



2025

GUÍA DE DECISIONES DE MEDICARE

#1 Plan Medicare Advantage

elegido por las personas de Minnesota¹



Acceso al **97%** de los médicos en Minnesota²



Casi el **95%** de los afiliados mantiene su plan Blue Cross Medicare³



La mejor calificación de los afiliados para el servicio al cliente de Medicare⁴

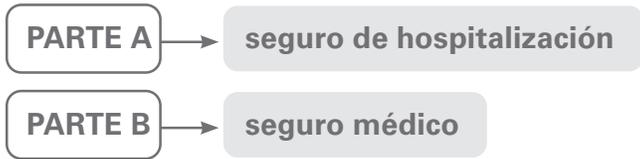


Brinda servicios a Minnesota como una organización sin fines de lucro desde hace más de 90 años⁵

¹Basado en los datos de inscripción de CMS de enero de 2024. ²Médicos contratados por Medicare en comparación con los datos internos de Blue Cross and Blue Shield of Minnesota, abril de 2024. Se pueden aplicar algunas limitaciones de la red. Cada proveedor de atención médica es un contratista independiente y no es nuestro agente. ³Inscripciones mensuales a Medicare de Highmark del 31 de enero de 2024, en comparación con el 31 de diciembre de 2023. ⁴Basado en los resultados de CAHPS de 2023. Cada año, Medicare evalúa los planes con un sistema de calificación de 5 estrellas. La información sobre la calificación por estrellas está en [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare). Para 2023, Medicare otorgó a Blue Cross and Blue Shield of Minnesota la siguiente calificación por estrellas para planes: 4.5 estrellas. ⁵[bluecrossmn.com/about](https://www.bluecrossmn.com/about).

¿QUÉ CUBRE ORIGINAL MEDICARE?

Original Medicare es un programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más y personas con determinadas discapacidades. Original Medicare incluye:



Original Medicare no cubre todo y no tiene un límite para lo que podría terminar pagando de su bolsillo en gastos médicos cada año.



CUBRIR LO QUE ORIGINAL MEDICARE NO CUBRE

Un plan de Medicare Blue Cross and Blue Shield of Minnesota puede ayudarle a cubrir lo que le falta a Original Medicare y a administrar los gastos de su bolsillo. Puede elegir entre una variedad de planes de Blue Cross que se adaptan a sus necesidades, que incluyen:

- **Medicare Advantage (PPO):** plan médico y de medicamentos recetados con acceso al 97 % de los médicos de Minnesota. Además, cobertura de cuidados dentales preventivos, de la vista y la audición, beneficios de viaje generosos de hasta 12 meses, un beneficio de acondicionamiento físico y más. O bien, complemente sus beneficios de VA con un plan Medicare Advantage diseñado para veteranos que solo incluye cobertura médica.
- **Medicare Supplement:** es un plan que solo incluye cobertura médica y ofrece niveles de cobertura, desde planes integrales con copagos mínimos hasta planes con cobertura básica.
- **MedicareBlueSM Rx (PDP):** cobertura independiente de medicamentos recetados.
- **Platinum BlueSM con receta (Cost):** cobertura combinada de atención médica y medicamentos recetados o cobertura médica únicamente. Además, cobertura de cuidados dentales preventivos para la mayoría de los planes, excelentes beneficios de viaje de hasta 9 meses, un beneficio de acondicionamiento físico y más.



**Plan Medicare Advantage n.º 1*
y plan Medicare Cost n.º 1*
elegidos por las personas
de Minnesota**

ESTAMOS A SU DISPOSICIÓN

Obtenga más información sobre nuestros planes de Medicare y encuentre uno adecuado para usted. Si alguna vez necesita ayuda, nuestros asesores expertos están disponibles para responder sus preguntas e inscribirlo en un plan de Medicare.



Hable con un asesor de Blue Cross Medicare o programe una cita al **1-844-290-5808**, TTY **711** 8 a. m. a 8 p. m. todos los días, hora central
bluecrossmn.com/PlanAdvisor



Compare planes, localice un taller sobre Medicare y envíe su solicitud en línea disponible en es.bluecrossmn.com/Med25

*Basado en los datos de inscripción de CMS de enero de 2024.

Los planes de Medicare están disponibles según el condado en el que viva

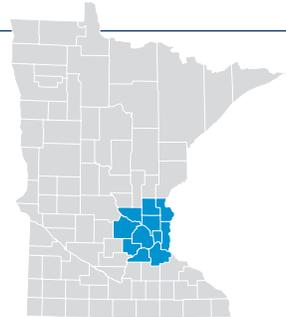
Medicare Supplement y MedicareBlue Rx (PDP) están disponibles en todos los condados de Minnesota.

Medicare Advantage (PPO), con Freedom BlueSM incluido, está disponible en los siguientes condados:

Región metropolitana

Anoka, Carver, Chisago, Dakota, Hennepin, Isanti, Ramsey, Scott, Sherburne, Washington, Wright

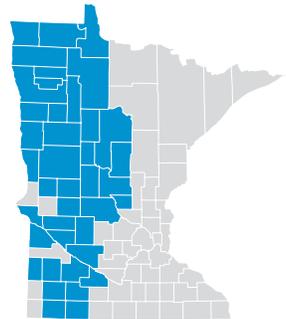
Planes: *Core, Comfort, Choice, Complete, Freedom Blue*



Región oeste

Becker, Beltrami, Benton, Big Stone, Brown, Cass, Chippewa, Clay, Clearwater, Cottonwood, Crow Wing, Douglas, Grant, Hubbard, Jackson, Kandiyohi, Kittson, Lac qui Parle, Lake of the Woods, Lincoln, Lyon, Mahnommen, Marshall, Morrison, Murray, Nobles, Norman, Otter Tail, Pennington, Polk, Pope, Red Lake, Redwood, Renville, Roseau, Stearns, Swift, Todd, Wadena, Wilkin

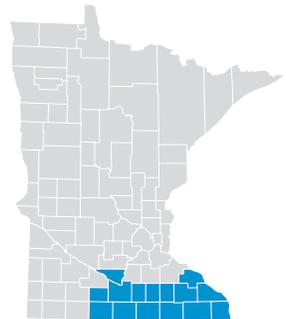
Planes: *Core, Comfort, Choice, Complete, Freedom Blue*



Región sur

Blue Earth, Dodge, Faribault, Fillmore, Freeborn, Houston, Martin, Mower, Nicollet, Olmsted, Steele, Wabasha, Waseca, Watonwan, Winona

Planes: *Core, Choice, Complete, Freedom Blue*

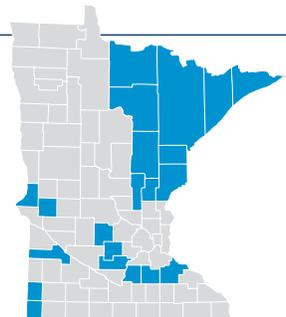


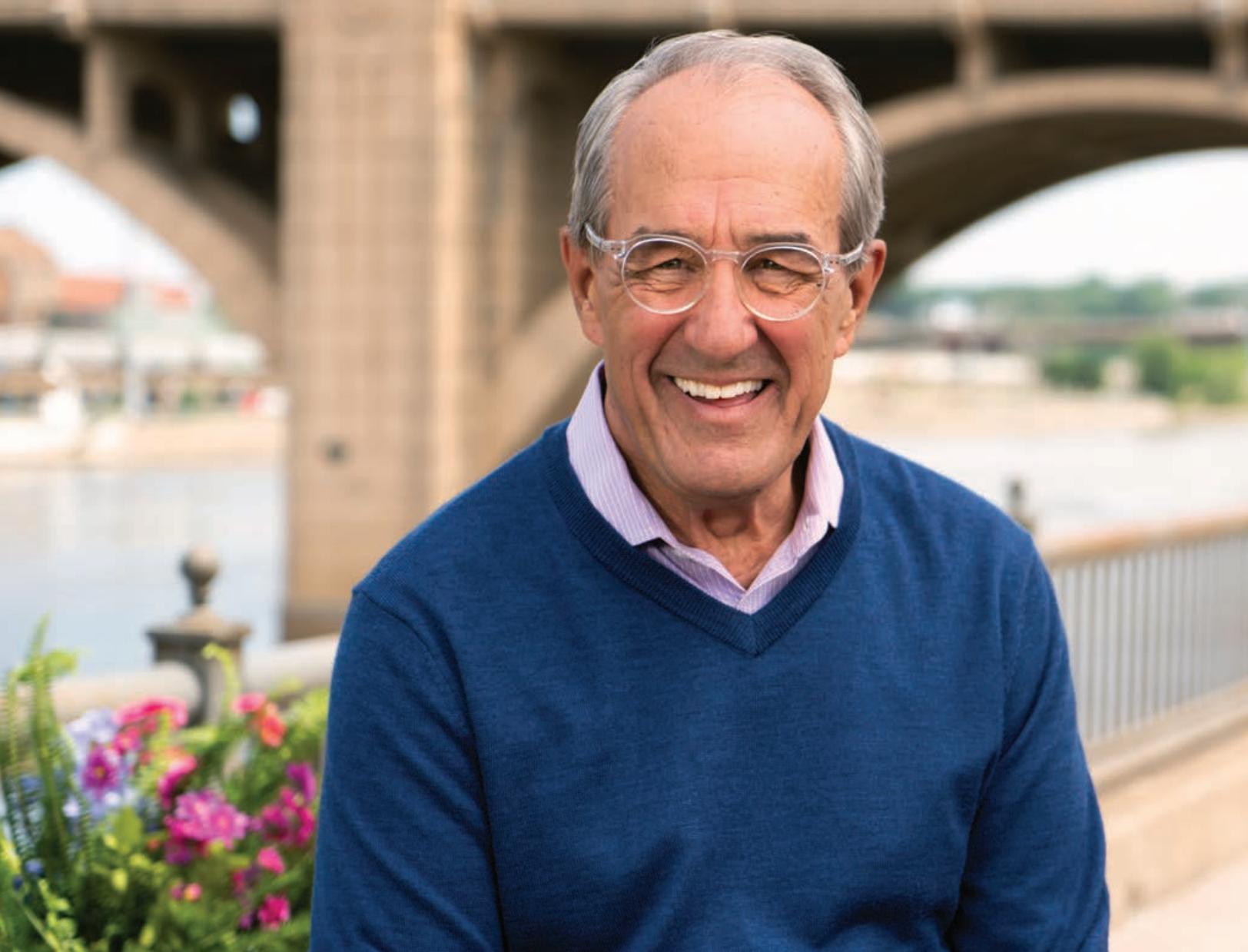
Platinum Blue con receta (Cost) está disponible en los siguientes condados:

Región noreste Plus

Aitkin, Carlton, Cook, Goodhue, Itasca, Kanabec, Koochiching, Lake, Le Sueur, McLeod, Meeker, Mille Lacs, Pine, Pipestone, Rice, Rock, Sibley, St. Louis, Stevens, Traverse, Yellow Medicine

Planes: *Core, Choice, Complete*





Veamos más a fondo los detalles de los planes

Medicare Advantage (PPO).....	4
Freedom Blue (solo cobertura médica)...	6
Medicare Supplement	8
MedicareBlue Rx (PDP).....	10
Platinum Blue con Rx (Cost).....	12
Explore los recursos y beneficios adicionales del plan.....	14
Comparación: Medicare Advantage y Medicare Supplement	15



Medicare Advantage (PPO)

Requisitos de elegibilidad: Tener la Parte A y la Parte B de Medicare (y seguir pagando su prima de la Parte B) • Vivir en el área de disponibilidad del plan (consulte la página 2)

Busque y elija proveedores y farmacias dentro de la red para recibir una atención de calidad a un menor costo.



ENCUENTRE PROVEEDORES DENTRO DE LA RED

Los médicos, las clínicas y los hospitales varían según la región.

- **Regiones metropolitana y oeste:** bluecrossmn.com/HighValue
- **Región sur:** bluecrossmn.com/Southern



ENCUENTRE FARMACIAS DENTRO DE LA RED

Surta sus recetas en miles de farmacias, incluidas Costco, Cub, CVS, Hy-Vee, Thrifty White Drug, Walgreens, Walmart y más (a partir de julio de 2024), y a través del servicio de pedido por correo.

Búsqueda de farmacias: bluecrossmn.com/Pharmacy
Búsqueda de medicamentos con receta: bluecrossmn.com/Drugs



ENCUENTRE DENTISTAS DENTRO DE LA RED

Todos los planes incluyen cobertura de cuidados dentales preventivos para preservar su estado de salud en general.

bluecrossmn.com/MedicareDental



COBERTURA QUE VIAJA CON USTED

Hasta 12 meses de viaje con acceso a una red en todo el país. No importa dónde se encuentre, la atención de urgencia y los servicios de emergencia siempre están cubiertos. Se pueden aplicar costos compartidos.

Esta tabla es un resumen y no es una descripción completa de los beneficios. Las regiones se indican si el monto o la cobertura varían. Para obtener más detalles sobre la cobertura, comuníquese con nosotros al 1-844-290-5808. Los usuarios TTY deben marcar 711.

¹Los costos de desembolso personal incluyen el monto que paga por los medicamentos cubiertos durante el año calendario. Esto no incluye el monto que pagó el plan ni las primas que usted paga. ²El beneficio máximo del plan es el monto máximo que el plan pagará por todos los servicios odontológicos cubiertos dentro y fuera de la red. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para obtener más información, incluido el monto de los costos compartidos para los servicios cubiertos, excepciones y limitaciones.

BENEFICIOS MÉDICOS

Prima mensual del plan

Reducción de la prima de la Parte B de Medicare (devolución)

Deducible anual

Gasto máximo de desembolso personal anual

Dentro de la red/Combinados dentro y fuera de la red

Visitas al consultorio

- Atención primaria, examen físico anual
- Especialista

Atención de emergencia

En los Estados Unidos y en todo el mundo

Atención de urgencia

Cirugía ambulatoria/ estadía en observación

Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados

*Del 1.º al 5º día; \$0 del 6.º al 90.º día

Mamografías y colonoscopías de diagnóstico

Pruebas/procedimientos de diagnóstico

Ambulancia (aérea y terrestre, de ida)

BENEFICIOS POR MEDICAMENTOS RECETADOS

Deducible anual

Cobertura inicial (suministro para 31 días)

Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos

Nivel 2: medicamentos genéricos

Nivel 3: medicamentos de marca preferidos

Nivel 4: medicamentos no preferidos

Nivel 5: medicamentos de especialidad

Cobertura para catástrofes

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

BENEFICIOS DENTALES

Deducible

Servicios preventivos

Servicios restaurativos

Servicios integrales

Beneficio máximo del plan²



CORE	COMFORT (Nota: este plan no está disponible en la región sur)	CHOICE	COMPLETE
M y W \$0 S \$39	M \$48 W \$59	M \$96 W \$105 S \$144	M \$187 W \$228 S \$228
M y W Hasta \$5.80 mensuales S N/A	N/A	N/A	N/A
\$0	\$0	\$0	\$0
M \$4,900/\$7,900 W \$4,900/\$7,900 S \$6,700/\$10,000	M \$3,700/\$5,450 W \$3,800/\$5,750	M \$3,000/\$5,150 W \$3,100/\$5,150 S \$3,500/\$5,150	\$2,900/\$5,100
\$0 M y S \$40 de copago W \$45 de copago	\$0 M \$40 de copago W \$45 de copago	\$0 M y S \$35 de copago W \$40 de copago	\$0 \$20 de copago
\$125 de copago	\$140 de copago	\$140 de copago	\$140 de copago
\$45 de copago	\$45 de copago	\$40 de copago	\$30 de copago
M \$350 de copago por estadía W \$400 de copago por estadía S \$415 de copago por estadía	\$300 de copago por estadía	M y W \$175 de copago por estadía S \$250 de copago por estadía	\$150 de copago por estadía
M \$300 de copago por día* W \$350 de copago por día* S \$375 de copago por día*	\$400 de copago por estadía	M \$200 de copago por estadía W y S \$250 de copago por estadía	\$150 de copago por estadía
\$0	\$0	\$0	\$0
M y W \$25 de copago S \$30 de copago	M \$25 de copago W \$30 de copago	\$25 de copago	\$10 de copago
M y W \$290 de copago S \$315 de copago	\$250 de copago	\$250 de copago	\$200 de copago
\$0 en niveles 1 y 2; \$350 en niveles 3 a 5	M \$0 en niveles 1 y 2; \$300 en niveles 3 a 5; W \$0 en niveles 1 y 2; \$275 en niveles 3 a 5	\$0 en todos los niveles	\$0 en todos los niveles
Dentro de la red \$0 de copago \$0 de copago 25 % de coseguro 45 % de coseguro 28 % de coseguro	Dentro de la red \$0 de copago \$0 de copago M 21 % de coseguro W 20 % de coseguro 42 % de coseguro M 29 % de coseguro W 28 % de coseguro	Dentro de la red \$0 de copago \$0 de copago 25 % de coseguro 42 % de coseguro 33 % de coseguro	Dentro de la red \$0 de copago \$0 de copago \$47 de copago 45 % de coseguro 33 % de coseguro
\$0 para todos los planes una vez que sus costos anuales de desembolso personal en medicamentos alcancen los \$2,000. ¹			
Este programa opcional permite a los afiliados distribuir su parte de los costos de desembolso personal para medicamentos recetados en pagos mensuales.			
\$0	\$0	\$0	\$0
\$0 por exámenes dentales (2), limpiezas (2), tratamientos con flúor (2), radiografías (1) y limpiezas periodontales (2)	30 % de coseguro; empastes		
Sin cobertura	50 % de coseguro; extracciones, endodoncia, periodoncia, servicios restaurativos especiales, prótesis, coronas, procedimientos quirúrgicos orales; los procedimientos cosméticos no están cubiertos		
\$2,000	M \$2,000 W \$1,500	M y S \$2,000 W \$1,500	\$2,000

Medicare Advantage Freedom Blue (PPO): solo cobertura médica

Requisitos de elegibilidad: Tener la Parte A y la Parte B de Medicare (y seguir pagando su prima de la Parte B) • Vivir en el área de disponibilidad del plan (consulte la página 2)



La tabla que figura en la página siguiente es un plan médico únicamente. Si ya tiene cobertura de medicamentos acreditable a través de VA, TRICARE o servicios similares, le recomendamos que considere este plan.

ENCUENTRE PROVEEDORES DENTRO DE LA RED

Busque y elija proveedores dentro de la red para recibir una atención de calidad a un menor costo.

bluecrossmn.com/HighValue

ENCUENTRE DENTISTAS DENTRO DE LA RED

Este plan incluye cobertura odontológica preventiva e integral sin período de espera.

bluecrossmn.com/MedicareDental

COBERTURA QUE VIAJA CON USTED

Viaje hasta por 12 meses consecutivos dentro de los Estados Unidos y obtenga beneficios dentro de la red por parte de proveedores seleccionados.

No importa dónde se encuentre, la atención de urgencia y los servicios de emergencia siempre están cubiertos. Se pueden aplicar costos compartidos.

RESUMEN DEL PLAN

- Complemente sus beneficios actuales de VA o TRICARE
- Prima de \$0
- Hasta \$100 de devolución mensual de prima de la Parte B de Medicare
- Tarjeta Flex de \$100 por trimestre* para artículos de venta libre elegibles

*El saldo trimestral no es acumulable.

Devolución de prima de la Parte B de Medicare

Si paga una prima de la Parte B de Medicare, puede recibir una reducción o devolución de la prima de la Parte B de **hasta \$100 por mes**.

Esta reducción se administra a través de la Administración del Seguro Social y se reflejará como un aumento en su cheque del Seguro Social o un crédito en su estado de cuenta de la prima de la Parte B.



Apoyamos con orgullo

Blue Cross recibió el premio **2024 Secretary of Defense Employer Support Freedom Award**. Este es el reconocimiento más alto otorgado por el gobierno de los Estados Unidos a los empleadores por su apoyo a los empleados de la Guardia y la Reserva.¹

Blue Cross es el primer plan médico de Minnesota en ser designado como **una compañía Beyond the Yellow Ribbon** por su apoyo a los miembros del servicio militar, los veteranos y sus familias.²

¹<https://www.esgr.mil/News-Events/Press-Releases/articleType/ArticleView/articleId/10533/ESGR-Announces-2024-Secretary-of-Defense-Freedom-Award-Recipients>. ²"Blue Cross Blue Shield recognized as Beyond the Yellow Ribbon company", por Sun Thisweek, 27 de enero de 2016; ngmnpublish.azurewebsites.us/btyr-companies, 2023.

BENEFICIOS	
Prima mensual del plan	\$0
Reducción de la prima de la Parte B de Medicare (devolución)	Hasta \$100 mensuales
Deducible anual	\$0
Gasto máximo de desembolso personal anual Dentro de la red (IN), Fuera de la red (OON) Los costos por atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos, las pruebas de audición de rutina y los audífonos no están incluidos en los totales de gastos máximos.	\$4,200 IN; \$7,500 combinados de IN y OON
Visitas al consultorio • Atención primaria, examen físico anual • Especialista	\$0 \$30 de copago
Atención de emergencia En los Estados Unidos y en todo el mundo	\$125 de copago
Atención de urgencia	\$35 de copago
Cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios	\$150 de copago por cirugía; \$100 de copago por centro quirúrgico ambulatorio
Hospitalización	\$200 de copago por estadía
Mamografías y colonoscopías de diagnóstico	\$0
Pruebas/procedimientos de diagnóstico	\$20 de copago
Ambulancia (aérea y terrestre, de ida)	\$200 de copago
BENEFICIOS DENTALES	
Deducible	\$0
Servicios preventivos Exámenes dentales (2), limpiezas (2), tratamientos con flúor (2), radiografías (1), limpiezas periodontales (2)	\$0
Servicios integrales Empastes, extracciones, endodoncia, periodoncia (tratamiento para la periodontitis y la gingivitis), servicios restaurativos especiales, prótesis, coronas, procedimientos quirúrgicos orales Nota: los procedimientos cosméticos no están cubiertos.	20 % de coseguro
Beneficio máximo del plan*	\$2,500

Esta tabla es un resumen y no es una descripción completa de los beneficios. Los **montos y/o la cobertura indicados se aplican a todas las regiones**. Para obtener más detalles sobre la cobertura, comuníquese con nosotros al 1-844-290-5808. Los usuarios TTY deben marcar 711.

*El beneficio máximo del plan es el monto máximo que el plan pagará por todos los servicios odontológicos cubiertos dentro y fuera de la red. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para obtener más información, incluido el monto de los costos compartidos para los servicios cubiertos, excepciones y limitaciones.

Medicare Supplement

Requisitos de elegibilidad: Tener la Parte A y la Parte B de Medicare (y seguir pagando su prima de la Parte B) • Vivir en Minnesota al momento de la inscripción

PROVEEDORES

La asignación de Medicare es aceptada en todo el país por la mayoría de los proveedores. Consulte a cualquier proveedor que acepte la asignación de Medicare para disfrutar de los beneficios dentro de la red con nuestro plan Medicare Supplement Basic, el plan Medicare Supplement con copagos (Plan N) y el plan Medicare Supplement con cobertura de deducible alto (Plan F de deducible alto).

Aspectos adicionales para tener en cuenta

- El plan Medicare Supplement solo incluye cobertura médica y no cubre medicamentos recetados. Puede combinar un plan Medicare Supplement con cualquier plan independiente de medicamentos recetados.
- Un plan Medicare Supplement puede combinarse con su cobertura de Original Medicare. Original Medicare es su cobertura principal y el plan Medicare Supplement es su cobertura secundaria.
- Si solicita un plan Medicare Supplement más de seis meses después del mes en que comienza su cobertura de la Parte B, es posible que deba presentar su historia clínica junto con la solicitud y que no cumpla con los requisitos del plan Medicare Supplement.

COBERTURA QUE VIAJA CON USTED

Resida en cualquier parte de los EE. UU. o viaje allí y obtenga beneficios dentro de la red cuando consulte con un proveedor que acepte la asignación de Medicare. No importa dónde se encuentre, los servicios de emergencia siempre están cubiertos. Se pueden aplicar costos compartidos.



OPCIONES DE PLANES MÉDICOS

Prima mensual del plan

- Deducible de la Parte A
- Deducible de la Parte B¹
- Gastos y suministros médicos que excedan los cargos aprobados por Medicare y no estén cubiertos por la Parte B de Medicare
- Beneficios preventivos complementarios no cubiertos por Medicare (oftalmología, audición, examen físico anual; hasta un máximo de \$120 por año calendario)

Total al incluir todas las cláusulas adicionales.

Deducible anual

Gasto máximo de desembolso personal anual

Examen físico anual

Visitas al consultorio

- Atención primaria
- Especialista

Atención de emergencia

En los Estados Unidos y en todo el mundo

Atención de urgencia (dentro de los EE. UU.)

Pruebas/procedimientos de diagnóstico

Hospitalización

Por periodo de beneficio

Estadía en observación

Consulta ambulatoria en el hospital

Ambulancia (por aire y tierra)

PLAN F DE DEDUCIBLE ALTO		PLAN N		BASIC	
No fumador	Estándar	No fumador	Estándar	No fumador	Estándar
\$54	\$69.10	\$178.05	\$213.65	\$243.80	\$283.85
Cobertura del 100 % después de que se alcanza el deducible alto Sin cobertura 100 % de cobertura Sin cobertura		100 % de cobertura Sin cobertura 100 % de cobertura Sin cobertura		OPCIONAL	
				<i>Agregar cláusulas adicionales al plan:</i> + \$ 36.00 por 100 % de cobertura	<i>Agregar cláusulas adicionales al plan:</i> + \$ 36.00 por 100 % de cobertura
				Sin cobertura + \$ 1.00 por 100 % de cobertura	Sin cobertura + \$ 1.00 por 100 % de cobertura
				+ \$ 4.00 _____ = \$284.80	+ \$ 4.00 _____ = \$324.85
\$2,800 (en 2024) ²		Usted será responsable de alcanzar el deducible de la Parte B de Medicare.		\$0 de deducible de la Parte A cuando se selecciona la cláusula adicional. Usted será responsable de alcanzar el deducible de la Parte B de Medicare. ¹	
Después de alcanzar los deducibles anuales, hay un costo compartido mínimo o nulo para servicios y suministros elegibles. No hay límite para los gastos de su bolsillo.		No hay límite para los gastos de su bolsillo.		Al seleccionar todas las cláusulas adicionales del plan, los gastos de su bolsillo son mínimos o nulos. No hay límite para los gastos de su bolsillo.	
Sin cobertura		Sin cobertura		\$120 de máximo anual con la selección de la cláusula adicional	
\$0		\$20 de copago		\$0	
\$0 en los Estados Unidos y en todo el mundo		\$50 de copago en los Estados Unidos; 20 % de coseguro en todo el mundo		\$0 en los Estados Unidos; 20 % de coseguro en todo el mundo	
\$0		\$0		\$0	
\$0		\$0		\$0	
\$0; límite de 365 días por periodo de beneficio		\$0; límite de 365 días por periodo de beneficio		\$0; sin límite de días	
\$0		\$0		\$0	
\$0		\$0		\$0	
\$0		\$0		\$0	

Esta tabla es un resumen y no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más detalles sobre la cobertura, comuníquese con nosotros al 1-844-290-5808. Los usuarios TTY deben marcar 711.

¹La Ley Federal de Acceso a Medicare y Reautorización de CHIP de 2015 (MACRA, por sus siglas en inglés) prohíbe la cobertura del deducible de la Parte B de Medicare para las personas que recientemente fueron elegibles para Medicare a partir del 1 de enero de 2020. Póngase en contacto con nosotros o con su agente para averiguar cómo/si esto aplica para usted.

²Sujeto a cambios según las regulaciones estatales y federales.

Blue Cross ofrece planes Medicare Supplement adicionales, incluido Senior GoldSM. Visite bluecrossmn.com/MedicareSupplementPlan para obtener más información o llame al 1-888-329-8250. Los usuarios TTY deben marcar 711, de 8 a. m. a 5 p. m. todos los días, hora central, para hablar con un especialista en productos.

MedicareBlue Rx (PDP)

Requisitos de elegibilidad: Tener la Parte A, la Parte B de Medicare o ambas (y seguir pagando su prima de la Parte B)
• Vivir en el área de disponibilidad del plan (consulte la página 2)

Ahorre dinero en miles de farmacias dentro de la red en todo el país. Además, obtenga ahorros adicionales en farmacias preferidas dentro de su red.



ENCUENTRE FARMACIAS DENTRO DE LA RED

Cuando usa una farmacia preferida puede ahorrar aún más, ya que estas farmacias pueden tener copagos y coseguros más bajos para medicamentos recetados. Compruebe que su farmacia esté dentro de la red y que sus medicamentos con receta (Rx) estén cubiertos.

YourMedicareSolutions.com/PlanTools

AYUDA ADICIONAL DE LA PARTE D DE MEDICARE

Si tiene ingresos y recursos financieros limitados, es posible que sea elegible para el programa de Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) del Seguro Social. Consúltenos para obtener más información o visite ssa.gov.

EVITE UNA MULTA

Inscríbase en un plan de la Parte D la primera vez que sea elegible para no tener que pagar una multa por inscripción tardía de Medicare. Obtenga más información en bluecrossmn.com/Penalty.



*A partir de julio de 2024.

Cada farmacia es un proveedor independiente y no es agente nuestro.

OPCIONES DE PLAN DE LA PARTE D

Prima mensual del plan

Deducible anual

Cobertura inicial (suministro para 30 días)

Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos

Nivel 2: medicamentos genéricos

Nivel 3: medicamentos de marca preferidos

Nivel 4: medicamentos no preferidos

Nivel 5: medicamentos de especialidad

Cobertura para catástrofes

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Las farmacias preferidas incluyen

Servicio de pedido por correo

ESTÁNDAR		PREMIER	
\$51		\$116.90	
\$590 para todos los niveles		\$0 en todos los niveles	
Farmacia preferida \$0 \$2 de copago 23 % de coseguro 48 % de coseguro 25 % de coseguro	Farmacia estándar \$7 de copago \$11 de copago 25 % de coseguro 50 % de coseguro 25 % de coseguro	Farmacia preferida \$0 \$0 20 % de coseguro 40 % de coseguro 33 % de coseguro	Farmacia estándar \$15 de copago \$20 de copago 25 % de coseguro 45 % de coseguro 33 % de coseguro
\$0 para todos los planes una vez que sus costos anuales de desembolso personal en medicamentos alcancen los \$2,000.*			
Este programa opcional permite a los afiliados distribuir su parte de los costos de desembolso personal para medicamentos con receta en pagos mensuales.			
CVS, Hy-Vee y Walmart		CVS, Hy-Vee y Walmart	
El pedido por correo preferido (entrega a domicilio) incluye estas farmacias: entrega a domicilio por Amazon Pharmacy y entrega a domicilio por Express Scripts Pharmacy. Consulte su Evidencia de cobertura para ver los costos compartidos.			

Esta tabla es un resumen y no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más detalles sobre la cobertura, comuníquese con nosotros al 1-844-290-5808. Los usuarios TTY deben marcar 711.

*Los costos de su bolsillo incluyen el monto que usted pagó por los medicamentos cubiertos durante el año calendario. Esto no incluye el monto que pagó el plan ni las primas que usted paga.



¿SABÍA QUÉ...?

Cada año, Medicare evalúa los planes a partir de un sistema de calificación de 5 estrellas. Para ver las calificaciones de estrellas de MedicareBlue Rx y obtener más información, visite

YourMedicareSolutions.com/StarRatings.

Platinum Blue con receta (Cost)

Requisitos de elegibilidad: Tener la Parte A y la Parte B de Medicare (y seguir pagando su prima de la Parte B)

- Vivir en el área de disponibilidad del plan (consulte la página 2)

Busque y elija proveedores y farmacias dentro de la red para recibir una atención de calidad a un menor costo.



ENCUENTRE PROVEEDORES DENTRO DE LA RED

Acceso a una amplia red de médicos, clínicas y hospitales.

Región noreste Plus: bluecrossmn.com/Platinum



ENCUENTRE FARMACIAS DENTRO DE LA RED

Surta sus recetas en miles de farmacias, incluidas Costco, Cub, CVS, Hy-Vee, Thrifty White Drug, Walgreens, Walmart y más (a partir de julio de 2024), y a través del servicio de pedido por correo.

Búsqueda de farmacias: bluecrossmn.com/Pharmacy

Búsqueda de medicamentos con receta: bluecrossmn.com/Drugs



ENCUENTRE DENTISTAS DENTRO DE LA RED

Los planes Choice y Complete incluyen cobertura odontológica preventiva para ayudar a preservar su estado de salud en general.

bluecrossmn.com/MedicareDental



COBERTURA QUE VIAJA CON USTED

Viaje hasta nueve meses por año calendario dentro de los EE. UU. y reciba beneficios dentro de la red cuando visite a un proveedor que acepte la asignación de Medicare. No importa dónde se encuentre, la atención de urgencia y los servicios de emergencia siempre están cubiertos. Se pueden aplicar costos compartidos.

Plan disponible que solo incluye cobertura médica

Existe un plan Platinum Blue disponible que solo incluye cobertura médica y se puede combinar con cualquier plan independiente de medicamentos recetados.

BENEFICIOS MÉDICOS

Prima mensual del plan

Deducible anual

Gasto máximo de desembolso personal anual

Examen físico anual

Visitas al consultorio

- Atención primaria
- Especialista

Atención de emergencia

En los Estados Unidos y en todo el mundo

Atención de urgencia

Hospitalización

Por periodo de beneficio; sin límite en la cantidad de días, excepto cuando se indique lo contrario

Estadía en observación

Cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios/centro quirúrgico ambulatorio

BENEFICIOS DE LA PARTE D

Prima mensual del plan

Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare

Deducible anual

Cobertura inicial (suministro para 31 días)

Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos

Nivel 2: medicamentos genéricos

Nivel 3: medicamentos de marca preferidos

Nivel 4: medicamentos no preferidos

Nivel 5: medicamentos de especialidad

Cobertura para catástrofes

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Servicio de pedido por correo

BENEFICIOS DENTALES

Limpieza preventiva y periodontal

Beneficio máximo del plan²



CORE	CHOICE	COMPLETE
\$37	\$129	\$214
\$0	\$0	\$0
\$6,000	\$3,500	\$2,700
\$0	\$0	\$0
\$20 de copago 20 % de coseguro	\$0 \$15 de copago	\$0 \$0
\$125 de copago	\$100 de copago	\$0
\$55 de copago	\$15 de copago	\$0
\$600 de copago por estadía; límite de 90 días más 60 días de reserva de por vida.	\$200 de copago por estadía; sin límites en la cantidad de días	\$100 de copago por estadía; sin límites en la cantidad de días
El 20 % de coseguro por estadía	\$50 de copago por estadía	\$0
20 % de coseguro	\$50 de copago	\$0

CORE CON RECETA	CHOICE CON RECETA	COMPLETE CON RECETA
\$60.40 (\$37 de cobertura médica + \$23.40 con receta)	\$176.20 (\$129 de cobertura médica + \$47.20 con receta)	\$282.20 (\$214 de cobertura médica + \$68.20 con receta)
\$590 en todos los niveles	\$0 en niveles 1 y 2; \$590 en niveles 3 a 5	\$0 en niveles 1 y 2; \$590 en niveles 3 a 5
Dentro de la red \$0 \$5 de copago 25 % de coseguro 44 % de coseguro 25 % de coseguro	Dentro de la red \$0 \$10 de copago 24 % de coseguro 42 % de coseguro 25 % de coseguro	Dentro de la red \$0 \$2 de copago 25 % de coseguro 40 % de coseguro 25 % de coseguro

\$0 para todos los planes una vez que sus costos anuales de desembolso personal en medicamentos alcancen los \$2,000.¹

Este programa opcional permite a los afiliados distribuir su parte de los costos de desembolso personal para medicamentos con receta en pagos mensuales.

El pedido por correo preferido (entrega a domicilio) incluye estas farmacias: entrega a domicilio por Amazon Pharmacy, Walgreens Mail Service y entrega a domicilio por Express Scripts Pharmacy. Consulte su Evidencia de cobertura para ver los costos compartidos.

CORE CON O SIN RECETA	CHOICE CON O SIN RECETA	COMPLETE CON O SIN RECETA
Sin cobertura	\$0 de copago por exámenes dentales (2), limpiezas (2), tratamientos con flúor (2), radiografía dental (1) y limpiezas periodontales (2)	
Sin cobertura	\$2,000	\$2,000

Esta tabla es un resumen y no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más detalles sobre la cobertura, comuníquese con nosotros al 1-844-290-5808. Los usuarios TTY deben marcar 711.

¹Los costos de desembolso personal incluyen el monto que paga por los medicamentos cubiertos durante el año calendario. Esto no incluye el monto que pagó el plan ni las primas que usted paga. ²El beneficio máximo del plan es el monto máximo que el plan pagará por año para servicios odontológicos preventivos cubiertos. En el caso de los servicios odontológicos realizados por un odontólogo fuera de la red de odontología de Medicare, usted será responsable de pagar la diferencia entre los honorarios del odontólogo y la tarifa de Blue Cross Medicare, incluso por los servicios que figuran como "\$0 de copago".

Explore los recursos y beneficios adicionales del plan

Los planes de Blue Cross Medicare incluyen recursos para que pueda hacerse cargo de su salud.

	MEDICARE ADVANTAGE	PLAN MEDICARE SUPPLEMENT	PLATINUM BLUE
RECURSOS DE ATENCIÓN Y ASISTENCIA			
Línea de enfermería y atención en línea 24/7	X	X	X
Control de enfermedades crónicas y graves	X		
Gestión de la atención para apoyar sus objetivos de salud	X		
Especialista en apoyo entre pares para la salud mental y/o el consumo de sustancias	X		
Farmacia de venta por correo	X		X
Programa de prevención de la diabetes	X		X
ADICIONALES			
Subsidio para artículos para la visión \$125 – \$275 para anteojos o lentes de contacto. Los beneficios varían según el plan.	X		X Plan Core sin cobertura
Exámenes auditivos y audífonos Copago de \$499 a \$999 por audífono (según el tipo de audífono); la opción de batería recargable está disponible para determinados modelos sin costo adicional. Los beneficios varían según el plan.	X		X
Subsidio para medicamentos de venta libre \$25 – \$100 por trimestre* para medicamentos de venta libre elegibles y artículos relacionados con la salud. Los beneficios varían según el plan.	X		X
Programa SilverSneakers® de acondicionamiento físico	X	X	X
Beneficio de comidas posterior al alta	X		
Quiropráctica, sin cobertura de Medicare 12 visitas al año por cualquier diagnóstico (radiografía excluida) en planes seleccionados.	X		
Acupuntura, sin cobertura de Medicare 12 visitas al año por cualquier diagnóstico de dolor.	X		X

*El saldo trimestral no es acumulable.

SilverSneakers® es una marca registrada de Tivity Health, Inc., una compañía independiente que ofrece programas de salud y acondicionamiento físico.

COMPARACIÓN:

Medicare
Advantage



Medicare
Supplement

A continuación, se incluye una breve comparación del plan Blue Cross Medicare Advantage y Medicare Supplement.

PLAN MEDICARE ADVANTAGE		PLAN MEDICARE SUPPLEMENT
<ul style="list-style-type: none"> • Primas mensuales tan bajas como \$0 • Suele tener copagos/coseguros • Gasto máximo de desembolso personal anual para protección financiera 	 Costos	<ul style="list-style-type: none"> • Prima mensual más alta • Sin copagos/coseguros con determinados planes
Incluye cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare con algunos copagos, coseguros y gastos máximos de su bolsillo.	 Médicos	Incluye cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare y cubre la mayoría de las brechas de costos compartidos para Original Medicare
Atiéndase con los proveedores dentro de la red para obtener los costos más bajos: con acceso al 97 % de los médicos en Minnesota.	 Red	Atiéndase con cualquier proveedor que acepte la asignación de Medicare para planes seleccionados
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D incluida*	 Recetas	Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D no incluida ; compre un plan de la Parte D independiente con su plan Medicare Supplement para costos adicionales
Beneficios dentales incluidos	 Odontología	Beneficios dentales no incluidos
Viajes nacionales hasta 12 meses consecutivos y acceso a proveedores dentro de la red y apoyo para medicamentos recetados.	 Viajes	Cobertura ilimitada para viajes nacionales y cobertura de emergencia para viajes internacionales. Puede conservar el plan si se muda a otro estado.
Beneficios de audífonos incluidos	 Audición	Beneficios de audífonos no incluidos
Beneficios de la vista incluidos	 Oftalmología	Beneficios de la vista no incluidos

*Un plan Medicare Advantage sin cobertura de medicamentos recetados está disponible si ya tiene cobertura de medicamentos acreditable.

¿Qué sigue?

Ahora que ha explorado sus opciones y que encontró un plan que funciona para usted, está listo para el próximo paso: Inscríbese en su plan.

ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDAR



Hable con un asesor de Blue Cross Medicareo programe una cita llamando al **1-844-290-5808**, TTY **711** 8 a. m. a 8 p. m. todos los días, hora central [bluecrossmn.com/PlanAdvisor](https://www.bluecrossmn.com/PlanAdvisor)



Compare planes, encuentre recursos y envíe su solicitud en línea es.bluecrossmn.com/Med25

¿TIENE MÁS PREGUNTAS?

Asista a un taller de Medicare

Únase a nuestro taller gratuito, no obligatorio, de preparación para Medicare y obtenga más información sobre Medicare Original y los planes Medicare disponibles de Blue Cross. Visite [bluecrossmn.com/Meeting](https://www.bluecrossmn.com/Meeting) para obtener más información.

Línea de ayuda de Medicare

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
TTY **1-877-486-2048**
las 24 horas, los 7 días de la semana
[medicare.gov](https://www.medicare.gov)



Información importante del plan

Elegibilidad e inscripción

Usted es elegible para inscribirse en un plan Blue Cross Medicare Advantage (PPO) si tiene la Parte A y la Parte B de Medicare y vive en el área de servicio del plan.

Usted es elegible para inscribirse en Platinum Blue (Cost) si tiene la Parte A y la Parte B de Medicare (o está inscrito únicamente en la Parte B de Medicare) y vive en el área de servicio del plan. Es posible que no sea elegible para inscribirse si tiene una enfermedad renal terminal permanente (enfermedad renal que requiere diálisis o trasplante de riñón), a menos que actualmente esté inscrito en un plan Blue Cross and Blue Shield of Minnesota.

Puede afiliarse a un solo plan de Medicare Advantage o de Medicare Cost a la vez. Al inscribirse en Medicare Advantage o Platinum Blue, se cancelará automáticamente su inscripción a cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Cost al que esté afiliado.

Puede afiliarse a un solo plan de medicamentos recetados de la Parte D a la vez. Al inscribirse en un plan Medicare Advantage con medicamentos recetados, un plan Medicare Cost con un plan combinado de medicamentos recetados o un plan independiente de medicamentos recetados, será automáticamente dado de baja de cualquier otro plan médico de Medicare con un plan combinado de medicamentos recetados del que sea miembro.

Usted es elegible para inscribirse en MedicareBlue Rx si tiene la Parte A o la Parte B de Medicare y vive en el área de servicio del plan. Puede inscribirse en un solo plan de la Parte D a la vez. Puede inscribirse en MedicareBlue Rx solo en períodos específicos del año.

Los beneficiarios de Medicare pueden también inscribirse a través del Centro de inscripción en línea de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que se encuentra en **medicare.gov**.

Usted es elegible para inscribirse en un plan Medicare Supplement de Blue Cross si tiene la Parte A y la Parte B de Medicare y vive en Minnesota. Si se inscribe más de seis meses después de la fecha de entrada en vigencia de la Parte B, es posible que deba responder preguntas de salud y se le podría negar el acceso a la cobertura.

Odontología

En el caso de los servicios odontológicos realizados por un odontólogo fuera de la red de odontología de Medicare, usted será responsable de pagar la diferencia entre los honorarios del odontólogo y la tarifa de Blue Cross Medicare, incluso por los servicios que figuran como “\$0 de copago”. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para obtener más información, incluido el monto de los costos compartidos para los servicios cubiertos, excepciones y limitaciones.

Redes de farmacias y proveedores, formulario de medicamentos, servicio de pedidos por correo

Medicare Advantage (PPO), Medicare Supplement y Platinum Blue tienen redes de médicos, especialistas, hospitales y otros proveedores. Medicare Advantage, Platinum Blue con Rx y MedicareBlue Rx tienen redes de farmacias. Los proveedores de atención médica y las farmacias de la red pueden cambiar en cualquier momento. Cada proveedor y farmacia es un contratista independiente y no es nuestro agente.

Puede utilizar cualquier proveedor que forme parte de la red, o puede utilizar proveedores fuera de la red. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del plan Medicare de Blue Cross and Blue Shield of Minnesota, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para obtener más información, incluido el monto de los costos compartidos que aplica a los servicios fuera de la red. Los planes Medicare Advantage de Blue Cross ofrecen reembolso por todos los beneficios cubiertos, independientemente de si se reciben dentro o fuera de la red, siempre que sean necesarios desde el punto de vista médico. Si utiliza un proveedor fuera de la red, la parte de sus costos correspondientes a los servicios cubiertos puede ser mayor.

Los beneficios de cobertura de medicamentos están sujetos a limitaciones. Para obtener un formulario de medicamentos, un directorio de farmacias o proveedores, o información sobre el servicio de pedidos de farmacia por correo, visítenos en línea en **bluecrossmn.com/Medicare**.

- Servicio de pedido por correo de Medicare Advantage, Platinum Blue con Rx:
Walgreens Mail Service, Amazon Pharmacy o Express Scripts® Pharmacy
- Servicio de pedido por correo de MedicareBlue Rx: Para obtener un directorio de farmacias o información sobre Amazon Pharmacy o Express Scripts® Pharmacy, visite **YourMedicareSolutions.com**.

Amazon Pharmacy es una empresa independiente que ofrece servicios de entrega a domicilio de productos farmacéuticos.

Express Scripts® Pharmacy es una empresa independiente que ofrece servicios farmacéuticos.

Walgreens Mail Service es una empresa independiente que ofrece servicios farmacéuticos de pedido por correo.

Contrato federal

Blue Cross ofrece planes PPO, Cost y PDP con contratos de Medicare. La inscripción en estos planes de Blue Cross depende de la renovación del contrato.

Tried & true. Blue.  **MN**