fecha alcancen un total de \$5,100.</p>
Etapas de cobertura para eventos catastróficos	<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 entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$3.40 de copago por medicinas genéricas (incluyendo medicinas de marca tratadas como genéricas) y \$8.50 de copago por todas las otras medicinas. • 5% del costo 	<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 entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$3.40 de copago por medicinas genéricas (incluyendo medicinas de marca tratadas como genéricas) y \$8.50 de copago por todas las otras medicinas. • 5% del costo

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. 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 Licenciatarias Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. 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: 1-877-955-8773).

ATENCIÓN: Si habla español, tenemos servicios de asistencia lingüística disponibles sin cargo. Llame al 1-800-926-6565 (TTY: 1-877-955-8773).

Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Si usted cumple ciertos requisitos de elegibilidad tanto para Medicare y para Medicaid, es posible que sus primas de la Parte B tengan cobertura completa. Es posible que las primas, copagos, coseguros y deducibles varíen según el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Póngase en contacto con Florida Blue HMO para obtener detalles. Este plan está disponible para los que tengan Asistencia Médica por parte del Estado y de Medicare. Patrocinada por Health Options, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue HMO y la Agencia para la Administración de Atención de la Salud (Agency for Health Care Administration) del Estado de Florida.