

# Resumen de beneficios para el 2018

BlueMedicare Preferred (HMO) H2758-006

BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS) H2758-008

Manatee, Pinellas y Sarasota



BeHealthy Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue Preferred HMO, una afiliada HMO de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., ofrece cobertura HMO. Ambas compañías son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

Y0011\_33829S 0817 CMS Accepted

# BlueMedicare Preferred (HMO) y BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)

## Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018

Este folleto ofrece un resumen de lo que cubren BlueMedicare Preferred (HMO) y BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS). También explica lo que usted paga por los servicios y suministros cubiertos. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, comuníquese con su agente local o llame a nuestro Departamento de Servicios para miembros. También puede ver la “Evidencia de Cobertura” para este plan en nuestro sitio web, [www.BlueMedicareFL.com](http://www.BlueMedicareFL.com). La Evidencia de Cobertura incluye una lista completa de los servicios que ofrecemos.

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

### Requisitos de elegibilidad

Para inscribirse, usted debe:

- tener derecho a la Parte A de Medicare; y
- estar inscrito en la Parte B de Medicare; y
- vivir dentro de nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Florida: El condado de Pinellas para BlueMedicare Preferred (HMO) y los condados de Manatee, Pinellas y Sarasota para BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS).

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

Tenemos una red de médicos, hospitales y otros proveedores. En muchos casos, usted debe recibir atención de nuestra red de proveedores. Por lo general, su plan no cubre la atención que reciba de otros proveedores fuera de la red. Existen tres excepciones para este requerimiento:

- Cubrimos servicios de emergencia y servicios urgentemente necesarios que recibe por parte de proveedores fuera de la red.
- Si los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar un tipo de servicio cubierto por Medicare que usted necesite, cubriremos los servicios si los recibe por parte de un proveedor fuera de la red. En esta situación, debe recibir aprobación del plan antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red.
- Cubriremos la atención que reciba en un establecimiento de diálisis fuera de la red con certificación de Medicare.

En la mayoría de situaciones, debe usar las farmacias de nuestra red para surtir sus medicinas recetadas cubiertas de la Parte D.

Usted puede ahorrar dinero usando una farmacia minorista **preferida** en lugar de una **estándar**. También puede usar nuestra farmacia de pedido por correo para que le entreguen su receta en el hogar.

Encuentre médicos, farmacias y nuestro formulario completo (lista de medicamentos cubiertos por la Parte D) en nuestro sitio web, [www.BlueMedicareFL.com](http://www.BlueMedicareFL.com).

### ¿Qué cubrimos?

Nuestro plan incluye *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* Original Medicare. En este folleto se describen algunos de los beneficios adicionales.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D de Medicare. Además, cubrimos los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare, como medicamentos para la quimioterapia y ciertos otros medicamentos que su médico le proporciona.

### **Horarios de atención:**

Estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana.

### **Números telefónicos y sitio web**

Si actualmente es miembro de uno de estos planes, llame al 1-844-783-5189

Si actualmente usted no es miembro de uno de esos planes, llame al 1-855-601-9465.

Los usuarios de TTY: Llame al 1-877-955-8773

Nuestro sitio de Internet: **[www.BlueMedicareFL.com](http://www.BlueMedicareFL.com)**

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

---

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, 1-844-783-5189. (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 siete días de la semana.

This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number at 1-844-783-5189. (TTY users should call 1-800-955-8770.) Hours are 8:00 a.m. – 8:00 p.m. local time, seven days a week.

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.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, la prima y/o copagos/coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá notificaciones en caso de ser necesario.

Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred (HMO)	BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)
<b>Prima mensual del plan</b>	Paga \$0.00 mensuales. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.	Paga \$0.00 mensuales. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.
<b>Máxima responsabilidad de costos a su cargo</b>	<p>Su límite anual en este plan: \$ 3,400 por servicios de proveedores dentro de la red.</p> <p>Si alcanza el límite de gastos a su cargo, pagaremos el costo total de los servicios y suministros médicos cubiertos durante el resto del año.</p> <p><b>Nota:</b> (Las cantidades que paga por los medicamentos 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 su máximo de costos a su cargo.)</p>	<p>Su límite anual en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$4,900 en servicios de proveedores dentro de la red.</li> <li>• \$8,000 en servicios de proveedores fuera de la red.</li> </ul> <p>Si alcanza el límite de gastos a su cargo, pagaremos el costo total de los servicios y suministros médicos cubiertos durante el resto del año.</p> <p>Usted todavía tendrá que pagar su prima mensual del plan.</p> <p><b>Nota:</b> (Las cantidades que paga por los medicamentos 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 su máximo de costos a su cargo.)</p>
<b>Cobertura para pacientes hospitalizados</b>	<p><b><i>Se requiere Autorización previa para recibir atención que no sea de urgencia para pacientes hospitalizados.</i></b></p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-5: \$120 de copago por día</li> <li>• después del día 5 Usted no paga nada</li> </ul> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>	<p><b><i>Se requiere Autorización previa para recibir atención que no sea de urgencia para pacientes hospitalizados.</i></b></p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-5: \$120 de copago por día</li> <li>• después del día 5 Usted no paga nada</li> </ul> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Después de haber cubierto el deducible de Medicare de \$1,316 por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-60: \$0 de copago por día para la atención hospitalaria cubierta por Medicare.</li> <li>• Días 61-90: \$329 de copago por día para la atención hospitalaria cubierta por Medicare.</li> </ul> <p>Las cantidades de los costos compartidos fuera de la red son las cantidades de 2017 y pueden cambiar en 2018.</p> <p><b>Días de Reserva de por Vida:</b> \$658 de copago para los días 1 al 60</p>

Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred (HMO)	BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b>	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta \$100 de copago por día. Llámenos o consulte la Evidencia de Cobertura del plan para un costo compartido específico por servicios recibidos en un hospital como paciente ambulatorio.</li> </ul> <u>Fuera de la red</u> Sin cobertura	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta \$100 de copago por día. Llámenos o consulte la Evidencia de Cobertura del plan para un costo compartido específico por servicios recibidos en un hospital como paciente ambulatorio.</li> </ul> <u>Fuera de la red</u> Sin cobertura
<b>Visitas al consultorio</b>	<i><b>Se requiere autorización previa por visitas al especialista.</b></i> <u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>No paga nada por visita de atención primaria</li> <li>\$15 de copago por visita a especialista</li> </ul> <u>Fuera de la red</u> Sin cobertura	<i><b>Se requiere autorización previa por visitas al especialista.</b></i> <u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>No paga nada por visita de atención primaria</li> <li>\$25 de copago por visita al especialista</li> </ul> <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$30 de copago por visita de atención primaria</li> <li>\$45 de copago por visita al especialista</li> </ul>
<b>Cuidado preventivo</b>	<u>Dentro de la red</u> No paga nada. Los servicios preventivos cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol</li> <li>Visita anual de bienestar</li> <li>Mediciones de masa ósea</li> <li>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</li> <li>Exámenes de detección de cáncer colorrectal</li> <li>Asesoramiento para prevenir el uso del tabaco</li> <li>Exámenes para la detección de la depresión</li> <li>Evaluación para la detección de la diabetes</li> <li>Capacitación para el automanejo de la diabetes</li> <li>Detección del glaucoma</li> <li>Detección del virus de la hepatitis B</li> <li>Vacuna y administración del virus de la hepatitis B</li> </ul>	<u>Dentro de la red</u> No paga nada. Los servicios preventivos cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol</li> <li>Visita anual de bienestar</li> <li>Mediciones de masa ósea</li> <li>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</li> <li>Exámenes de detección de cáncer colorrectal</li> <li>Asesoramiento para prevenir el uso del tabaco</li> <li>Exámenes para la detección de la depresión</li> <li>Evaluación para la detección de la diabetes</li> <li>Capacitación para el automanejo de la diabetes</li> <li>Detección del glaucoma</li> <li>Detección del virus de la hepatitis B</li> <li>Vacuna y administración del virus de la hepatitis B</li> </ul>

<b>Primas y beneficios</b>	<b>BlueMedicare Preferred (HMO)</b>	<b>BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)</b>
<p><b>Cuidado preventivo</b> (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección del virus de la hepatitis C</li> <li>• Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana</li> <li>• Vacuna y administración del virus de la gripe</li> <li>• Examen físico preventivo inicial</li>   <li>• Terapia intensiva conductual para enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Tratamiento conductual intensivo para la obesidad</li> <li>• Evaluación para la detección del cáncer de pulmón</li> <li>• Terapia nutricional médica</li> <li>• Vacuna neumocócica y administración</li> <li>• Detección de cáncer de próstata</li> <li>• Detección de cáncer de cuello uterino con prueba del virus del papiloma humano</li> <li>• Detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento conductual intensivo (HIBC, por sus siglas en inglés) para prevenir las ETS</li> <li>• Mamografías de detección</li> <li>• Papanicolaou</li> <li>• Exámenes pélvicos de detección</li> <li>• Ecografía de detección para el aneurisma aórtico abdominal</li> </ul> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección del virus de la hepatitis C</li> <li>• Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana</li> <li>• Vacuna y administración del virus de la gripe</li> <li>• Examen físico preventivo inicial</li>   <li>• Terapia intensiva conductual para enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Tratamiento conductual intensivo para la obesidad</li> <li>• Evaluación para la detección del cáncer de pulmón</li> <li>• Terapia nutricional médica</li> <li>• Vacuna neumocócica y administración</li> <li>• Detección de cáncer de próstata</li> <li>• Detección de cáncer de cuello uterino con prueba del virus del papiloma humano</li> <li>• Detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento conductual intensivo (HIBC, por sus siglas en inglés) para prevenir las ETS</li> <li>• Mamografías de detección</li> <li>• Papanicolaou</li> <li>• Exámenes pélvicos de detección</li> <li>• Ecografía de detección para el aneurisma aórtico abdominal</li> </ul> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>
<p><b>Atención de emergencia</b></p>	<p><b>Atención de emergencia cubierta por Medicare</b></p> <p><u>Dentro y fuera de la red</u> \$80 de copago por visita</p> <p>Si es inmediatamente admitido(a) al hospital en las siguientes 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia.</p>	<p><b>Atención de emergencia cubierta por Medicare</b></p> <p><u>Dentro y fuera de la red</u> \$80 de copago por visita</p> <p>Si es inmediatamente admitido(a) al hospital en las siguientes 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia.</p>

Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred (HMO)	BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)
	<p><b>Servicios adicionales de atención de emergencia</b>  <u>Dentro y fuera de la red</u>  Atención de emergencia a nivel mundial  \$75 de copago</p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial <b>La cobertura de emergencia mundial tiene un límite de \$ 25,000 y no incluye el transporte de emergencia.</b> Este copago será aplicable si es ingresado en el hospital.</p>	<p><b>Servicios adicionales de atención de emergencia</b>  <u>Dentro y fuera de la red</u>  Atención de emergencia a nivel mundial  \$75 de copago</p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial <b>La cobertura de emergencia mundial tiene un límite de \$ 25,000 y no incluye el transporte de emergencia.</b> Este copago será aplicable si es ingresado en el hospital.</p>
<p><b>Servicios de urgencia necesarios</b></p>	<p><b>Servicios de urgencia necesarios cubiertos por Medicare</b>  <u>Dentro y fuera de la red</u>  \$0 de copago en un centro de atención de urgencia</p> <p>Si es ingresado al hospital en menos de 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo de servicios de urgencia necesarios.</p> <p><b>Servicios de urgencia necesarios adicionales</b>  <u>Dentro y fuera de la red</u>  Servicios de urgencia necesarios mundiales  \$75 de copago</p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial <b>La cobertura de emergencia mundial tiene un límite de \$ 25,000 y no incluye el transporte de emergencia.</b> Este copago será aplicable si es ingresado en el hospital.</p>	<p><b>Servicios de urgencia necesarios cubiertos por Medicare</b>  <u>Dentro y fuera de la red</u>  \$25 de copago en un Centro de atención de urgencia</p> <p>Si es ingresado al hospital en menos de 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo de servicios de urgencia necesarios.</p> <p><b>Servicios de urgencia necesarios adicionales</b>  <u>Dentro y fuera de la red</u>  Servicios de urgencia necesarios mundiales  \$75 de copago</p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial <b>La cobertura de emergencia mundial tiene un límite de \$ 25,000 y no incluye el transporte de emergencia.</b> Este copago será aplicable si es ingresado en el hospital.</p>
<p><b>Servicios de diagnóstico/Laboratorios  Diagnóstico por Imágenes</b></p>	<p><i><b>Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Para obtener información adicional, llame a Servicio para miembros.</b></i></p> <p><b>Servicios de laboratorio</b>  <u>Dentro de la red</u>  Usted no paga nada</p> <p><u>Fuera de la red</u>  Sin cobertura</p>	<p><i><b>Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Para obtener información adicional, llame a Servicio para miembros.</b></i></p> <p><b>Servicios de laboratorio</b>  <u>Dentro de la red</u>  No paga nada.</p> <p><u>Fuera de la red</u>  Sin cobertura</p>

Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred (HMO)	BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)
<b>Servicios de diagnóstico/Laboratorios</b> <b>Escáner</b> (continuación)	<p><b>Radiografías</b>  <u>Dentro de la Red</u>            \$0 de copago  <u>Fuera de la red</u>            Sin cobertura</p> <p><b>Ultrasonido de diagnóstico</b>  <u>Dentro de la Red</u>            \$5 de Copago  <u>Fuera de la red</u>            Sin cobertura</p> <p><b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b> (por ejemplo, Imagen de Resonancia Magnética [MRI], Tomografía por Emisión de Positrones [PET], Tomografía Computarizada [CT])  <u>Dentro de la red</u>            \$120 de copago  <u>Fuera de la red</u>            Sin cobertura</p> <p><b>Terapia de radiación</b>  <u>Dentro de la red</u>            20% del coaseguro  <u>Fuera de la red</u>            Sin cobertura</p>	<p><b>Radiografías</b>  <u>Dentro de la Red</u>            \$5 de Copago  <u>Fuera de la red</u>            Sin cobertura</p> <p><b>Ultrasonido de diagnóstico</b>  <u>Dentro de la Red</u>            \$5 de Copago  <u>Fuera de la red</u>            Sin cobertura</p> <p><b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b> (por ejemplo, Imagen de Resonancia Magnética [MRI], Tomografía por Emisión de Positrones [PET], Tomografía Computarizada [CT])  <u>Dentro de la red</u>            \$120 de copago  <u>Fuera de la red</u>            Sin cobertura</p> <p><b>Terapia de radiación</b>  <u>Dentro de la red</u>            20% del coaseguro  <u>Fuera de la red</u>            Sin cobertura</p>



Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred (HMO)	BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)
<p><b>Servicios para la audición</b></p>	<p><b><i>Se necesita autorización previa para exámenes de la audición cubiertos por Medicare.</i></b></p> <p><b>Servicios para la audición cubiertos por Medicare</b> Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: <u>Dentro de la Red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p> <p><b>Servicios de audición de rutina</b> <u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por un (1) examen de rutina por año.</li> <li>• Usted no paga nada por una colocación o evaluación de audífonos por año.</li> <li>• Este plan no cubre los audífonos.</li> </ul> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>	<p><b><i>Se necesita autorización previa para exámenes de la audición cubiertos por Medicare.</i></b></p> <p><b>Servicios para la audición cubiertos por Medicare</b> Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: <u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago para PCP</li> <li>• \$25 de copago por especialista</li> </ul> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p> <p><b>Servicios de audición de rutina</b> <u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por un (1) examen de rutina por año.</li> <li>• Usted no paga nada por una colocación o evaluación de audífonos por año.</li> <li>• Este plan no cubre los audífonos.</li> </ul> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p>	<p><b><i>Se requiere Autorización Previa por servicios parciales de hospitalización.</i></b></p> <p><b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b> (atención dental no de rutina, como fracturas de la mandíbula o huesos faciales, cirugía de mandíbula, extracción de dientes para prepararse para tratamiento de terapia de radiación, servicios cubiertos cuando son proporcionados por un médico) <u>Dentro de la red:</u> \$50 de copago</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</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)</p>	<p><b><i>Se requiere Autorización Previa por servicios parciales de hospitalización.</i></b></p> <p><b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b> (cuidados dentales no 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) <u>Dentro de la red:</u> \$50 de copago</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>

Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred (HMO)	BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)
<b>Servicios dentales</b> (continuación)	<u>Dentro de la red:</u> No paga nada.  <u>Fuera de la red</u> Sin cobertura	
<b>Servicios para la vista</b>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para los exámenes de la vista cubiertos por Medicare</i></b></p> <p><u>Dentro de la red:</u></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>• Para personas con alto riesgo de glaucoma, no paga nada por un examen de glaucoma por año.</li> <li>• No paga nada por un examen de retina diabética por año.</li> <li>• No paga nada por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas.</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u> Sin cobertura</p> <p><b>Servicios de la vista adicionales</b></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por un examen de la vista de rutina cada 12 meses.</li> <li>• La cantidad máxima de beneficios del plan para todos los anteojos es de \$100 cada 2 años</li> </ul> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para los exámenes de la vista cubiertos por Medicare</i></b></p> <p><u>Dentro de la red:</u></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>• Para personas con alto riesgo de glaucoma, no paga nada por un examen de glaucoma por año.</li> <li>• No paga nada por un examen de retina diabética por año.</li> <li>• No paga nada por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas.</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u> Sin cobertura</p> <p><b>Servicios de la vista adicionales</b></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por un examen de la vista de rutina cada 12 meses.</li> <li>• La cantidad máxima de beneficios del plan para todos los anteojos es de \$100 cada 2 años</li> </ul> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>

Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred (HMO)	BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)
<p><b>Servicios de salud mental</b></p>	<p><b><i>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia.</i></b></p> <p><b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b></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 cuidados médicos para pacientes hospitalizados no se 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"> <li>• Días: 1-5: \$120 de copago por día</li> <li>• Días: 6-190: No paga nada.</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Sin cobertura</p> <p><b><i>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia.</i></b></p> <p><b>Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios</b></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$25 de copago</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>	<p><b><i>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia.</i></b></p> <p><b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b></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 cuidados médicos para pacientes hospitalizados no se 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"> <li>• Días 1-5: \$120 de copago por día</li> <li>• Días 6-190: No paga nada.</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Después de haber cubierto el deducible de Medicare de \$1,316 por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-60: \$0 de copago por día para la atención hospitalaria cubierta por Medicare.</li> <li>• Días 61-90: \$329 de copago por día para la atención hospitalaria cubierta por Medicare.</li> </ul> <p>Las cantidades de los costos compartidos fuera de la red son las cantidades de 2017 y pueden cambiar en 2018.</p> <p><b>Días de Reserva de por Vida:</b></p> <p>\$658 de copago para los días 1 al 60</p> <p><b><i>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia.</i></b></p> <p><b>Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios</b></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$25 de copago</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>

Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred (HMO)	BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)
<b>Centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>	<p><b><i>Se requiere Autorización Previa para estadías en un SNF.</i></b></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: No paga nada.</li> <li>• Días 21-100: \$150 de copago por día</li> </ul> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>	<p><b><i>Se requiere Autorización Previa para estadías en un SNF.</i></b></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: No paga nada.</li> <li>• Días 21-100: \$150 de copago por día</li> </ul> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>
<b>Fisioterapia</b>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para todos los servicios de terapia.</i></b></p> <p>Visitas de terapia ocupacional, fisioterapia y de expresión y lenguaje</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$15 de copago</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p> <p>Se aplica un límite anual de \$1,980 por Medicare a servicios de terapia física y de lenguaje para pacientes ambulatorios. Este límite es para el 2017 y puede cambiar para el 2018.</p> <p>Se aplica un límite anual separado de \$1,980 por Medicare a servicios de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios. Este límite es para el 2017 y puede cambiar para el 2018.</p>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para todos los servicios de terapia.</i></b></p> <p>Visitas de terapia ocupacional, fisioterapia y de expresión y lenguaje</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$25 de copago</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p> <p>Se aplica un límite anual de \$1,980 por Medicare a servicios de terapia física y de lenguaje para pacientes ambulatorios. Este límite es para el 2017 y puede cambiar para el 2018.</p> <p>Se aplica un límite anual separado de \$1,980 por Medicare a servicios de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios. Este límite es para el 2017 y puede cambiar para el 2018.</p>
<b>Ambulancia</b>	<p><b><i>Se requiere Autorización Previa por servicios que no son de emergencia.</i></b></p> <p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>\$150 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)</p> <p>Si es ingresado en el hospital, no tiene que pagar su parte del costo de servicios de ambulancia.</p>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia que no son de emergencia.</i></b></p> <p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>\$125 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)</p> <p>Si es ingresado en el hospital, no tiene que pagar su parte del costo de servicios de ambulancia.</p>

Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred (HMO)	BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)
<b>Transporte (de rutina)</b>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para los servicios de transporte.</i></b></p> <p><u>Dentro de la red</u> Usted no paga nada</p> <p>25 viajes de sólo ida por año calendario a lugares aprobados por el plan para servicios relacionados con la salud dentro de un radio de 20 millas de su residencia permanente. Las ubicaciones incluyen las oficinas del proveedor, hospitales y farmacias. El transporte a Alignment Care Centers no tiene una limitación de millas y no cuenta contra el límite de 20 viajes de ida.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura.</p>	Sin cobertura
<b>Medicinas de la parte B de Medicare</b>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para los medicamentos recetados cubiertos por la Parte B de Medicare.</i></b></p> <p><u>Dentro de la red</u> Coaseguro del 20% para medicinas de quimioterapia y otras medicinas cubiertas por la Parte B de Medicare</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura.</p>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para los medicamentos recetados cubiertos por la Parte B de Medicare.</i></b></p> <p><u>Dentro de la red</u> Coaseguro del 20% para medicinas de quimioterapia y otras medicinas cubiertas por la Parte B de Medicare</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura.</p>
<b>Cuidados de los pies (servicios de podiatría)</b>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para todos los servicios de podiatría.</i></b></p> <p>Diagnóstico y tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies. La atención de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> \$15 de copago</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Sin cobertura</p>	<p><b><i>Se requiere autorización previa para todos los servicios de podiatría.</i></b></p> <p>Diagnóstico y tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies. La atención de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> \$25 de copago</p> <p><u>Fuera de la red:</u> \$45 de copago</p>

Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred (HMO)	BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)
<b>Equipo médico/ Suministros</b>	<p><i>Se requiere Autorización Previa para recibir ciertos equipos y suministros. Para obtener información adicional, llame a Servicio para miembros.</i></p> <p><b>Equipos médicos duraderos</b>  <u>Dentro de la red:</u>  20% del coaseguro  <u>Fuera de la red</u>  Sin cobertura</p> <p><b>Prótesis</b>  <u>Dentro de la red:</u>  20% del coaseguro  <u>Fuera de la red</u>  Sin cobertura</p> <p><b>Suministros para diabéticos</b>  <u>Dentro de la red:</u>  Usted no paga nada  <u>Fuera de la red</u>  Sin cobertura</p>	<p><i>Se requiere Autorización Previa para recibir ciertos equipos y suministros. Para obtener información adicional, llame a Servicio para miembros.</i></p> <p><b>Equipos médicos duraderos</b>  <u>Dentro de la red:</u>  20% del coaseguro  <u>Fuera de la red</u>  Sin cobertura</p> <p><b>Prótesis</b>  <u>Dentro de la red:</u>  20% del coaseguro  <u>Fuera de la red</u>  Sin cobertura</p> <p><b>Suministros para diabéticos</b>  <u>Dentro de la red:</u>  Usted no paga nada  <u>Fuera de la red</u>  Sin cobertura</p>
<b>Programas de bienestar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de fitness SilverSneakers® de Tivity Health.</li> <li>• Educación sobre salud</li> <li>• El programa mejorado de manejo de enfermedades</li> <li>• Tecnologías de acceso remoto (incluyendo las tecnologías basadas en Web/móvil y Línea Directa de Enfermería)</li> </ul> <p>No paga nada por participar en estos programas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de fitness SilverSneakers® de Tivity Health.</li> <li>• Educación sobre salud</li> <li>• El programa mejorado de manejo de enfermedades</li> <li>• Tecnologías de acceso remoto (incluyendo las tecnologías basadas en Web/móvil y Línea Directa de Enfermería)</li> </ul> <p>No paga nada por participar en estos programas.</p>

Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred (HMO)	BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)
<p><b>Cirugía ambulatoria</b></p>	<p><b><i>Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Para obtener información adicional, llame a Servicio para miembros.</i></b></p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$50 de copago en un centro quirúrgico ambulatorio</li> <li>• \$100 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios</li> </ul> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura.</p>	<p><b><i>Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Para obtener información adicional, llame a Servicio para miembros.</i></b></p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$50 de copago en un centro quirúrgico ambulatorio</li> <li>• \$100 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios</li> </ul> <p><u>Fuera de la red</u> 20%% de coaseguro en un centro quirúrgico ambulatorio o en un establecimiento de cuidados ambulatorios</p>

Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred (HMO)	BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)				
<b>Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D</b>						
<p><b>Etapa de deducible</b> Estos planes no tienen un deducible.</p> <p><b>Etapa de cobertura inicial</b> Usted comienza a estar en esta etapa cuando obtiene su primera medicina recetada del año.</p> <p>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 de medicamentos (costos totales de medicamentos pagados por usted y cualquier plan de la Parte D) alcancen los \$3,750.</p> <p>Puede obtener sus medicinas en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo.</p>	<p><b>Costo compartido</b> para un suministro de un mes (hasta 30 días) de una medicina recetada cubierta de la Parte D)</p>	<p><b>Costo compartido</b> para un suministro de un mes (hasta 30 días) de una medicina recetada cubierta de la Parte D)</p>				
	<p><b>Nivel</b></p>	<p><b>Minorista Estándar De Venta al Público Preferidas</b></p>	<p><b>Orden por correo</b></p>	<p><b>Nivel</b></p>	<p><b>Minorista Estándar De Venta al Público Preferidas</b></p>	<p><b>Orden por correo</b></p>
	<p>Nivel 1 (Genérico preferido)</p>	<p>\$7 de copago estándar \$0 de copago preferido</p>	<p>\$0 de copago</p>	<p>Nivel 1 (Genérico preferido)</p>	<p>\$7 de copago estándar \$0 de copago preferido</p>	<p>\$0 de copago</p>
	<p>Nivel 2 (Genérico)</p>	<p>\$8 de copago estándar \$1 de copago preferido</p>	<p>\$1 de copago</p>	<p>Nivel 2 (Genérico)</p>	<p>\$14 de copago estándar \$7 de copago preferido</p>	<p>\$7 de copago</p>
	<p>Nivel 3 (Marca preferida)</p>	<p>\$42 de copago estándar \$35 de copago preferido</p>	<p>\$35 de copago</p>	<p>Nivel 3 (Marca preferida)</p>	<p>\$42 de copago estándar \$35 de copago preferido</p>	<p>\$35 de copago</p>
	<p>Nivel 4 (Marca no preferida)</p>	<p>\$100 de copago estándar \$100 de copago preferido</p>	<p>\$100 de copago</p>	<p>Nivel 4 (Marca no preferida)</p>	<p>\$92 de copago estándar \$85 de copago preferido</p>	<p>\$85 de copago</p>
	<p>Nivel 5 (Nivel especializado)</p>	<p>33% del costo</p>	<p>33% del costo</p>	<p>Nivel 5 (Nivel especializado)</p>	<p>33% del costo</p>	<p>33% del costo</p>
	<p>Nivel 6 (Nivel de atención exclusiva)</p>	<p>\$7 de copago estándar \$7 de copago preferido</p>	<p>\$7 de copago</p>	<p>Nivel 6 (Nivel de atención exclusiva)</p>	<p>\$7 de copago estándar \$7 de copago preferido</p>	<p>\$7 de copago</p>
	<p>La información de costos compartidos que se indica arriba es para el suministro de un mes de un medicamento recetado cubierto de la Parte D comprado en una farmacia minorista (estándar y preferida) y a través de nuestra farmacia de pedido por correo. 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, o si compra un suministro a</p>	<p>La información de costos compartidos que se indica arriba es para el suministro de un mes de un medicamento recetado cubierto de la Parte D comprado en una farmacia minorista (estándar y preferida) y a través de nuestra farmacia de pedido por correo. 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, o si compra un suministro a</p>				



Primas y beneficios	BlueMedicare Preferred (HMO)	BlueMedicare Preferred POS (HMO-POS)
	<p>largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento. Llámenos o consulte el plan “Evidencia de Cobertura” en nuestro sitio web (<a href="http://www.BlueMedicareFL.com">www.BlueMedicareFL.com</a>) si busca información completa de los costos de sus medicamentos cubiertos.</p>	<p>largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento. Llámenos o consulte el plan “Evidencia de Cobertura” en nuestro sitio web (<a href="http://www.BlueMedicareFL.com">www.BlueMedicareFL.com</a>) si busca información completa de los costos de sus medicamentos cubiertos.</p>
<p><b>Etapa de brecha en la cobertura</b></p>	<p>La etapa de brecha en la cobertura comienza después de que los costos anuales totales de medicamentos (lo que cualquier plan de la Parte D haya pagado y lo que usted haya pagado) alcancen los \$3,750.</p> <p>Durante la etapa de brecha en la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Para medicamentos genéricos de Nivel 1 (genéricos preferidos) y de Nivel 6 (medicamentos de atención exclusiva)</b>, paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial, o el 44%% del costo, lo que sea menor.</li> <li>• Por los medicamentos genéricos en los demás niveles, usted paga el 44% del costo.</li> <li>• Para medicinas de marca, paga el 35% del precio (más una parte de la tarifa de suministro).</li> </ul> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus <b>“costos a su cargo”</b> del año a la fecha (sus pagos) alcanzan un total de \$5,000.</p>	<p>La etapa de brecha en la cobertura comienza después de que los costos anuales totales de medicamentos (lo que cualquier plan de la Parte D haya pagado y lo que usted haya pagado) alcancen los \$3,750.</p> <p>Durante la etapa de brecha en la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Para medicamentos genéricos de Nivel 1 (genéricos preferidos) y de Nivel 6 (medicamentos de atención exclusiva)</b>, paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial, o el 44%% del costo, lo que sea menor.</li> <li>• Por los medicamentos genéricos en los demás niveles, usted paga el 44% del costo.</li> <li>• Para medicinas de marca, paga el 35% del precio (más una parte de la tarifa de suministro).</li> </ul> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus <b>“costos a su cargo”</b> del año a la fecha (sus pagos) alcanzan un total de \$5,000.</p>
<p><b>Etapa de Cobertura para eventos catastróficos</b></p>	<p>Después de que los costos a su cargo anuales por sus medicamentos alcancen los \$5,000, usted pagará la mayor de las siguientes cantidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% del costo, o</li> <li>• \$3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.35 de copago por todos los demás medicamentos</li> </ul>	<p>Después de que los costos a su cargo anuales por sus medicamentos alcancen los \$5,000, usted pagará la mayor de las siguientes cantidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% del costo, o</li> <li>• \$3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.35 de copago por todos los demás medicamentos</li> </ul>

State of New York    )  
                                  )  
County of New York    )        **ss:**


---

**Certificate of Accuracy**

This is to certify that the attached translations, originally written in English are, to the best of our knowledge and belief, a complete and accurate translation into Spanish.

Document Name	Form Number English	Form Number Spanish
33827 0817 2018 RPPO SB Template OH	33827 0817	33827S 0817
33828 0817 2018 Rx1 Rx2 SB Template OH	33828 0817	33828S 0817
33829 0817 2018 Preferred HMO 006-008 SB Template OH	33829 0817	33829S 0817
33830 0817 2018 Preferred HMO 004 SB Template OH	33830 0817	33830S 0817
33831 0817 2018 Preferred HMO 002 SB Template OH	33831 0817	33831S 0817
33832 0817 2018 Preferred HMO SNP 005 007 SB Template OH	33832 0817	33832S 0817
33820 0817 2018 HMO 061-040 SB Template OH	33820 0817	33820S 0817
33821 0817 2018 HMO 057-059 SB Template OH	33821 0817	33821S 0817
33822 0817 2018 HMO 001-060 SB Template OH	33822 0817	33822S 0817
33823 0817 2018 HMO 056-062 SB Template OH	33823 0817	33823S 0817
33824 0817 2018 HMO 038-058 SB Template OH.docx	33824 0817	33824S 0817
33825 0817 2018 HMO 040 SB Template OH	33825 0817	33825S 0817
33826 0817 2018 PPO SB Template OH	33826 0817	33826S 0817

Dated: 08/25/2017



Sharron Ou  
Production Lead  
Donnelley Language Solutions

**JENISE MUKTADIR**  
NOTARY PUBLIC, STATE OF NEW YORK  
Registration No. 01MU6292221  
Qualified in Queens County  
Commission Expires November 4, 2017

Sworn to and signed before  
me this 28<sup>th</sup> day of August, 2017



Notary Public