



Resumen de beneficios

Planes Medicare Advantage con cobertura Parte D para medicinas recetadas

BlueMedicare Choice (Regional PPO) R3332-001

1 de enero de 2019 - 31 de diciembre de 2019

El área de servicio del plan incluye:
Estado de Florida

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 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 elección es obtener sus beneficios de Medicare al inscribirse a un plan de salud de Medicare como **BlueMedicare Choice (Regional PPO)**.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto le proporciona un resumen de lo que **BlueMedicare Choice (Regional PPO)** 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 **BlueMedicare Choice (Regional PPO)**
- 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, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Lo que debe saber sobre BlueMedicare Choice (Regional PPO)

Horarios 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 de BlueMedicare Choice (Regional PPO)

- 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 1-800-601-9465 (TTY: 1-877-955-8773).

Nuestro sitio de Internet: www.floridablue.com/medicare

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en **BlueMedicare Choice (Regional PPO)**, debe tener el derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en el área de cobertura. Nuestra área de cobertura incluye este estado: **Florida**.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

BlueMedicare Choice (Regional PPO) una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, podría tener que pagar más 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.

¿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: 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 Choice (Regional PPO)
Estado de Florida****PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES DE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS**

¿Cuánto es la prima mensual?	\$42 por mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
¿Cuánto es el deducible?	\$950 por deducible fuera de la red (OON). \$250 por año para medicinas recetadas de la Parte D no aplicables para los niveles 1, 2 y 6.
¿Hay un límite en cuánto debo pagar por mis servicios cubiertos?	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: <ul style="list-style-type: none"> • \$6,700 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. • \$10,000 para servicios de proveedores combinados dentro y fuera de la red. 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 para 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.

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE HOSPITAL CUBIERTOS

Atención para pacientes hospitalizados	<i>Se requiere autorización previa para recibir atención que no sea de urgencia para pacientes hospitalizados.</i> <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1-5: \$295 de copago por día. • Después del día 5 \$0 de copago por día. <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1-27: Deducible fuera de la red, luego \$495 de copago por día. • Días 28-90: \$0 de copago por día
Atención en el Hospital para pacientes ambulatorios	<i>Se requiere autorización previa para servicios ambulatorios en un hospital cubiertos por Medicare. (No aplica a los servicios de observación)</i> <u>Dentro de la red:</u> Servicios ambulatorios en un hospital cubiertos por Medicare (excepto servicios de observación): <ul style="list-style-type: none"> • 20% por todas las cirugías. • \$150 de copago para todos los otros servicios que no se indican en ningún otro lugar. Servicios de observación cubiertos por Medicare: \$90 de copago.

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOSBlueMedicare Choice (Regional PPO)
Estado de Florida

	<p><u>Fuera de la red:</u> Deducible fuera de la red, luego 50% del coseguro</p>
Visitas al consultorio del médico	<p><u>Dentro de la red:</u> Visita al médico de atención primaria: \$10 de copago. Visita al especialista: \$45 de copago.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Visita al médico de atención primaria: Deducible fuera de la red, luego 50% del coseguro. Visita al especialista: Deducible fuera de la red, luego 50% del coseguro.</p>
Servicios preventivos	<p><u>Dentro de la red:</u> No paga nada por todos los servicios preventivos que Medicare Original cubre sin un costo compartido. Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> 50% del coseguro.</p>
Atención de emergencia	<p>Si es inmediatamente admitido(a) al hospital, no tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia. Vea la sección de "Atención médica en el hospital para pacientes hospitalizados" de este folleto si necesita información sobre otros costos.</p> <p><u>Servicios Dentro de la red y Fuera de la red:</u> \$90 de copago.</p> <p><u>Cobertura de emergencia a nivel mundial</u> La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial La cobertura de emergencia mundial no incluye el transporte de emergencia. Si es inmediatamente admitido(a) al hospital, no tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia. Hay un límite de \$25,000 para cobertura de emergencia a nivel mundial.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> \$125 de copago.</p>
Servicios de urgencia necesarios	<p><u>Dentro de la red y Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago en un Centro de atención de consultas sin cita previa. • \$50 de copago en un Centro de atención de urgencias.

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS**BlueMedicare Choice (Regional PPO)
Estado de Florida**

	<p><u>Cobertura de emergencia mundial/Cobertura para servicios de urgencia</u></p> <p>\$125 de copago.</p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial La cobertura de emergencia mundial no incluye el transporte de emergencia. Hay un límite de \$25,000 para cobertura de emergencia/urgencia a nivel mundial.</p>
<p>Servicios de diagnóstico/ Laboratorio/Imágenes</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Para obtener información adicional, llame a Servicios para miembros.</i></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Servicios de laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none">• \$0 en un laboratorio clínico independiente.• \$40 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios. <p>Radiografías</p> <ul style="list-style-type: none">• \$50 en un establecimiento para servicios de diagnóstico independiente (IDTF).• \$150 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios. <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> <ul style="list-style-type: none">• \$40 de copago en consultorios de médicos especialistas.• \$40 de copago en un IDTF.• \$150 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios. <p>Terapia de radiación</p> <p>20% del coseguro.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Deducible fuera de la red, luego 50% del coseguro.</p>
<p>Servicios para la audición</p>	<p><u>Servicios para la audición cubiertos por Medicare</u></p> <p>(se requerirá un referido de su proveedor de atención primaria (PCP) para un examen de audición cubierto por Medicare)</p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y del equilibrio:</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$45 de copago.</p>

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS**BlueMedicare Choice (Regional PPO)
Estado de Florida**

	<p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Deducible fuera de la red, luego 50% del coseguro.</p> <p>Servicios de audición rutinarios</p> <p><u>Dentro de la red y Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Examen de rutina de la audición (hasta 1 examen por año): \$45 de copago.• \$0 de copago para la evaluación y el ajuste de audífonos.• Hasta 2 audífonos por año (uno por año) con un copago de \$699 o \$999 por audífono.
Servicios dentales	<p><i>Se requiere autorización previa para servicios parciales de hospitalización.</i></p> <p>Servicios Dentales cubiertos por Medicare</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):</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$45 de copago.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Deducible fuera de la red, luego 50% del coseguro.</p>
Servicios para la vista	<p><u>Servicios para la vista cubiertos por Medicare</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• \$45 de copago por servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista.• \$0 por pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para miembros con alto riesgo de glaucoma).• \$0 por exámenes de retina para diabéticos.• \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas. <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Deducible fuera de la red, luego 50% del coseguro.</p> <p>Servicios para la vista adicionales</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Examen para la vista rutinario anual: \$0 de copago.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Examen para la vista rutinario anual: 50% de reembolso.</p>

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS**BlueMedicare Choice (Regional PPO)
Estado de Florida**

Servicios de salud mental	<p><i>Se requiere autorización previa para servicios que no son de emergencia para servicios médicos hospitalarios y ambulatorios.</i></p> <p>Cuidados de salud mental para pacientes hospitalizados</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para servicios de salud mental de 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><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Días 1-5: \$318 de copago por día.• Días 6-90: \$0 de copago por día <p><u>Fuera de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Días 1-27: Deducible fuera de la red, luego \$495 de copago.• Días 28-90: \$0 de copago. <p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$40 de copago.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Deducible fuera de la red, luego \$40 de copago.</p>
Centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	<p><i>Se requiere autorización previa para estancias 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></p> <ul style="list-style-type: none">• Días 1-20: \$0 de copago por día.• Días 21-100: \$160 de copago por día. <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Días 1-58: Deducible fuera de la red, luego \$250 de copago.• Días 59-100: \$0 de copago.
Fisioterapia	<p><i>Se requiere autorización previa para todos los servicios de terapia.</i></p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$40 de copago.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Deducible fuera de la red, luego 50% del coseguro.</p>

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Choice (Regional PPO) Estado de Florida

Ambulancia	<p><i>Se requiere autorización previa para servicios que no son de emergencia.</i></p> <p><u>Dentro de la red:</u> \$225 de copago.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> \$250 de copago.</p>
Transporte	<p><u>Dentro de la red y Fuera de la red</u> Sin cobertura.</p>
Medicinas de la parte B de Medicare	<p><i>Se necesitará una autorización previa para las medicinas recetadas de la parte B cubiertos por Medicare (excepto para inyecciones antialérgicas).</i></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago por inyecciones antialérgicas. • 20% del coseguro para medicinas de quimioterapia y otras medicinas cubiertas por la Parte B de Medicare <p><u>Fuera de la red:</u> Deducible fuera de la red, luego 50% del coseguro.</p>

BENEFICIOS DE MEDICINAS RECETADAS

<p>Etapas de Deducible Este plan tiene un deducible de \$250. El deducible no aplica a los niveles 1, 2 y 6.</p> <p>Etapas de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicinas y usted paga su parte del costo.</p> <p>Usted se mantiene en esta etapa hasta que sus costos totales anuales por medicinas (costos totales</p>	<p>Costo compartido de una farmacia minorista preferida</p> <table border="1" data-bbox="435 1304 1372 1677"> <thead> <tr> <th>Nivel</th> <th>Suministro para un mes</th> <th>Suministro para tres meses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 1 (Genérica preferida)</td> <td>\$0 de copago</td> <td>\$0 de copago</td> </tr> <tr> <td>Nivel 2 (Genérica)</td> <td>\$10 de copago</td> <td>\$30 de copago</td> </tr> <tr> <td>Nivel 3 (Marca preferida)</td> <td>\$47 de copago</td> <td>\$141 de copago</td> </tr> <tr> <td>Nivel 4 (Medicina no preferida)</td> <td>\$100 de copago</td> <td>\$300 de copago</td> </tr> <tr> <td>Nivel 5 (Nivel especializado)</td> <td>28% del coseguro</td> <td>No aplica</td> </tr> <tr> <td>Nivel 6 (Medicinas Select Care)</td> <td>\$0 de copago</td> <td>\$0 de copago</td> </tr> </tbody> </table>	Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses	Nivel 1 (Genérica preferida)	\$0 de copago	\$0 de copago	Nivel 2 (Genérica)	\$10 de copago	\$30 de copago	Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 de copago	\$141 de copago	Nivel 4 (Medicina no preferida)	\$100 de copago	\$300 de copago	Nivel 5 (Nivel especializado)	28% del coseguro	No aplica	Nivel 6 (Medicinas Select Care)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses																				
Nivel 1 (Genérica preferida)	\$0 de copago	\$0 de copago																				
Nivel 2 (Genérica)	\$10 de copago	\$30 de copago																				
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 de copago	\$141 de copago																				
Nivel 4 (Medicina no preferida)	\$100 de copago	\$300 de copago																				
Nivel 5 (Nivel especializado)	28% del coseguro	No aplica																				
Nivel 6 (Medicinas Select Care)	\$0 de copago	\$0 de copago																				

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Choice (Regional PPO) Estado de Florida

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 estándar

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Genérica preferida)	\$10 de copago	\$30 de copago
Nivel 2 (Genérica)	\$20 de copago	\$60 de copago
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 de copago	\$141 de copago
Nivel 4 (Medicina no preferida)	\$100 de copago	\$300 de copago
Nivel 5 (Nivel especializado)	28% del coseguro	No aplica
Nivel 6 (Medicinas Select Care)	\$0 de copago	\$0 de copago

Orden por correo

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Genérica preferida)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (Genérica)	\$10 de copago	\$30 de copago
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 de copago	\$141 de copago
Nivel 4 (Medicina no preferida)	\$100 de copago	\$300 de copago
Nivel 5 (Nivel especializado)	28% del coseguro	No aplica
Nivel 6 (Medicinas Select Care)	\$0 de copago	\$0 de copago

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.

Si lo solicita y el plan aprueba una excepción al formulario, usted pagará el Nivel 4: Costo compartido por medicinas no preferidas.

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Choice (Regional PPO) Estado de Florida

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. 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) 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 de:</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 es un Plan RPPO, que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue depende de la renovación del contrato. Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue, una Licenciataria Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece cobertura de salud. Esta información no es una descripción completa de los beneficios.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no se encuentran en la obligación de atender a miembros de Florida Blue, excepto en caso de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o vea la constancia de cobertura si necesita más información, incluyendo los costos compartidos que aplican a los proveedores fuera de la red.

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).