



Guía de inscripción 2025

TRUE BLUE® RX OPTION II (HMO)

H1350-029-0



Haga una transición sin problemas al plan de Medicare adecuado para usted.

Sabemos que usted desea un plan de salud de Medicare que satisfaga sus necesidades individuales y le ofrezca valor todos los días, desde copagos bajos hasta valiosos adicionales que ayudan a cubrir su salud total. Todos los detalles clave sobre este plan, así como su formulario de inscripción, están aquí. Ya sea que se inscriba en Medicare por primera vez o cambie su plan actual, puede estar seguro de que encontrará la atención y la protección que merece con Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc.

Somos un plan con el que puede contar, no solo cuando esté enfermo, sino también para ayudarlo a mantenerse saludable, para que pueda permanecer activo e independiente. Llevamos más de 80 años cuidando de la gente de Idaho. Nuestra base está aquí. Las decisiones se toman aquí. Su hogar es nuestro hogar. Cuando llame al Servicio de Atención al Cliente, hablará con un residente de Idaho que podrá comprender sus necesidades y le brindará una respuesta rápida. Todo lo que hacemos en Idaho es una inversión continua en usted. Esperamos contar con usted como afiliado.



Índice

Resumen de beneficios	5
Beneficios adicionales	13
Formulario de inscripción	19
Lista de verificación previa a la afiliación.....	29
Guía de beneficios de farmacia.....	30
¿Qué sucede después?	35
Calificaciones con estrellas.....	39
Información de contacto	41
No discriminación y asistencia lingüística.....	43

Condados con cobertura

- Ada
- Adams
- Bannock
- Bingham
- Boise
- Bonner
- Bonneville
- Boundary
- Canyon
- Cassia
- Clark
- Elmore
- Fremont
- Gem
- Gooding
- Jefferson
- Jerome
- Kootenai
- Latah
- Madison
- Minidoka
- Nez Perce
- Owyhee
- Payette
- Power
- Shoshone
- Twin Falls
- Valley
- Washington



Términos del plan de salud que debe comprender

Prima: el costo fijo que paga por mes por estar afiliado al plan de salud.

Deducible médico: el monto que usted paga antes de que el plan de salud lo ayude con los gastos médicos. Buenas noticias para usted: ninguno de nuestros planes tiene un deducible médico.

Copago: un tipo de costo compartido en el que paga una cantidad fija en dólares por algunos servicios cubiertos.

Coseguro: un tipo de costo compartido en el que paga un porcentaje del costo de algunos servicios cubiertos.

Monto máximo para gastos de bolsillo: un límite anual sobre la cantidad de dinero que tiene que gastar de su propio bolsillo para la atención médica cubierta. Una vez que alcance ese límite, no pagará nada por la atención cubierta durante el resto del año del plan.

Vademécum farmacológico: la lista de medicamentos cubiertos en un plan específico.

Resumen de Beneficios 2025

True Blue® Rx Option II (HMO)

H1350-029-000

Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. es un plan Medicare Advantage HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. depende de la renovación del contrato.

La información sobre los beneficios provista no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llame al 1-888-492-2583 (TTY: 711) y solicite la "Evidencia de Cobertura" o acceda a la misma en línea en ***bcidaho.com/HMOMemberResources***.

Para registrarse en True Blue® Rx Option II (HMO), debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Idaho: Ada, Adams, Bannock, Bingham, Boise, Bonner, Bonneville, Boundary, Canyon, Cassia, Clark, Elmore, Fremont, Gem, Gooding, Jefferson, Jerome, Kootenai, Latah, Madison, Minidoka, Nez Perce, Owyhee, Payette, Power, Shoshone, Twin Falls, Valley, y Washington.

Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por esos servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual "Medicare y Usted" actual. Véalo en línea en ***medicare.gov*** u obtenga 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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos tales como braille, tamaño de letra grande o audio.

Hay servicios gratuitos de intérprete de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.

Para recibir más información, llame al Departamento de Atención al Cliente al: 1-888-494-2583 (TTY: 711)

De 8 a. m. a 8 p. m.

De octubre a marzo: los siete días de la semana

De abril a septiembre: de lunes a viernes

O visítenos en
medicare.bcidaho.com.

Prima mensual del plan Debe de continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	Usted paga \$130
Deducible médico Este plan no tiene un deducible médico.	\$0: no paga nada
Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo El monto máximo que paga por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B. No incluye servicios de la parte D ni prima mensual.	\$6,400
Cobertura hospitalaria para pacientes internados*	\$325 a diario: 1 - 5 días; \$0 a diario: 6+ días
Hospital para pacientes ambulatorios*	\$325 de copago; \$0 colonoscopia de diagnóstico
Cobertura de observación*	\$325 de copago
Centro de cirugía ambulatoria*	\$275 de copago; \$0 colonoscopia de diagnóstico
Visitas al médico Atención primaria	\$10 de copago; \$0 para servicios de administración de atención crónica
Especialistas No se necesita derivación.	\$40 de copago; \$0 para servicios de administración de atención crónica
Atención preventiva	\$0: no paga nada
Atención de emergencia** Se elimina el copago si es ingresado al hospital en un plazo de 24 horas.	\$100 de copago
Atención de urgencia**	\$40 de copago
Cobertura internacional de emergencia y urgencia	\$0 de copago emergencia/urgencia/ambulancia
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$30 de copago; \$0 para pruebas de esfuerzo cardiovascular 15% de costo de estudios del sueño; 0% para estudios del sueño domiciliarios
Servicios de laboratorio*	\$10 de copago
Radiología de diagnóstico (resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones)*	\$250 de copago en un centro hospitalario; \$125 de copago en un centro no hospitalario; \$0 de copago en mamografía de diagnóstico
Radiografías*	\$15 de copago

*Es posible que su proveedor necesite obtener autorización previa.

**La atención de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red están cubiertos. Su costo es el mismo que dentro de la red.

Servicios de audición cubiertos por Medicare	\$40 de copago
Examen auditivo de TruHearing®	\$0: no paga nada por un examen al año
Audífonos de TruHearing®	Hasta dos audífonos de la marca TruHearing cada año (uno por oído por año). El beneficio se limita a los audífonos TruHearing Standard, Advanced y Premium con un costo adicional opcional de \$50 por audífono recargable en modelos seleccionados. El primer año de visitas de seguimiento al proveedor para la adaptación/evaluación de los audífonos y ajustes están cubiertos. Standard \$499 de copago; Advanced \$699 de copago; Premium \$999 de copago
Servicios dentales cubiertos por Medicare	\$30 de copago
Plan dental suplementario opcional*	True Dental: \$25.70 • \$1,000 de beneficio máximo • \$50 de deducible (no se aplica a la atención preventiva dentro de la red) Preventivo: • Dos exámenes preventivos de rutina por año • Dos limpiezas por año • Un examen de emergencia por año • Una aplicación de aleta de mordida y flúor por año • Una radiografía de boca completa cada cinco años • Dentro de la red: \$20 de copago • Fuera de la red: 50% del costo después del deducible Básico: empastes y extracciones sencillas • Período de espera de seis meses • Dentro de la red: 20% del costo después del deducible • Fuera de la red: 50% del costo después del deducible • La restauración de la superficie del mismo diente se cubre una vez cada dos años

Examen de la vista cubierto por Medicare* Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares médicas	\$0: no paga nada
Examen de la vista de VSP®*	\$20 de copago; el beneficio es una vez al año
Anteojos VSP®*	\$35 de copago por un par de anteojos (lentes y monturas de la colección VSP Genesis); \$50 de asignación para monturas que no son de Genesis \$35 de copago por lentes de contacto médicamente necesarios \$100 de asignación para lentes de contacto a elección en lugar de anteojos El beneficio es cada dos años.
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados*	\$325 a diario: 1 - 5 días; \$0 a diario: 6+ días
Atención médica de salud mental ambulatoria Terapia individual y grupal	\$40 de copago
Centro especializado de enfermería (SNF)*	\$0 a diario: 1 - 20 días; \$203 a diario: 21 - 55 días; \$0 a diario: 56 - 100 días
Terapia ocupacional	\$40 de copago
Terapia física, ocupacional y del habla	\$40 de copago
Ambulancia* Transporte terrestre o aéreo: su proveedor debe obtener autorización previa para transporte que no sea de emergencia.	\$300 de copago
Transporte	Sin cobertura
Medicamentos de venta con receta de la Parte B de Medicare* ** (es decir, quimioterapia, infusiones administradas en el hospital).	0%-20% del costo. El coseguro mínimo se establece en 0% para reflejar el coseguro más bajo posible para un medicamento reembolsable de la Parte B. \$35 máximo para insulina.

*Es posible que su proveedor necesite obtener autorización previa.

**Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia progresiva. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.

Parte D de Medicare: medicamentos de venta con receta

Los costos pueden diferir según el tipo de farmacia (estándar, pedido por correo). Es posible que su proveedor necesite obtener autorización previa.

Deducible anual

Usted es responsable del costo de sus medicamentos de venta con receta hasta que haya alcanzado el deducible.

Deducible de medicamentos de venta con receta de la parte D, niveles 1, 2 y 6; \$0: no paga nada.

Deducible de medicamentos de venta con receta de la parte D, niveles 3 y 5; \$250 por año por recetas.

Período de cobertura inicial

Usted es responsable de un copago o coseguro limitado. Usted paga un pequeño monto hasta llegar a \$2,000 en costos totales de medicamentos. Consulte la tabla a continuación para conocer los montos exactos.

Es posible que sea elegible para el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, una opción de pago voluntario para ayudarle a gestionar los gastos de sus medicamentos repartiéndolos a lo largo del año calendario. Este programa puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Visite bcidaho.com/pharmacy o llame al 1-855-479-3661 para ayudarlo a determinar si este programa es adecuado para usted.

	Costo minorista estándar de la Parte D: suministro de hasta 30 días	Costo minorista estándar para insulina de la Parte D: suministro de hasta 30 días	Pedidos por correo estándar de la Parte D**Costo: suministro para 90 días (suministro para 100 días para el Nivel 6)	Pedidos por correo de la Parte D**Costo de la insulina: suministro para 90 días
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$5 de copago		\$10 de copago	
Nivel 2: Genéricos	\$15 de copago		\$30 de copago	

**Usted dispone de múltiples opciones para surtir sus medicamentos utilizando la farmacia de pedido por correo.

CarelonRx Pharmacy; Pida a su proveedor que envíe su receta a la farmacia CarelonRx, o puede configurar el pedido por correo accediendo a su portal para miembros members.bcidaho.com/pharmacy. Comuníquese con la Farmacia CarelonRx al 833-396-0309 (TTY: 711) para cualquier ayuda o pregunta adicional.

Amazon Pharmacy; Su proveedor puede enviar su receta directamente a la farmacia Amazon o usted puede transferir las recetas existentes en línea. A fin de registrarse para obtener una cuenta de Amazon Pharmacy, visite pharmacy.amazon.com. Necesitará una cuenta de Amazon, pero no una cuenta de Amazon Prime. Si tiene preguntas adicionales sobre cómo configurar una cuenta, llame al 855-745-5725 o visite amazon.com.

Parte D de Medicare: medicamentos de venta con receta

Los costos pueden diferir según el tipo de farmacia (estándar, pedido por correo).
Es posible que su proveedor necesite obtener autorización previa.

	Costo minorista estándar de la Parte D: suministro de hasta 30 días	Costo minorista estándar para insulina de la Parte D: suministro de hasta 30 días	Pedidos por correo estándar de la Parte D**Costo: suministro para 90 días (suministro para 100 días para el Nivel 6)	Pedidos por correo de la Parte D**Costo de la insulina: suministro para 90 días
Nivel 3: Marca preferida	\$47 de copago	\$35 de copago	\$94 de copago	\$70 de copago
Nivel 4: Medicamento no preferido	50% de costo	\$35 de copago	50% de costo	\$70 de copago
Nivel 5: Nivel de medicamentos especializados	30% de costo		N/A	
Nivel 6: Medicamentos de Atención Selecta	\$0 de copago		\$0 de copago	

Cobertura catastrófica

Una vez que alcance los \$2,000 en costos de bolsillo reales, no pagará nada por los medicamentos de la parte D.

**Usted dispone de múltiples opciones para surtir sus medicamentos utilizando la farmacia de pedido por correo.

CarelonRx Pharmacy; Pida a su proveedor que envíe su receta a la farmacia CarelonRx, o puede configurar el pedido por correo accediendo a su portal para miembros members.bcidaho.com/pharmacy. Comuníquese con la Farmacia CarelonRx al 833-396-0309 (TTY: 711) para cualquier ayuda o pregunta adicional.

Amazon Pharmacy; Su proveedor puede enviar su receta directamente a la farmacia Amazon o usted puede transferir las recetas existentes en línea. A fin de registrarse para obtener una cuenta de Amazon Pharmacy, visite pharmacy.amazon.com. Necesitará una cuenta de Amazon, pero no una cuenta de Amazon Prime. Si tiene preguntas adicionales sobre cómo configurar una cuenta, llame al 855-745-5725 o visite amazon.com.

Beneficios adicionales

Examen físico anual	\$0: no paga nada.
Servicios de telesalud adicionales	Sigue su copago en el consultorio para los proveedores participantes dentro de la red. \$10 de copago por fisioterapia virtual; 10 consultas como máx.
Equipo médico duradero*	20% de costo
Dispositivos médicos protésicos*	20% de costo
Zapatos y plantillas para diabéticos	20% de costo
Suministros para diabéticos	\$0: no paga nada.
Membresía Silver&Fit®	\$0: no paga nada por una variedad de opciones de acondicionamiento físico, como membresías en gimnasios o equipos para el hogar.
Artículos de venta libre Productos de venta libre (OTC)	Asignación de \$60 cada tres meses
Atención de conveniencia* Asignación fuera del área de servicio de Blue Cross of Idaho pero dentro de los Estados Unidos	\$2,500 por año

*Es posible que su proveedor necesite obtener autorización previa.

Para obtener más información, llame al **1-888-492-2583 (TTY: 711)**.
de 8 a. m. a 6 p. m., de lunes a viernes.

Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. es un plan HMO de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. depende de la renovación del contrato.

©2024 Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. ("Blue Cross of Idaho Care Plus") es un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, con servicios proporcionados por Blue Cross of Idaho Health Service, Inc.

En nombre de Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc., TruHearing, VSP Vision Care, American Specialty Health y Convey, empresas independientes, administran programas de beneficios suplementarios. VSP Vision Care administra el programa de la vista, TruHearing administra el programa de cobertura de audífonos, American Specialty Health administra el programa de acondicionamiento físico y Convey administra el programa de beneficios de venta libre para los miembros del Plan Medicare Advantage.

Amazon Pharmacy es una empresa independiente que tiene contrato con el administrador de beneficios de farmacia de Blue Cross of Idaho Rx para ofrecer servicios de farmacia en línea. Amazon Pharmacy es la única responsable de sus servicios. Blue Cross of Idaho Rx no es responsable de la prestación o la falta de prestación de cualquier servicio ofrecido por Amazon Pharmacy.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. True Blue Medicare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número del Departamento de Atención al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Beneficios adicionales y para comprar en 2025

True Blue[®] Rx Option II (HMO)



Membresía en el gimnasio y kit de entrenamiento en el hogar

Silver&Fit®: 1-888-818-2747 | SilverandFit.com

Enfóquese en el bienestar y el envejecimiento saludable con Silver&Fit. Su plan incluye membresías en el gimnasio, un kit de entrenamiento en el hogar y recursos de acondicionamiento físico en línea, todo sin costo para usted.

- **Una membresía en un gimnasio:** membresías en gimnasios o YMCA participantes cerca de usted. Muchos gimnasios participantes también pueden ofrecer clases de bajo impacto.
- **Kit de entrenamiento en el hogar:** usted es elegible para recibir un kit de entrenamiento en el hogar por año de beneficios de una variedad de categorías de acondicionamiento físico.
- **Club de bienestar:** regístrese en línea y establezca preferencias para temas de bienestar, vea recursos adaptados a sus intereses y objetivos de envejecimiento saludable, incluidos artículos y videos, y conéctese con una comunidad a través de eventos virtuales y presenciales.
- **Entrenamientos digitales:** puede ver videos a pedido a través de la biblioteca digital de entrenamiento del sitio web, incluidas las clases Silver&Fit Signature Series Classes®.
- **Planes de entrenamiento:** al responder algunas preguntas en línea sobre sus áreas de interés, recibirá un plan de entrenamiento personalizado, que incluye instrucciones sobre cómo comenzar y videos de ejercicios sugeridos.



Productos de venta libre (OTC)

**Centro logístico de venta libre: 1-833-703-5170 (TTY: 711)
bcidaho.com/OTC
Aplicación móvil OTC-Anywhere (Apple o Android)**

Reciba una asignación de \$60 cada tres meses para los artículos de venta libre que usa todos los días, sin costo adicional para usted.

Obtenga suministros como:

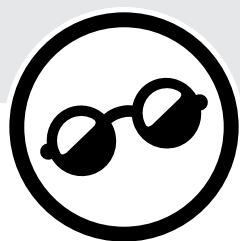
- Pastillas para la alergia
- Vendajes y artículos de primeros auxilios
- Provisiones para incontinencia
- Pasta de dientes y crema para dentaduras postizas
- Analgésicos
- Calcetines para pie diabético
- Desinfectante de manos
- Vitaminas
- Gotas para los ojos
- Monitores de presión arterial y más



Asesoramiento médico las 24 horas del día, los siete días de la semana

Línea de asesoramiento de enfermería de Blue Cross of Idaho: 1-800-704-0727

Contamos con enfermeros registrados de guardia día y noche para responder preguntas sobre sus recetas o afecciones de salud, sin costo alguno para usted. Además de los consejos instantáneos, también pueden recomendar proveedores de atención médica para ayudarlo a resolver sus problemas de salud a largo plazo.



Anteojos y atención oftalmológica

**VSP: 1-844-566-3503 (TTY: 711)
vsp.com**

Su plan incluye cobertura oftalmológica integral a través de VSP® Advantage. Cuando visita a un proveedor de VSP Advantage, solo pagará un pequeño copago por su examen anual, cristales nuevos y un armazón de la colección Genesis.

- \$20 de copago por un examen oftalmológico de rutina por año.
- Copago tan bajo como \$35 para armazón y cristales una vez cada dos años. Incluye revestimiento para rayos UV y resistencia a rayones sin costo adicional.
- Si en su lugar prefiere lentes de contacto, VSP ofrece un 15% de descuento en su examen, más \$100 para aplicar al resto del costo del examen y los lentes.



Cobertura de plan de salud fuera del área

**Servicio de Atención al Cliente de
Blue Cross of Idaho: 1-888-494-2583**

Si desea consultar a un proveedor fuera del área de servicio de Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. pero dentro de los EE. UU., aún puede obtener costos compartidos dentro de la red para algunos servicios. Nuestro programa de atención oportuna le brinda beneficios hasta \$2,500 sin costo adicional para usted.

Se aplican algunas restricciones. Para obtener los detalles completos, consulte la Evidencia de Cobertura.



Cobertura para la audición

**TruHearing®: 1-888-989-9220,
de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes
TruHearing.com/bcidmedicare**

Su beneficio cubre un examen de audición de rutina de \$0 y hasta dos audífonos con Bluetooth® por año, de \$499 a \$999 por audífono. Estos audífonos cuentan con una claridad de voz mejorada y una transmisión conveniente desde su teléfono.

Por \$50 adicionales por audífono, puede pasar a tener audífonos recargables en estilos seleccionados. Algunos estilos vienen con un cargador portátil que proporciona hasta 36 horas de uso por carga.

Todas las compras de audífonos incluyen lo siguiente:

- Ajuste y evaluación
- Período de prueba de 60 días, sin riesgos
- Un año de consultas de seguimiento
- 80 baterías gratuitas por audífono no recargable
- Garantía completa del fabricante por tres años



Cobertura odontológica

**Servicio de Atención al Cliente de
Blue Cross of Idaho: 1-888-494-2583**

Original Medicare no cubre servicios odontológicos como exámenes de rutina, limpiezas y otros servicios odontológicos comunes. Al seleccionar la compra de **True Dental** durante la inscripción, se agregan servicios dentales preventivos y básicos por una prima mensual adicional de **\$25.70**.

Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Blue Cross of Idaho si tiene alguna pregunta sobre su cobertura odontológica. Para obtener detalles más completos, consulte la Evidencia de Cobertura.

50% de deducible; \$1,000 de límite de cobertura

Atención odontológica preventiva: \$20 de copago (dentro de la red)

- Exámenes preventivos
- Limpiezas
- Examen de emergencia
- Radiografías
- Aplicación de flúor

Atención odontológica básica: 20% del costo después del deducible (dentro de la red)

(Período de espera de 6 meses sin evidencia de cobertura continua)

- Empastes
- Extracciones

Si tiene preguntas, llame al Servicio de Atención al Cliente de Blue Cross of Idaho al **1-888-494-2583 (TTY: 711)**.

Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana

Del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes

Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. es un plan de salud de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La afiliación a Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. depende de la renovación del contrato.

©2024 Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. ("Blue Cross of Idaho Care Plus"), una licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association, con servicios prestados por Blue Cross of Idaho Health Service, Inc.

En nombre de Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc., TruHearing, VSP Vision Care, American Specialty Health, Inc. y Convey, empresas independientes, administran programas de beneficios complementarios. VSP Vision Care, una empresa independiente, administra el programa oftalmológico; TruHearing, una empresa independiente, administra el programa de cobertura de audífonos; American Specialty Health, Inc., una empresa independiente, administra el programa de acondicionamiento físico; y Convey, una empresa independiente, administra el programa de beneficios de venta libre para afiliados al plan Medicare Advantage.

El programa Silver&Fit es proporcionado por ASH Fitness, una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit y Silver&Fit Signature Series Classes son marcas comerciales de ASH y se utilizan con permiso aquí. La participación de gimnasios puede variar según la ubicación y está sujeta a cambios. Los kits están sujetos a cambios.

¿Está preparado para inscribirse?

True Blue® Rx Option II (HMO)

Formulario de inscripción 2025

True Blue® Rx Option II (HMO)

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean afiliarse a un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano estadounidense o tener condición legal en los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe contar con lo siguiente:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para iniciar la cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los tres primeros meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse al plan o cambiarlo

Visite **Medicare.gov** para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de identificación de Medicare (el número de la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: debe completar todos los puntos de la sección 1. Los puntos de la sección 2 son opcionales. No se le puede negar la cobertura si no los completa.

Recordatorios:

- Si desea afiliarse a un plan durante el período de afiliación anual de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.

- Su plan le enviará una factura por la prima del plan; usted puede elegir inscribirse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc.
P.O. Box 8406
Boise, ID 83707-2406

O inscribese en línea en **medicare.bcidaho.com**.

Una vez que procesen su solicitud de afiliación, se comunicarán con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. al 1-888-492-2583. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Atendemos de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

En español: llame a Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. al 1-888-494-2583 (TTY: 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y pulse el 2 para obtener asistencia en español, y un representante estará disponible para asistirlo.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

CONFIRME EL PLAN AL QUE QUIERE AFILIARSE MARCANDO LA SIGUIENTE CASILLA:

☐ True Blue Rx Option II (HMO) **\$130**

Disponible en los condados de Ada, Adams, Bannock, Bingham, Boise, Bonner, Bonneville, Boundary, Canyon, Cassia, Clark, Elmore, Fremont, Gem, Gooding, Jefferson, Jerome, Kootenai, Latah, Madison, Minidoka, Nez Perce, Owyhee, Payette, Power, Shoshone, Twin Falls, Valley y Washington.

COBERTURA COMPLEMENTARIA OPCIONAL:

☐ Agregue la cobertura odontológica básica y preventiva complementaria opcional de **True Dental** por **\$25.70** por mes.

¿Está actualmente inscrito en un plan odontológico de Blue Cross of Idaho? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿quiere conservar su plan odontológico actual? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, nombre del plan odontológico: _____

Número de identificación: _____

Los servicios odontológicos preventivos no tienen período de espera. Los servicios odontológicos básicos tienen seis meses de período de espera, sin evidencia de cobertura continua existente.

Si tuvo 12 meses consecutivos de seguro odontológico antes de inscribirse en este plan, con un intervalo en la cobertura de 60 días o menos, los períodos de espera odontológica se pueden eximir al presentar la solicitud.

☐ Sí, tuve 12 meses consecutivos de seguro odontológico y me gustaría que se eximan mis períodos de espera.

Aseguradora anterior: _____ Número de identificación/de póliza: _____

Fecha de entrada en vigencia: _____ Fecha de terminación/finalización: _____

☐ No, no tengo 12 meses consecutivos de seguro odontológico.

De acuerdo con la Ley de reducción de trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historia clínica, etc.) a la Oficina de liquidación de informes de la PRA. Cualquier artículo que recibamos que no trate sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en la página anterior para enviar su formulario completo al plan.

Sección 1: todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que se marquen como opcionales)

PROPORCIONE SU INFORMACIÓN:

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre (opcional)	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Teléfono ()	Teléfono alternativo ()	
Dirección de correo electrónico*		Condado (opcional)	
Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal. Nota: para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite P.O. Box):			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

*OPCIONAL: al proporcionarnos su dirección de correo electrónico, usted acepta recibir comunicaciones sobre los beneficios y el bienestar de su plan. Puede cancelar en cualquier momento.

SU INFORMACIÓN DE MEDICARE:

Número de identificación de Medicare: _____ - _____ - _____
Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI)

RESPONDA A ESTA PREGUNTA IMPORTANTE:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Blue Cross of Idaho? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura: Número de afiliado de esta cobertura: Número de grupo de esta cobertura:

Fechas de la otra cobertura:

Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): _____ Fecha de finalización (MM/DD/AAAA): _____

✂ Doble y corte por la línea punteada para separar las páginas para enviarlas por correo ✂

CONFIRME SU ELEGIBILIDAD PARA LA INSCRIPCIÓN:

Por lo general, podrá inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de afiliación anual (AEP), del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que le podrán permitir inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes declaraciones detenidamente y marque la casilla si esta corresponde a su caso.

Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para el período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, se podrá cancelar su inscripción. Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, puede hablar con un experto en inscripción al 1-888-492-2583 (TTY 711), de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes, para consultar si es elegible para inscribirse.

- ☐ Me inscribiré durante el período de afiliación anual (AEP), del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el período de afiliación abierta de Medicare Advantage (MA OEP) del 1 de enero al 31 de marzo.
- ☐ Estoy en un plan Medicare Advantage y he tenido Medicare durante al menos 3 meses. Quiero hacer un cambio.
- ☐ Me mudé hace poco fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé o me mudaré el (insertar fecha) _____.
- ☐ Hace poco salí de la cárcel. Fui o seré liberado el (insertar fecha) _____.
- ☐ Regresé hace poco a los Estados Unidos luego de vivir de forma permanente fuera de este país. Me mudé o me regresaré a los EE. UU. el (insertar fecha) _____.
- ☐ Hace poco obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Tuve o tendré esta condición el (insertar fecha) _____.
- ☐ Hace poco realicé un cambio en mi Medicaid (contraté Medicaid, realicé un cambio en la categoría de asistencia de Medicaid o perdí mi Medicaid). Este cambio ocurrió el (insertar fecha) _____.
- ☐ Hace poco realicé un cambio en la Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (acabo de obtener Ayuda adicional, realicé un cambio en la categoría de Ayuda adicional o di de baja la Ayuda adicional). Este cambio ocurrió el (insertar fecha) _____.
- ☐ Estoy en un Programa estatal de asistencia farmacéutica, o estoy perdiendo la ayuda de un Programa estatal de asistencia farmacéutica.
- ☐ Recientemente salí de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un hospital de rehabilitación). Me mudé el (insertar fecha) _____.
- ☐ Me mudé o ya vivo en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un hospital de rehabilitación).
- ☐ Soy nuevo en Medicare y se me notificó que obtendría Medicare después de que comenzara mi cobertura de la Parte A y/o la Parte B. Me notificaron que tendría Medicare el (insertar fecha) _____.

Continúa en la página siguiente

Continúa de la página anterior

- ☐ Tuve Medicare antes, pero ahora estoy por cumplir 65 años.
- ☐ Dejé la cobertura de mi empleador o sindicato (incluida la cobertura de COBRA). La dejé o dejaré el (insertar fecha) _____.
- ☐ Perdí otra cobertura de medicamentos recetados que no es de Medicare que es tan buena como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (cobertura válida), o mi otra cobertura de medicamentos recetados que no es de Medicare cambió y ya no se considera válida. Esto sucedió el (insertar fecha) _____.
- ☐ Ya tengo cobertura hospitalaria (Parte A) y recientemente me inscribí en la cobertura médica (Parte B). Quiero inscribirme en un plan Medicare Advantage.
- ☐ Perdí mi Special Needs Plan porque ya no tengo una afección requerida para ese plan. Este cambio ocurrió el (insertar fecha) _____.
- ☐ Perdí mi cobertura porque Medicare finalizó su contrato con mi plan. Recibí una carta de Medicare diciendo que puedo inscribirme en otro plan. Mi plan finalizó o finalizará el (insertar fecha) _____.
- ☐ Perdí mi cobertura porque mi plan ya no cubre el área donde vivo o terminó su contrato con Medicare.
- ☐ Recientemente dejé un programa PACE (programa de atención integral para la tercera edad). Dejé mi cobertura el (insertar fecha) _____.
- ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Ese plan comenzó el (insertar fecha) _____.
- ☐ Cuento con un plan que ha tenido una calificación de menos de 3 estrellas durante los últimos 3 años. Quiero inscribirme en un plan con una calificación de 3 estrellas o más.
- ☐ Estoy en un plan del que se hizo cargo recientemente el estado debido a problemas financieros. Quiero cambiarme a otro plan.
- ☐ Me afectó una emergencia o una catástrofe importante (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias o por el gobierno federal, mi estado o mi gobierno local). Una de las otras declaraciones en esta página se aplican a mi caso, pero no pude completar mi solicitud debido a la catástrofe.
- ☐ Solicité materiales del plan en un formato accesible y no me dieron el mismo tiempo para tomar una decisión de afiliación.
- ☐ Otro _____.

✂ Doble y corte por la línea punteada para separar las páginas para enviarlas por correo ✂

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

ES SU ELECCIÓN RESPONDER ESTAS PREGUNTAS.
No se le puede negar la cobertura si no las completa.

¿Es hispano, latino o de origen español? Marque todo lo que corresponda.

- ☐ No, no soy de origen hispano, latino ni español
- ☐ Sí, cubano
- ☐ Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano
- ☐ Sí, otro origen hispano, latino o español
- ☐ Sí, puertorriqueño
- ☐ Prefiero no responder

¿Cuál es su raza? Marque todo lo que corresponda.

- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Blanco
- ☐ Asiático:
- ☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico:
- ☐ Prefiero no responder
- ☐ Indio asiático
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Japonés
- ☐ Guameño o chamorro
- ☐ Coreano
- ☐ Vietnamita
- ☐ Nativo de Hawái
- ☐ Samoano
- ☐ Otra raza asiática
- ☐ Otro isleño del Pacífico

Marque una de las casillas que aparecen a continuación si prefiere que nosotros le enviemos la información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible.

- ☐ Español
- ☐ Otros formatos accesibles (como audio, Braille o letra grande):

Póngase en contacto con un defensor del cliente al 1-888-494-2583 (TTY: 711) si necesita información en un formato accesible o en un idioma que no está en la lista anterior.

Estamos disponibles para atenderlo de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No ¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Elija un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de proveedores de True Blue (HMO). Ingrese el número de identificación del PCP tal como aparece en el sitio web o en el Directorio de proveedores. Contiene entre cinco y ocho dígitos (ejemplos: BB123, 12345678). Ingrese en **bcidaho.com/FindTrueBlueDoctors** para obtener la lista de los proveedores participantes.

Nombre y apellido del proveedor de atención primaria (PCP):

Número de identificación del PCP: ¿Usted ya es paciente? ☐ Sí ☐ No

Si no especifica un PCP, se le asignará uno.

Fecha de entrada en vigencia del servicio solicitado:

SELECCIONE UNA OPCIÓN DE PAGO DE LA PRIMA:

Puede pagar la prima mensual del plan (incluida cualquier multa por afiliación tardía que tenga o deba en la actualidad) al seleccionar una de las siguientes opciones.

Si no selecciona una de las siguientes opciones, mantendremos su opción de facturación actual o le enviaremos una factura mensual.

☐ **Débito automático del cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).**

El débito del Seguro Social/RRB podrá tardar dos meses o más en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB apruebe el débito. **Deberá abonar la prima hasta que le informemos la fecha de inicio.** En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de débito automático, el primer débito del cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience el débito. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de débito automático, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales.

Recibo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

☐ **Factura mensual**

☐ **Débito automático de su cuenta bancaria - cámara de compensación automatizada (ACH)**

Adjunte un cheque anulado (no una boleta de depósito). Es obligatorio que firme. Debitaremos de forma automática su pago el día 5 de cada mes, a menos que elija una fecha diferente.

Nombre del titular de la cuenta: _____

Nombre y dirección del banco (ciudad y estado): _____

Número de ruta: _____ Número de cuenta: _____

Firma(s) del titular de la cuenta: _____

Día del mes en el que desea que se debite su pago (del 1 al 10): _____

Facturación para jubilados o PERSI: se le enviará una factura mensual si su prima excede sus fondos disponibles

☐ **Jubilado de la ciudad de Boise**

☐ **Jubilado de College of Idaho**

☐ **Jubilado del condado de Elmore**

☐ **PERSI:** nos comunicaremos con el PERSI para obtener permiso para acceder a sus fondos. **Deberá abonar la prima hasta que le informemos la fecha de inicio.**

Soy del estado de Idaho/escuelas estatales:

☐ Jubilado ☐ Individuo que solicita pago de mi cónyuge que es jubilado de PERSI

Nombre del jubilado: _____

Número del Seguro Social del jubilado: _____

Número de Seguro Social del afiliado (si es diferente del jubilado): _____

Número de distrito escolar estatal: _____

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual según los ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), deberá pagar esta cantidad adicional además de la prima del plan. Por lo general, el monto se deduce de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague a Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. el IRMAA de la Parte D.

IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN:

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el médico (Parte B) para permanecer en Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad [Privacy Act] a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción al plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la afiliación en este plan finalizará automáticamente mi afiliación a otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando inicie mi cobertura de Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc., debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. Beneficios y servicios proporcionados por Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. e incluidos en mi Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. El documento Evidencia de Cobertura (también conocido como contrato del afiliado o acuerdo del suscriptor) estará cubierto. Ni Medicare ni Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- A mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción al plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que la he leído y que entiendo su contenido. Si firma un representante autorizado (según se describió anteriormente), esta firma certifica que:
 1. Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción.
 2. La documentación de esta autorización está disponible a petición de Medicare.

Firma: _____ **Fecha de hoy:** _____

Vínculo con el beneficiario: ☐ El mismo ☐ Representante autorizado ☐ Otro _____

Si usted es el representante autorizado (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros), firme arriba y complete estos campos. Si corresponde, adjunte un formulario del poder.

Nombre: _____ Vínculo con el inscrito: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono: (____) _____ Número de productor nacional: _____
(solo agentes/corredores)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA O AGENTE:

Nombre del agente/corredor (si lo ayudaron a inscribirse): _____

Identificación del agente: _____

Fecha en que el agente tomó el formulario de inscripción: _____

La inscripción se realizó de forma ☐ Telefónica/por teleconferencia ☐ En persona

Número de identificación del plan: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____

Correo electrónico del agente: _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recolectan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y el capítulo 42 del Código de Regulaciones Federales, secciones 422.50 y 422.60, autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en la notificación del sistema de registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema N° 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción al plan.

✂ Doble y corte por la línea punteada para separar las páginas para enviarlas por correo ✂

©2024 Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. ("Blue Cross of Idaho Care Plus"), una licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association, con servicios prestados por Blue Cross of Idaho Health Service, Inc.

Lista de verificación previa a la afiliación para 2025

Antes de tomar una decisión de afiliación, es importante que comprenda por completo nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con un representante de Servicio de Atención al Cliente sin cargo al **1-888-492-2583 (TTY: 711)**, de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes.

Entender los beneficios

- ☐ La Evidencia de Cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite bcidaho.com/HMOMemberResources para verla o llame al **1-888-492-2583 (TTY: 711)** para solicitar una copia de la EOC.
- ☐ Consulte el Directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos con los que se atiende estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deba seleccionar un nuevo médico.
- ☐ Consulte el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- ☐ Consulte el vademécum farmacológico para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Entender las normas importantes

- ☐ Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se debita de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el Directorio de proveedores).
- ☐ Efecto sobre la cobertura actual. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura Medicare Advantage. Para obtener más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura Medicare Advantage es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede utilizar.

Guía de beneficios de farmacia

El sitio web de Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. es la guía integral de sus beneficios de farmacia.

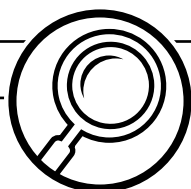
Visite el sitio web en ***[bcidaho.com/pharmacy](https://www.bcidaho.com/pharmacy)*** o comuníquese con nosotros al 1 (855) 479-3661.

Información sobre beneficios



Cómo obtener ayuda cuando tiene problemas en la farmacia o tiene preguntas sobre sus beneficios de farmacia

- » Es posible que haya ocasiones en las que tenga preguntas o enfrente un problema con su farmacia o con el uso de sus beneficios de farmacia.
- » Blue Cross of Idaho Rx está disponible para ayudarlo con preguntas sobre sus beneficios de farmacia.
 - Llámenos al 1-855-479-3661.
 - Visite **bcidaho.com/pharmacy** para obtener una guía completa de sus beneficios de farmacia.



Información importante que debe conocer:

- **Cómo encontrar una farmacia dentro de la red**
 - » Visite **bcidaho.com/FindAPharmacy**. Encuentre una farmacia local en nuestra red para que la obtención de sus recetas sea conveniente y, al mismo tiempo, le brindemos el servicio que necesita.
- **Cómo saber si su receta está cubierta**
 - » Visite **bcidaho.com/FindAPharmacy**. Ingrese sus recetas para ver si están cubiertas, obtener un costo estimado o encontrar alternativas de menor costo.
- **Visite bcidaho.com/Druglist para:**
 - » Encontrar e imprimir su lista de medicamentos cubiertos (vademécum farmacológico).
 - » Descubrir qué medicamentos tienen límites de cantidad o requieren aprobación adicional antes de surtirlos en una farmacia.
- **Cómo recibir cómodamente sus medicamentos recetados directamente en su domicilio.**

Tiene múltiples opciones para surtir sus medicamentos utilizando la farmacia de pedidos por correo.

 - » **CarelonRx Pharmacy:** haga que su proveedor envíe su receta a CarelonRx Pharmacy, o puede configurar un pedido por correo iniciando sesión en su portal para afiliados en **members.bcidaho.com/pharmacy**. Comuníquese con CarelonRx Pharmacy al 1-833-396-0309 (TTY: 711) para obtener ayuda adicional.
 - » **Amazon Pharmacy:** su proveedor puede enviar su receta directamente a Amazon Pharmacy, o puede transferir recetas existentes en línea. Para registrarse en una cuenta de Amazon Pharmacy, visite **pharmacy.amazon.com**. Necesitará una cuenta de Amazon, pero no una cuenta de Amazon Prime. Llame al 1-855-745-5725 o visite **amazon.com** para obtener ayuda adicional.

- **Qué hacer si su medicamento recetado no está cubierto o requiere aprobación adicional**

- » Pregúntele a su médico que utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" al recetarle un medicamento. Esto le permitirá saber si la receta está cubierta, cuál es su costo compartido y si hay algún límite que debe tener en cuenta.
- » Cuando se requiere una revisión adicional, esto se denomina solicitud de determinación de cobertura. Tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura. Algunos ejemplos incluyen:
 - Autorización previa: su medicamento requiere documentación adicional antes de que podamos pagar la reclamación.
 - Excepción del vademécum farmacológico: su medicamento no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos
 - Excepción al límite de cantidad: necesita más cantidad de un medicamento de la que permite su plan
 - Terapia escalonada: requerimos que pruebe otro medicamento antes de pagar el medicamento que está intentando obtener en la farmacia

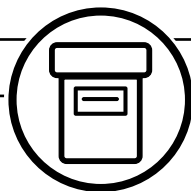
La información sobre cómo presentar una solicitud de determinación de cobertura se puede encontrar en **bcidaho.com/pharmacy**.



Blue Cross of Idaho ofrece apoyo clínico integral para los afiliados y sus medicamentos.

- » Verificamos detrás de escena para asegurarnos de que los medicamentos recetados sean adecuados y seguros para usted. Colaboramos con su médico para detectar y solucionar problemas potenciales.
- » Ofrecemos llamadas automáticas de recordatorio de resurtido para ayudarlo a mantenerse al día con el resurtido de sus medicamentos recetados. No tomar los medicamentos según lo prescrito puede provocar problemas y empeorar el estado de salud.
- » En función de sus medicamentos y afecciones de salud específicas, es posible que nos comuniquemos con usted para realizar controles de medicamentos durante el transcurso del año, para responder preguntas y ayudarlo a superar cualquier desafío que pueda experimentar al tomar sus medicamentos recetados.
- » Además, realizamos revisiones anuales de medicamentos a los afiliados que califican para nuestro programa de manejo de terapia con medicamentos (MTM).
 - La inscripción en MTM es automática y se basa en la cantidad de problemas de salud a largo plazo que tenga, la cantidad de medicamentos de mantenimiento cubiertos que tome y sus costos anuales de medicamentos recetados. Para obtener más información sobre el programa MTM, visite **bdidaho.com/pharmacy** o contáctenos al 1-855-479-3661.

Asegúrese de aprovechar el alcance clínico que recibe para asegurarse de aprovechar al máximo no solo sus medicamentos, sino también sus beneficios de farmacia.



Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

A partir de 2025, podrá optar por un plan **voluntario** de pago para sus medicamentos de la Parte D. Este plan es administrado por Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc.

- **¿Cómo funciona este plan con mi cobertura de medicamentos de la Parte D?**

- » No pagará a su farmacia por los medicamentos cubiertos por la Parte D.
- » Pagaremos a su farmacia el copago o coseguro. Esto ocurrirá detrás de escena y no es necesario que usted haga nada.
- » Le enviaremos una factura por su parte mensual del costo anual esperado de medicamentos de la Parte D.

- **¿Es este plan adecuado para mí?**

- » Hable con su asesor de confianza o llame al 1-855-479-3661 para que lo ayude a determinar si este programa es adecuado para usted.

- **Recordatorios importantes**

- » Este plan **no reduce** el costo de sus medicamentos de la **Parte D: no le ahorrará dinero** porque su costo anual total de medicamentos no cambiará, pero *puede ayudarlo a administrar sus costos mensuales*.
- » Este plan **no incluye** ningún medicamento recetado ni servicio cubierto por la **Parte B de Medicare**.
 - Algunos ejemplos comunes incluyen: suministros para pruebas diabéticas o ciertos medicamentos utilizados para evitar que su cuerpo rechace un órgano trasplantado que fue pagado por Medicare (inmunosupresores).
- » Lo máximo que pagará de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D es \$2,000. Este límite se aplica incluso si usted participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Después de eso, no paga nada por sus medicamentos de la Parte D.

Visite bcidaho.com/pharmacy para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame al Servicio de Atención al Cliente de Blue Cross of Idaho al **1-855-479-3661 (TTY: 711)**.

Las 24 horas del día, los siete días de la semana.

©2024 Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. ("Blue Cross of Idaho Care Plus"), una licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association, con servicios prestados por Blue Cross of Idaho Health Service, Inc.

Amazon Pharmacy es una empresa independiente que contrata al administrador de beneficios de farmacia de Blue Cross of Idaho Rx para ofrecer servicios de farmacia en línea. Amazon Pharmacy es el único responsable de sus servicios. Blue Cross of Idaho Rx no es responsable de la prestación o falta de prestación de ningún servicio ofrecido por Amazon Pharmacy.

¿Qué sucede después?

1

Carta de confirmación

Busque una carta de confirmación que le notifique que su inscripción está completa. Si tiene preguntas o inquietudes, puede llamarnos al 1-888-494-2583 (TTY: 711).

Sus tarjetas de identificación

Recibirá su tarjeta de identificación de afiliado a Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. Llévela con usted y deje su tarjeta de identificación roja, blanca y azul de Medicare en casa para protegerla. Solo necesitará una tarjeta de identificación de afiliado para todos sus servicios médicos y para surtir sus recetas.

2

Conéctese en línea o acceda al móvil

Ingrese en **members.bcidaho.com** para crear una cuenta en línea. Desde aquí, usted puede:

- Ver detalles de sus beneficios
- Ver sus reclamaciones
- Ver su progreso hacia su deducible anual
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación de afiliado
- Encontrar un proveedor de la red
- Obtener más información sobre los programas de salud y bienestar

Descargue la aplicación para afiliados de Blue Cross of Idaho desde Apple App Store o Google Play y use su nombre de usuario y contraseña de afiliado de **bcidaho.com** para iniciar sesión.

- Encontrar un proveedor dentro de la red o un centro de atención de urgencia más cercano a donde usted se encuentra
- Ver su progreso hacia su deducible anual
- Ver detalles de los beneficios
- Ver tarjetas de identificación de afiliado
- Enviar las tarjetas de identificación de afiliado directamente a sus proveedores de atención médica por correo electrónico o fax

3

Programe sus consultas

- Si es nuevo en Medicare, dentro de los primeros 12 meses, puede programar una consulta de atención preventiva de "Bienvenida a Medicare". Si es un beneficiario actual de Medicare, simplemente programe sus exámenes médicos anuales a principios del año y aproveche los beneficios de su plan.
- También le recomendamos programar una consulta de evaluación de salud opcional de 45 a 60 minutos en su hogar con un enfermero especializado, sin costo para usted. Se trata de una prueba de detección de salud básica y no reemplaza ningún chequeo con su médico. Busque una carta en el correo con detalles adicionales.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

INFORMACION IMPORTANTE:

Calificación 2025 de Medicare con Estrellas

Información
oficial de
Medicare del
gobierno de los
Estados Unidos



Blue Cross of Idaho - H1350

En el 2025, Blue Cross of Idaho - H1350 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:

Calificación general por estrellas: ★★★★★☆
Calificación de los Servicios de Salud: ★★★★★☆
Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★★★★★☆



Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un Sistema de Calificación por 5 estrellas.

Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en línea

Compare la Calificación por Estrellas de este y otros planes en línea en es.medicare.gov/plan-compare.

¿Preguntas sobre este plan?

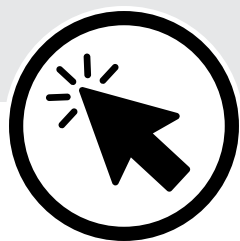
Comuníquese con Blue Cross of Idaho 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora de la Montaña a 888-492-2583 (número gratuito) o al 711 (TTY) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención de 1 de abril al 30 de septiembre es lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora de la Montaña. Miembros actuales favor de llamar 888-494-2583 (número gratuito) o al 711 (TTY).

Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. es un plan de salud HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. depende de la renovación del contrato. ©2024 Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. ("Blue Cross of Idaho Care Plus") es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, con servicios prestados por Blue Cross of Idaho Health Service, Inc.

El número de estrellas indica
qué tan bien funciona el plan.

★★★★★ EXCELENTE
★★★★★ SUPERIOR AL
PROMEDIO
★★★★☆ PROMEDIO
★★★☆☆ DEBAJO DEL
PROMEDIO
★☆☆☆☆ DEFICIENTE

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



Información de contacto

¿Tiene alguna pregunta? Línea gratuita para afiliados:

1-888-494-2583 (TTY: 711)

Del 1 de octubre al 31 de marzo:
de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

Del 1 de abril al 30 de septiembre:
de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

Página web:

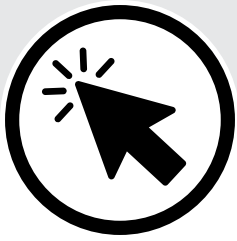
medicare.bcidaho.com

Encuentre un proveedor, farmacia o lista de medicamentos dentro la red:

- 1-888-494-2583 (TTY: 711)
- **Proveedor:**
bcidaho.com/FindTrueBlueDoctors
- **Farmacia:**
bcidaho.com/FindAPharmacy
- **Lista de medicamentos cubiertos:**
bcidaho.com/DrugList
- **Dentista*:**
bcidaho.com/FindADentist

Oficina local de Blue Cross of Idaho

3000 East Pine Ave.
Meridian, ID 83642-5995



Información de contacto: beneficios adicionales

Gimnasio o entrenamiento físico en el hogar

- Silver&Fit®: 1-888-818-2747
SilverandFit.com

Artículos de venta libre: cómo hacer un pedido

- En línea: bcidaho.com/OTC
- Aplicación móvil: OTC-Anywhere
- Teléfono: 1-833-703-5170 (TTY: 711)
- Formulario de envío por correo (en catálogo)

Odontología*

- Servicio de Atención al Cliente de Blue Cross of Idaho: 1-888-494-2583 (TTY: 711)

Asesoramiento médico las 24 horas del día, los siete días de la semana

- Línea de asesoramiento de enfermería de Blue Cross of Idaho: 1-800-704-0727

Anteojos y atención oftalmológica

- VSP®: 1-844-566-3503 (TTY: 711)
vsp.com

Cobertura para la audición

- TruHearing®: 1-888-989-9220
- TruHearing.com/bcidmedicare

Atención oportuna

- Servicio de Atención al Cliente de Blue Cross of Idaho: 1-888-494-2583

*Es posible que su plan no tenga beneficios odontológicos completos. Para obtener más información sobre cómo agregar beneficios odontológicos complementarios opcionales, llame al Servicio de Atención al Cliente de Blue Cross of Idaho al 1-888-494-2583 (TTY: 711).

©2024 Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. ("Blue Cross of Idaho Care Plus") es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, con servicios prestados por Blue Cross of Idaho Health Service, Inc.

En nombre de Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc., TruHearing, VSP Vision Care, American Specialty Health y Convey, empresas independientes, administran programas de beneficios complementarios. VSP Vision Care administra el programa oftalmológico; TruHearing administra el programa de cobertura de audífonos; American Specialty Health administra el programa de acondicionamiento físico, y Convey administra el programa de beneficios de venta libre para afiliados al plan Medicare Advantage.

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Blue Cross of Idaho y Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. (denominados colectivamente Blue Cross of Idaho) cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan, excluyen ni tratan de manera menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad de origen (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo (consistente con el alcance de la discriminación sexual descrita en 45 CFR § 92.101(a)(2)).

Blue Cross of Idaho:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - o Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir:
 - o Intérpretes calificados
 - o Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Cross of

Idaho al 1-800-627-1188 (TTY: 711). Si considera que Blue Cross of Idaho no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de alguna manera debido a su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante: Civil Rights Coordinator (Coordinador de Derechos Civiles) 3000 E. Pine Ave., Meridian, ID 83642
Teléfono: 1-800-274-4018
Fax: 208-331-7493
Correo electrónico: grievancesandappeals@bcidaho.com
TTY: 711

Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, nuestro coordinador de derechos civiles podrá ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por medio del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: Si usted habla árabe, bantú, chino, farsi, francés, alemán, japonés, coreano, nepalés, rumano, ruso, serbocroata, español, tagalo o vietnamita, dispone de asistencia gratuita en su propio idioma. Llame al 1-800-627-1188 (los usuarios de TTY deben llamar al: 711).

Árabe: انتبه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية ، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً اتصل على 1-800-627-1188 (للصم والبكم: 711).

Bantú: ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefonta 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Chino: 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-627-1188 (TTY: 711)。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات رایگان پشتیبانی زبان، در دسترس شما است. شماره تماس 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Francés: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-627-1188 (ATS : 711).

Alemán: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Japonés: 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-627-1188 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Coreano: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-627-1188 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Nepali: ध्यान दनिहोस्: तपाईंले नेपाली बोलनुहुन्छ भने तपाईंको नमिता भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-627-1188 (टटिनिङ: 711) ।

Rumano: ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Ruso: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-627-1188 (телетайп: 711).

Serbocroata: OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-627-1188 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

Español: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Tagalo: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Vietnamita: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Para obtener más información, comuníquese con su agente independiente local o llame al número gratuito a continuación.

1-888-492-2583 (TTY: 711)

De 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes.

Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. es un plan de salud HMO con un contrato de Medicare. La afiliación a Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. depende de la renovación del contrato.

En nombre de Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc., TruHearing, VSP Vision Care, American Specialty Health y Convey, empresas independientes, administran programas de beneficios complementarios. VSP Vision Care administra el programa oftalmológico; TruHearing administra el programa de cobertura de audífonos; American Specialty Health administra el programa de acondicionamiento físico, y Convey administra el programa de beneficios de venta libre para afiliados al plan Medicare Advantage.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los afiliados de True Blue Medicare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio de Atención al Cliente o consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

©2024 Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. ("Blue Cross of Idaho Care Plus") es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, con servicios prestados por Blue Cross of Idaho Health Service, Inc.

Para presentar una queja de marketing, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (las 24 horas del día, los siete días de la semana) o a Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. al 1-888-494-2583 (TTY: 711). Es importante que proporcione el nombre de un agente o distribuidor con su queja.



3000 East Pine Avenue
Meridian, Idaho 83642-5995

P.O. Box 8406
Boise, Idaho 83707

Visite [medicare.bcidaho.com](https://www.medicare.bcidaho.com)