



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

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

**BlueMedicare Preferred (HMO) H2758-006**

**BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS) H2758-008**

1 de enero de 2019 - 31 de diciembre de 2019

El área de servicio del plan incluye:  
**Condados de Manatee, Pinellas y Sarasota**

## 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](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 (fee-for-service Medicare - 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 Preferred (HMO)** y **BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)**).

### Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto de Resumen de beneficios le da un resumen de lo que **BlueMedicare Preferred (HMO)** y **BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)** 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 Preferred (HMO)** y **BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)**
- 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 Braille y letra grande.

Esta información está disponible de manera gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro número de Servicios para miembros, 1-844-783-5189. (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 7 días de la semana.

### Lo que debe saber sobre **BlueMedicare Preferred (HMO)** y **BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)**

#### Horario de atención:

- Nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana.

#### Números de teléfono y sitio de Internet para **BlueMedicare Preferred (HMO)** y **BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)**

- Si usted es miembro de este plan, llame gratis al 1-844-783-5189, 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)

## SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

### ¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse a **BlueMedicare Preferred (HMO)** y **BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)**, 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 Preferred (HMO)** incluye el siguiente condado en Florida: **Pinellas**. Nuestra área de servicio para **BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)** incluye los siguientes condados en Florida: **Manatee, Pinellas y Sarasota**.

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

**BlueMedicare Preferred (HMO)** y **BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)** 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. Sin embargo, este plan incluye un beneficio de punto de servicio que brinda cobertura para ciertos servicios cuando se reciben de proveedores fuera de la red. Generalmente 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 con 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* Original Medicare. 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 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: Cobertura inicial, Brecha en la cobertura y Cobertura para eventos catastróficos.

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Preferred (HMO)  
Pinellas

BlueMedicare Preferred POS  
(HMO-POS)  
Manatee, Pinellas y Sarasota

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

<p>¿Cuánto es la prima mensual?</p>	<p>Usted no paga una prima mensual del plan por separado para BlueMedicare Preferred (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 Preferred POS (HMO-POS). Debe continuar pagando la 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.</p> <p>Su límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$3,400 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> 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. Aún necesitará pagar sus primas mensuales y el costo compartido de las medicinas recetadas de la Parte D.</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.</p> <p>Su límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$4,900 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> <li>• \$8,000 por los servicios que recibe de proveedores fuera de la red.</li> </ul> <p>Si usted alcanza el límite de gastos a su cargo, sigue recibiendo cobertura por hospitalización y atención médica y nosotros pagaremos el costo total por el resto del año.</p> <p><b>Nota:</b> 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. Aún necesitará pagar sus primas mensuales y el costo compartido de las medicinas recetadas de la Parte D.</p>

## BENEFICIOS CUBIERTOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN

<p><b>Atención para pacientes hospitalizados</b></p>	<p><i>Se requiere autorización previa para recibir atención que no sea de urgencia para pacientes hospitalizados.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-5: \$120 de copago por día</li> <li>• después del día 5: \$0 de copago por día</li> </ul> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Sin cobertura.</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para recibir atención que no sea de urgencia para pacientes hospitalizados.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-5: \$120 de copago por día</li> <li>• después del día 5: \$0 de copago por día</li> </ul> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Después de haber cubierto el deducible de Medicare de \$1,340 por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-60: \$0 de copago por día para atención en el hospital cubierta por Medicare.</li> <li>• Días 61-90: \$335 de copago por día para atención en el hospital cubierta por Medicare.</li> </ul> <p><b>Días de reserva de por vida:</b> \$670 de copago para los días 1 - 60</p>
<p><b>Atención en el hospital para pacientes ambulatorios<sup>1</sup></b></p>	<p><i>Se requiere autorización previa para servicios ambulatorios en un hospital cubiertos por Medicare.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Servicios ambulatorios en un hospital cubiertos por Medicare (excepto servicios de observación): \$100 de copago por visita  Servicios de observación cubiertos por Medicare: \$85 de copago por visita</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para servicios ambulatorios en un hospital cubiertos por Medicare.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Servicios ambulatorios en un hospital cubiertos por Medicare (excepto servicios de observación): \$100 de copago por visita  Servicios de observación cubiertos por Medicare: \$85 de copago por visita</p>
<p><b>Visitas al consultorio del médico</b></p>	<p><i>Se requiere autorización previa para visitas al especialista.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Visita al médico de cabecera: \$0 de copago Visita al especialista<sup>1</sup>: \$15 de copago</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Sin cobertura.</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para visitas al especialista.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Visita al médico de cabecera: \$0 de copago. Visita al especialista<sup>1</sup>: \$25 de copago.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Visita al médico de cabecera: \$30 de copago. Visita al especialista: \$45 de copago.</p>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Preferred (HMO)  
Pinellas

BlueMedicare Preferred POS  
(HMO-POS)  
Manatee, Pinellas y Sarasota

	BlueMedicare Preferred (HMO) Pinellas	BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS) Manatee, Pinellas y Sarasota
<b>Servicios preventivos</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>No paga nada por todos los servicios preventivos que Medicare Original cubre sin 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></p> <p>No paga nada por todos los servicios preventivos que Medicare Original cubre sin 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 admitido al hospital durante las próximas 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia. Vea la sección "Atención médica en el hospital para pacientes hospitalizados" de este folleto si necesita información sobre otros costos.</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$85 de copago</p> <p><b><u>Atención de emergencia 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 urgencia. Hay un límite de \$25,000 para cobertura de emergencia a nivel mundial.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>\$75 de copago</p>	<p>Si es admitido al hospital durante las próximas 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia. Vea la sección "Atención médica en el hospital para pacientes hospitalizados" de este folleto si necesita información sobre otros costos.</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$85 de copago</p> <p><b><u>Atención de emergencia 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 transporte de emergencia.</b> Si es inmediatamente admitido 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><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>\$75 de copago</p>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Preferred (HMO)  
Pinellas

BlueMedicare Preferred POS  
(HMO-POS)  
Manatee, Pinellas y Sarasota

<p><b>Servicios de urgencia necesarios</b></p>	<p><b>Servicios de urgencia necesarios cubiertos por Medicare</b></p> <p>Si es admitido al hospital durante las próximas 48 horas, no aplicará el copago.</p> <p><u><b>Dentro de la red y Fuera de la red</b></u></p> <p>\$0 de copago</p> <p><b>Servicios de urgencia necesarios adicionales</b></p> <p><u><b>Dentro de la red y Fuera de la red</b></u></p> <p>Servicios de urgencia necesarios a nivel mundial</p> <p>\$75 de copago</p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial La cobertura de emergencia a nivel mundial tiene un límite de \$25,000 y no incluye transporte de emergencia. Este copago aplicará si es ingresado en el hospital.</p>	<p><b>Servicios de urgencia necesarios cubiertos por Medicare</b></p> <p>Si es admitido al hospital durante las próximas 48 horas, no aplicará el copago.</p> <p><u><b>Dentro de la red y Fuera de la red</b></u></p> <p>\$25 de copago</p> <p><b>Servicios de urgencia necesarios adicionales</b></p> <p><u><b>Dentro de la red y Fuera de la red</b></u></p> <p>Servicios de urgencia necesarios a nivel mundial</p> <p>\$75 de copago</p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial. La cobertura de emergencia a nivel mundial tiene un límite de \$25,000 y no incluye transporte de emergencia. Este copago aplicará si es ingresado en el hospital.</p>
<p><b>Servicios de diagnóstico/Laboratorio/Imágenes<sup>1</sup></b></p>	<p><i>Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Para recibir más información, llame a Servicios para Miembros.</i></p> <p><u><b>Dentro de la red:</b></u></p> <p><b>Servicios de laboratorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><b>Radiografías</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><b>Ultrasonido de diagnóstico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$5 de copago</li> </ul>	<p><i>Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Para recibir más información, llame a Servicios para Miembros.</i></p> <p><u><b>Dentro de la red:</b></u></p> <p><b>Servicios de laboratorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><b>Radiografías</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$5 de copago</li> </ul> <p><b>Ultrasonido de diagnóstico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$5 de copago</li> </ul>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Preferred (HMO) Pinellas	BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS) Manatee, Pinellas y Sarasota
	<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"> <li>• \$120 de copago</li> </ul> <p>Terapia de radiación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del coseguro</li> </ul>	<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"> <li>• \$120 de copago</li> </ul> <p>Terapia de radiación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del coseguro</li> </ul>
Servicios para la audición	<p>Se necesita autorización previa para exámenes de la audición cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios para la audición cubiertos por Medicare</p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio:</p> <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> Sin cobertura.</p> <p>Servicios de audición de rutina</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por un (1) examen de rutina por año.</li> <li>• No paga nada por colocación/evaluación de audífonos por año.</li> <li>• Este plan no cubre audífonos.</li> </ul>	<p>Se necesita autorización previa para exámenes de la audición cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios para la audición cubiertos por Medicare</p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y del equilibrio:</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago para PCP.</li> <li>• \$25 de copago por especialista.</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> Sin cobertura.</p> <p>Servicios de audición de rutina</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por un (1) examen de rutina por año.</li> <li>• No paga nada por colocación/evaluación de audífonos por año.</li> <li>• Este plan no cubre audífonos.</li> </ul>



## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Preferred (HMO)  
Pinellas

BlueMedicare Preferred POS  
(HMO-POS)  
Manatee, Pinellas y Sarasota

<p>Servicios dentales</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.</i> <b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Servicios dentales cubiertos por Medicare (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): \$50 de copago.</p> <p><b>Servicios dentales adicionales</b> (limpiezas, exámenes orales, radiografías, extracción de un diente erupcionado o de la raíz expuesta, ajuste de prótesis total o parcial) <b><u>Dentro de la red:</u></b> \$0 de copago.</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.</i> <b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Servicios dentales cubiertos por Medicare (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): \$50 de copago.</p>
<p>Servicios para la vista</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para servicios de la vista cubiertos por Medicare. No se requiere autorización previa para exámenes de detección del glaucoma y exámenes de retina para diabéticos.</i> <b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Servicios para la vista cubiertos por Medicare<sup>1</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 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> </ul>	<p><i>Se requiere autorización previa para servicios de la vista cubiertos por Medicare. No se requiere autorización previa para exámenes de detección del glaucoma y exámenes de retina para diabéticos.</i> <b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Servicios para la vista cubiertos por Medicare<sup>1</sup></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 los miembros con alto riesgo de glaucoma).</li> </ul>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Preferred (HMO) Pinellas	BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS) Manatee, Pinellas y Sarasota
	<ul style="list-style-type: none"> <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 de 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 subsidio cada 2 años para la compra de anteojos, monturas o lentes de contacto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <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 de 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 subsidio cada 2 años para la compra de anteojos, monturas o lentes de contacto.</li> </ul>
<b>Servicios de salud mental</b>	<p><b>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</b></p> <p><i>Se requiere autorización previa para servicios que no son de emergencia.</i></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><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-5: \$120 de copago por día.</li> <li>• Días 6-190: \$0 de copago.</li> </ul> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Sin cobertura.</p> <p><i>Se requiere autorización previa para servicios que no son de emergencia.</i></p>	<p><b>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</b></p> <p><i>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia.</i></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><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-5: \$120 de copago por día.</li> <li>• Días 6-190: \$0 de copago.</li> </ul> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Después de haber cubierto el deducible de Medicare de \$1,340 por período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-60: \$0 de copago por día para atención en el hospital cubierta por Medicare.</li> </ul>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Preferred (HMO) Pinellas	BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS) Manatee, Pinellas y Sarasota
	<p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p><u>Dentro de la red:</u> \$25 de copago.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Días 61-90: \$335 de copago por día para atención en el hospital cubierta por Medicare.</li> </ul> <p>Días de Reserva de por Vida: \$670 de copago para los días 1 - 60</p> <p><i>Se requiere autorización previa para servicios que no son de emergencia.</i></p> <p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p><u>Dentro de la red:</u> \$25 de copago.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura.</p>
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></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Días 1-20: \$0 de copago por día</li> <li>Días 21-100: \$150 de copago por día.</li> </ul> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura.</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></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Días 1-20: \$0 de copago por día.</li> <li>Días 21-100: \$150 de copago por día.</li> </ul> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura.</p>
Fisioterapia <sup>1</sup>	<p><i>Se requiere autorización previa para todos los servicios de fisioterapia.</i></p> <p><u>Dentro de la red:</u> \$15 de copago.</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para todos los servicios de fisioterapia.</i></p> <p><u>Dentro de la red:</u> \$25 de copago.</p>
Ambulancia	<p><i>Se requiere autorización previa para recibir servicios de ambulancia que no son de emergencia.</i></p> <p><u>Dentro de la red y Fuera de la red:</u></p>	<p><i>Se requiere autorización previa para recibir servicios de ambulancia que no son de emergencia.</i></p> <p><u>Dentro de la red y Fuera de la red</u></p>

**SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS**

BlueMedicare Preferred (HMO)  
Pinellas

BlueMedicare Preferred POS  
(HMO-POS)  
Manatee, Pinellas y Sarasota

	\$150 de copago (no aplica si es hospitalizado durante las próximas 48 horas)	\$125 de copago (no aplica si es hospitalizado durante las próximas 48 horas)
Transporte	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$0 de copago (25 viajes de ida por año a establecimientos clínicos (límite de 20 millas)).</p> <p>Viajes ilimitados a los centros Alignment Care.</p>	Sin cobertura.
Medicinas de la parte B de Medicare	<p><i>Se requiere autorización previa para las medicinas recetadas cubiertas por la Parte B de Medicare.</i></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del coseguro para medicinas de quimioterapia y otras medicinas cubiertas por la Parte B de Medicare</li> </ul>	<p><i>Se requiere autorización previa para las medicinas recetadas cubiertas por la Parte B de Medicare.</i></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <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 Preferred (HMO)  
Pinellas

BlueMedicare Preferred POS  
(HMO-POS)  
Manatee, Pinellas y Sarasota

**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 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 de 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)	\$1 de copago	\$3 de copago
Nivel 3 (Marca preferida)	\$35 de copago	\$105 de copago
Nivel 4 (Marca no preferida)	\$100 de copago	\$300 de copago
Nivel 5 (Nivel especializado)	33% del coseguro	No aplica
Nivel 6 (Medicinas Select Care)	\$7 de copago	\$0 de copago

**Costo compartido de 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)	\$7 de copago	\$21 de copago
Nivel 3 (Marca preferida)	\$35 de copago	\$105 de copago
Nivel 4 (Marca no preferida)	\$85 de copago	\$255 de copago
Nivel 5 (Nivel especializado)	33% del coseguro	No aplica
Nivel 6 (Medicinas Select Care)	\$7 de copago	\$0 de copago

Los servicios marcados con un <sup>1</sup> pueden requerir aprobación previa (un referido) de su proveedor de atención primaria (PCP) para que el plan los cubra. Si no recibe un referido para estos servicios, puede que tenga que pagar el costo total de los mismos.

**SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS**

BlueMedicare Preferred (HMO)  
Pinellas

BlueMedicare Preferred POS  
(HMO-POS)  
Manatee, Pinellas y Sarasota

Minorista estándar Cobertura inicial	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)	\$7 de copago	\$7 de copago	Nivel 1 (Genérica preferida)	\$7 de copago	\$7 de copago
	Nivel 2 (Genérica)	\$8 de copago	\$10 de copago	Nivel 2 (Genérica)	\$14 de copago	\$28 de copago
	Nivel 3 (Marca preferida)	\$42 de copago	\$112 de copago	Nivel 3 (Marca preferida)	\$42 de copago	\$112 de copago
	Nivel 4 (Marca no Preferida)	\$100 de copago	\$300 de copago	Nivel 4 (Marca no preferida)	\$92 de copago	\$262 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)	\$7 de copago	\$0 de copago	Nivel 6 (Medicinas Select Care)	\$7 de copago	\$0 de copago

Los servicios marcados con un <sup>1</sup> pueden requerir aprobación previa (un referido) de su proveedor de atención primaria (PCP) para que el plan los cubra. Si no recibe un referido para estos servicios, puede que tenga que pagar el costo total de los mismos.

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BlueMedicare Preferred (HMO)  
Pinellas

BlueMedicare Preferred POS  
(HMO-POS)  
Manatee, Pinellas y Sarasota

Cobertura inicial  
Orden por correo

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)	\$1 de copago	\$3 de copago
Nivel 3 (Marca preferida)	\$35 de copago	\$105 de copago
Nivel 4 (Marca no preferida)	\$100 de copago	\$300 de copago
Nivel 5 (Nivel especializado)	33% del coseguro	No aplica
Nivel 6 (Medicinas Select Care)	\$7 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](http://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 de marca no preferida.

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)	\$7 de copago	\$21 de copago
Nivel 3 (Marca preferida)	\$35 de copago	\$105 de copago
Nivel 4 (Marca no Preferida)	\$85 de copago	\$255 de copago
Nivel 5 (Nivel especializado)	33% del coseguro	No aplica
Nivel 6 (Medicinas Select Care)	\$7 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](http://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 de marca no preferida

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	BlueMedicare Preferred (HMO) Pinellas	BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS) Manatee, Pinellas y Sarasota
<b>Etapa de brecha en la cobertura</b>	<p>La mayoría de los planes de medicinas de Medicare tiene una brecha en la 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)</b> y <b>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 (sus pagos) 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)</b> y <b>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 Preferred (HMO) Pinellas

### BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS) Manatee, Pinellas y Sarasota

Etapa de cobertura para eventos catastróficos	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:	Después de 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:
	<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>	<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>

Florida Blue Preferred HMO es un Plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue Preferred HMO depende de la renovación del contrato. BeHealthy Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue Preferred 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. 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, tenemos servicios de asistencia lingüística disponibles sin cargo. Llame al 1-800-926-6565 (TTY: 1-877-955-8773).