

## ***FHCP Medicare Premier Advantage (HMO) ofrecido por Florida Blue Medicare, Inc. (DBA FHCP Medicare)***

### **Notificación anual de cambios para 2024**

Actualmente, usted está inscrito como miembro de FHCP Medicare Premier Advantage. El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para ver un Resumen de costos importantes, incluidos los costos de las primas.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

- **Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre podrá hacer cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**

---

### **Qué hacer ahora**

#### **1. PREGUNTE:** Qué cambios se aplican a usted

- Revise los cambios de nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de farmacia, incluidos los requisitos de autorización y costos.
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” en 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Considere si está satisfecho con nuestro plan.

#### **2. COMPARE:** Infórmese sobre otras opciones de planes

- Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista que se encuentra en la parte de atrás de su manual *Medicare y Usted 2024*.
- Una vez que defina su elección de un plan preferido, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

### 3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en FHCP Medicare Premier Advantage.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en FHCP Medicare Premier Advantage.
- Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

### Recursos Adicionales

- Este documento está disponible en español sin costo.
- Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-866-6559 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales. Esta llamada es gratis.
- Esta información está disponible en formatos alternativos, lo que incluye letra grande, audio y braille. Si necesita información sobre el plan en otro formato, llame a Servicios para Miembros al número que se indica arriba.
- **La cobertura bajo este plan califica como una cobertura de salud elegible (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio de Internet del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### Acerca de FHCP Medicare Premier Advantage

- FHCP Medicare es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en FHCP Medicare depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, quiere decir Florida Blue Medicare, Inc. (cuyo nombre comercial es FHCP Medicare). Cuando se hace referencia a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a FHCP Medicare Premier Advantage.

*Notificación anual de cambios para 2024***Índice de contenido**

<b>Resumen de Costos importantes para 2024</b> .....	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año</b> .....	<b>7</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual.....	7
Sección 1.2 – Cambios en los gastos máximos a su cargo.....	7
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias.....	8
Sección 1.4 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos.....	8
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	10
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir</b> .....	<b>13</b>
Sección 2.1 – Si desea continuar en FHCP Medicare Premier Advantage.....	13
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan.....	13
<b>SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan</b> .....	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare</b> .....	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta médica</b> .....	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?</b> .....	<b>16</b>
Sección 6.1 – Recibir ayuda de FHCP Medicare Premier Advantage.....	16
Sección 6.2 – Para recibir ayuda de Medicare.....	16

## Resumen de Costos importantes para 2024

El siguiente cuadro compara los costos de 2023 y los costos de 2024 para FHCP Medicare Premier Advantage en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$0	\$0
* Su prima puede ser mayor que este monto. Vea la Sección 1.1 para obtener mayor información		
<b>Gastos máximos a su cargo</b>	\$3,650	\$3,650
Esto es lo <u>máximo</u> que pagará como gastos a su cargo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Vea la Sección 1.2 para obtener mayor información).		
<b>Visitas al consultorio médico</b>	<p>Visitas al médico de atención primaria: copago de \$0 por visita.</p> <p>Visitas al especialista: copago de \$15 por visita.</p>	<p>Visitas al médico de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas al especialista: copago de \$15 por visita.</p>
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>	<p>Días 1 a 5: copago de \$215 por día (por hospitalización cubierta por Medicare).</p> <p>Después del día 5, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.</p>	<p>Días 1 a 5: copago de \$215 por día (por hospitalización cubierta por Medicare).</p> <p>Después del día 5, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.</p>
<b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b>	Deducible: \$0	Deducible: \$0
(Vea la Sección 1.5 para obtener mayor información).	<p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Nivel de medicamento 1:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            \$17 por medicamento recetado  <i>Costo compartido preferido:</i>            \$0 por medicamento recetado</p> <p><b>Nivel de medicamento 2:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i></p>	<p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Nivel de medicamento 1:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            \$17 por medicamento recetado  <i>Costo compartido preferido:</i>            \$0 por medicamento recetado</p> <p><b>Nivel de medicamento 2:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i></p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	\$20 por medicamento recetado	\$20 por medicamento recetado
	<i>Costo compartido preferido:</i>	<i>Costo compartido preferido:</i>
	\$5 por medicamento recetado	\$5 por medicamento recetado
	<b>Nivel de medicamento 3:</b>	<b>Nivel de medicamento 3:</b>
	<i>Costo compartido estándar:</i>	<i>Costo compartido estándar:</i>
	\$47 por medicamento recetado	\$47 por medicamento recetado
	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
	<i>Costo compartido preferido:</i>	<i>Costo compartido preferido:</i>
	\$44 por medicamento recetado	\$44 por medicamento recetado
	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
	<b>Nivel de medicamento 4:</b>	<b>Nivel de medicamento 4:</b>
	<i>Costo compartido estándar:</i>	<i>Costo compartido estándar:</i>
	\$100 por medicamento recetado	\$100 por medicamento recetado
	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
	<i>Costo compartido preferido:</i>	<i>Costo compartido preferido:</i>
	\$95 por medicamento recetado	\$95 por medicamento recetado
	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
	<b>Nivel de medicamento 5:</b>	<b>Nivel de medicamento 5:</b>
	<i>Costo compartido estándar:</i>	<i>Costo compartido estándar:</i>
	33 % del costo total	33 % del costo total
	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
	<i>Costo compartido preferido:</i>	<i>Costo compartido preferido:</i>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	33 % del costo total	33 % del costo total
	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
	<p><b>Nivel de medicamento 6:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Sin cobertura  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Sin cobertura</p>	<p><b>Nivel de medicamento 6:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      \$0 por medicamento recetado  <i>Costo compartido preferido:</i>                      \$0 por medicamento recetado</p>
	<p><b>Cobertura para eventos médicos graves (catastróficos):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</li> <li>• Por cada medicamento recetado, usted paga cualquiera de los siguientes montos que sea mayor: un pago igual al 5 % del costo del medicamento (que se denomina <b>coseguro</b>) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos).</li> </ul>	<p><b>Cobertura para eventos médicos graves (catastróficos):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de cobertura, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</li> </ul>

## SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se requiere que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida si no posee otra cobertura de medicamentos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, podría tener que pagar un monto adicional todos los meses directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

### Sección 1.2 – Cambios en los gastos máximos a su cargo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad de gastos a su cargo que debe realizar durante el año. Este límite se denomina gastos máximos a su cargo. Una vez que alcanza esta cantidad, por lo general, no paga ninguna cantidad por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Gastos máximos a su cargo</b>	\$3,650	\$3,650
Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para su gasto máximo a su cargo. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para los gastos máximos a su cargo.		Una vez que haya pagado \$3,650 de gastos a su cargo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

### Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Encontrará Directorios de farmacia actualizados en nuestro sitio web en [www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada del proveedor o la farmacia, o para pedirnos que le enviemos un directorio por correo postal, que recibirá en un plazo de tres días hábiles.

Se han introducido cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de Proveedores de 2024 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.***

Se han introducido cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de Farmacias de 2024 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.***

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicios para Miembros para que podamos ayudarle.

### Sección 1.4 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios dentales* (beneficios adicionales)</b>  <b>Evaluación oral completa</b>	1 de por vida, por dentista  Usted paga un copago de \$0 por una evaluación oral integral	Las evaluaciones orales completas están limitadas a 1 de por vida, por dentista, y además cuentan para el límite de 2 evaluaciones por año calendario  Usted paga un copago de \$0 por una evaluación oral integral
<b>Servicios, suministros y capacitación para el aut manejo de la diabetes</b>	Suministros para control de la diabetes cubiertos por Medicare <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$10 para 50 tiras reactivas/sensores</li> <li>• Copago de \$10 para lancetas</li> <li>• Copago de \$0 para un glucómetro</li> </ul>	Suministros para control de la diabetes cubiertos por Medicare <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 % del costo total de 50 tiras reactivas/sensores</li> <li>• 20 % del costo total de las lancetas</li> <li>• 0 % del costo total del glucómetro</li> </ul>



Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios</b>	Otros procedimientos/pruebas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por visita a un centro contratado de FHCP dentro de la red.</li> <li>• \$0 por visita a un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o a un departamento de un proveedor de un hospital/una clínica dentro de la red.</li> </ul>	Otros procedimientos/pruebas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10 por visita a un centro contratado de FHCP dentro de la red.</li> <li>• \$50 por visita a un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o a un departamento de un proveedor de un hospital/una clínica dentro de la red.</li> </ul>
<b>Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios (servicios psiquiátricos)</b>	Se requiere autorización previa para los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios proporcionados por un psiquiatra.	<u>No</u> se requiere autorización previa para los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios proporcionados por un psiquiatra.
<b>Servicios de rehabilitación ambulatoria (fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje)</b>	<u>No</u> se requiere autorización previa para recibir los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.	Se requiere autorización previa para recibir determinados servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.
<b>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b>	Se requiere autorización previa para recibir servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.	<u>No</u> se requiere autorización previa para recibir servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.
<b>Productos de venta libre (OTC)</b>	Usted paga un copago de \$0 por subsidio de productos de venta libre. Usted recibe un subsidio de beneficios de \$75 cada tres meses para utilizar para la compra de artículos elegibles.	Usted paga un copago de \$0 por subsidio de productos de venta libre. Usted recibe un subsidio de beneficios de \$80 cada tres meses para utilizar para la compra de artículos elegibles.
<b>Servicios de podología (beneficios adicionales)</b>	Usted paga un copago de \$10 por visita de rutina. Limitado a 6 visitas por año.	Los servicios de podiatría de rutina <u>no</u> están cubiertos.

---

## Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

---

### Cambios a nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra Lista de Medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de Medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra “Lista de medicamentos” en forma electrónica.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos” que podría incluir la eliminación o adición de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o el traslado de estos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si se aplicará alguna restricción, o si su medicamento ha pasado a otro nivel de costo compartido.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) considere inseguros o que un fabricante de productos retire del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de farmacia al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

### Cambios a los costos de los medicamentos recetados

**Nota:** Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.** Le hemos enviado por separado una información adicional denominada “Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también llamada Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido esta información al 30 de septiembre de 2023, llame a Servicios para Miembros y solicite la Cláusula LIS.

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La siguiente información muestra los cambios con respecto a las primeras dos etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de miembros no llega a las otras dos etapas, la Etapa de brecha en la cobertura o la Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos).

## Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b>	Ya que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica a usted.	Ya que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica a usted.

## Cambios en sus costos compartidos en la etapa inicial de cobertura

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b>	Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:	Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:
Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b>	<b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$17 por medicamento recetado.	<b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$17 por medicamento recetado.
La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno.	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento recetado.	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento recetado.
Los costos en esta fila son para un suministro de 1 mes (31 días) cuando surta su medicamento recetado en una farmacia de la red. Para obtener información acerca de los costos: para un suministro a largo plazo o para medicamentos recetados de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura.</i>	<b>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento recetado <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$5 por receta	<b>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento recetado <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$5 por receta
Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra "Lista de medicamentos". Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la "Lista de medicamentos".	<b>Nivel 3 (medicamentos de marca preferida):</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento recetado. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$44 por medicamento recetado Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.	<b>Nivel 3 (medicamentos de marca preferida):</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento recetado. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$44 por medicamento recetado Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p><b>Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$100 por medicamento recetado.                      Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$95 por medicamento recetado                      Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><b>Nivel 5 (medicamentos especializados):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga el 33 % del costo total                      Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga el 33 % del costo total                      Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><b>Nivel 6 (vacunas [\$0 de costo compartido]):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Sin cobertura  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Sin cobertura</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha en la cobertura).</p>	<p><b>Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$100 por medicamento recetado.                      Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$95 por medicamento recetado                      Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><b>Nivel 5 (medicamentos especializados):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga el 33 % del costo total                      Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga el 33 % del costo total                      Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><b>Nivel 6 (vacunas [\$0 de costo compartido]):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$0 por medicamento recetado.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha en la cobertura).</p>

## Cambios en las etapas de brecha en la cobertura y la cobertura para eventos médicos catastróficos

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la etapa de brecha en la cobertura y la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos, son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la etapa de brecha en la cobertura o la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos.**

**A partir de 2024, si ingresa a la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Para obtener información específica acerca de sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 2.1 – Si desea continuar en FHCP Medicare Premier Advantage

**Para quedarse en nuestro plan, no necesita hacer nada.** Si no se inscribe en un plan distinto ni cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente quedará inscrito en nuestro plan FHCP Medicare Premier Advantage.

### Sección 2.2 - Si desea cambiar de plan

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2024, siga estos pasos:

#### Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare
- *O--* Usted puede cambiarse a Medicare Original. Si usted se cambia a Medicare Original, deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 relacionada a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, llame a su Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Como recordatorio, Florida Blue Medicare, Inc. (DBA FHCP Medicare) ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, los pagos mensuales y las cantidades de costos compartidos.

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se dará de baja de FHCP Medicare Premier Advantage automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Se dará de baja de FHCP Medicare Premier Advantage automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, entonces deberá hacer lo siguiente:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para dar de baja su inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto.
  - – o – Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana y solicitar que se dé de baja su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2024.

### ¿Se pueden realizar cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben la “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o dejan la cobertura de su empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2024 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta por separado de Medicare) en cualquier momento.

## SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (SHIP, en inglés) es un programa gubernamental que tiene asesores capacitados en cada estado. En Florida, SHIP se denomina SHINE (Atención de Necesidades de Seguro Médico de Ancianos).

Es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer asesoramiento **gratuito** sobre seguros médicos a las personas de la comunidad que tienen Medicare. Los asesores de SHINE pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder sus preguntas acerca de pasarse a otros planes. Puede llamar a SHINE al 1-800-963-5337. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-955-8770. Puede conocer más de SHINE, visite su sitio de Internet ([www.FLORIDASHINE.org](http://www.FLORIDASHINE.org)).

## SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta médica

Usted puede calificar para obtener ayuda para pagar sus medicinas recetadas. A continuación, presentamos una lista de los diferentes tipos de ayuda.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas que poseen ingresos limitados pueden calificar para la “Ayuda Adicional” para pagar sus costos de los medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas para medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califican no tendrán una multa por brecha de la cobertura o por inscripción tardía. Para ver si califica, llame:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes entre las 8 a. m. y las 7 p. m. para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778.
  - A su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia con Medicamentos para personas con SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que los individuos que viven con VIH/SIDA elegibles para ADAP tengan acceso a los medicamentos vitales contra el VIH/SIDA. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y la condición sin cobertura o sin cobertura completa. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para una asistencia de costos compartidos de medicamentos a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Florida. Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP) de Florida directamente al 1-800-352-2437 (TTY: 1-888-503-7118) o escríbales a: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399.

## SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

### Sección 6.1 – Recibir ayuda de FHCP Medicare Premier Advantage

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-866-6559. (Los usuarios de TTY solamente deben llamar al 1-800-955-8770). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura 2024* (contiene información sobre los costos y los beneficios para el próximo año)**

Esta *Notificación anual de cambios* le brinda un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura 2024* de FHCP Medicare Premier Advantage. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de sus beneficios del plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo postal.

#### **Visite nuestro sitio de Internet**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario*/"*Lista de medicamentos*").

### Sección 6.2 - Para recibir ayuda de Medicare

Para obtener más información directamente de Medicare:

#### **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).**

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### **Visite el sitio de Internet de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Posee información sobre los costos, la cobertura, y las calificaciones de estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).



**Lea Medicare y Usted 2024**

Lea el manual *Medicare y Usted 2024 (Medicare & You 2024)*. Durante el otoño, se envía por correo este documento a las personas con Medicare. Este incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. Visit [fhcpmedicare.com/ndnotice](https://fhcpmedicare.com/ndnotice) **ENG** for information on our free language assistance services.

Nosotros cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Para obtener información sobre nuestros servicios gratuitos de asistencia lingüística, visite [fhcpmedicare.com/ndnotice](https://fhcpmedicare.com/ndnotice) **SPA**.

Form Approved  
OMB# 0938-1421

### Servicios de intérprete en varios idiomas

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-833-866-6559. (TTY users should call 1-800-955-8770). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-866-6559. (TTY: 1-800-955-8773). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电1-833-866-6559。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電1-833-866-6559。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-833-866-6559. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-833-866-6559. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-833-866-6559. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-866-6559. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-866-6559. 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-833-866-6559. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول . سيقوم . 1-833-866-6559 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على

Form CMS-10802

Form Approved  
OMB# 0938-1421

بمساعتك. هذه خدمة مجانية شخص ما يتحدث العربية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-833-866-6559 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-833-866-6559. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-833-866-6559. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-866-6559. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-833-866-6559. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-833-866-6559. にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサービスです。

Form CMS-10802  
(Expires 12/31/25)