



2024

GUÍA PASO A PASO DE MEDICARE

Comprenda sus beneficios, opciones y pasos a seguir

¹Basado en los datos de inscripción de CMS de diciembre de 2022.



Entender Medicare

Si es elegible para Medicare, o pronto lo será, felicitaciones. Para adaptar la cobertura a sus necesidades y presupuesto, es importante que comprenda sus beneficios. Medicare brinda una protección valiosa contra los costos médicos altos, pero no lo cubre todo. Medicare no tiene un gasto máximo de desembolso personal para limitar lo que usted paga. Esta guía lo ayudará a tomar con confianza decisiones informadas sobre Medicare.

DATOS QUE DEBE CONOCER SOBRE MEDICARE

- Puede inscribirse en Medicare a los 65 años, incluso si no está listo para jubilarse.
- Medicare paga aproximadamente el 80 % de los gastos médicos después de que usted alcance el deducible y cubre solo ciertos tipos de atención. La cobertura adicional de Medicare de Blue Cross and Blue Shield of Minnesota puede ayudar a pagar algunos de sus costos adicionales de atención médica.
- Es posible que tenga que pagar una multa si no se inscribe en la cobertura de la Parte B y de la Parte D de Medicare desde la primera vez que resulte elegible.

Encuentre las respuestas que necesita

- Entender Medicare**1
 - Si piensa trabajar más allá de los 65 años1
- Paso 1: Conozca Original Medicare**2
 - Parte A de Medicare: cobertura hospitalaria3
 - Parte B de Medicare: cobertura médica4
- Paso 2: Obtenga información sobre cómo cubrir lo que Original Medicare no cubre**5
 - Parte C de Medicare: planes Medicare Advantage6
 - Planes complementarios de Medicare (Medigap)7
 - Planes Medicare Cost8
 - Parte D de Medicare: planes de medicamentos recetados9
 - Prepárese para Medicare en línea9
- Paso 3: Inscribese en el momento adecuado** 10
 - Cuándo inscribirse en un plan de Medicare 11
 - Cómo inscribirse en Medicare 11

Si tiene más preguntas, comuníquese con nosotros usando la información que figura en la contraportada de este cuadernillo.

Si piensa trabajar más allá de los 65 años

Si su empleador tiene más de 20 empleados y usted está cubierto por el seguro médico de su empleador, es posible que pueda retrasar su inscripción en las Partes A y B de Medicare.

- El plan de su empleador debe cubrir las visitas al médico y los servicios ambulatorios y debe contar con un programa de medicamentos recetados que Medicare considere acreditable.
- Cuando se jubile o deje de trabajar, tendrá derecho a un Periodo de Inscripción Especial de ocho meses para inscribirse en la Parte B sin multa.

Si su empleador tiene menos de 20 empleados, es posible que deba inscribirse en las Partes A y B de Medicare cuando cumpla 65 años, incluso si planea continuar trabajando. Medicare se convertirá en su cobertura principal y el plan de su empleador pagará de manera secundaria a Medicare.

Hable con el administrador de beneficios de su empleador para obtener más información, o llame a uno de nuestros asesores de Blue Cross Medicare para analizar su situación y evitar multas.

Paso 1: Conocer Original Medicare

Medicare es un programa de seguro médico del gobierno para estadounidenses que tienen 65 años o más, y personas más jóvenes que tienen determinadas discapacidades y reciben beneficios del Seguro Social. Medicare se creó inicialmente en dos partes, la Parte A y la Parte B. Juntas se denominan Original Medicare.



Parte A de Medicare: cobertura hospitalaria

Cómo funciona	La Parte A de Medicare le ayuda a pagar la atención médica que reciba como paciente internado en un hospital o centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF).
Servicios que ayuda a cubrir	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalizaciones como paciente internado • Atención en un centro de enfermería especializada después de una hospitalización calificada • Visitas de atención médica domiciliaria cubiertas ordenadas por un médico • Cuidados paliativos, incluidos medicamentos para aliviar el dolor
Lo que usted paga por la Parte A	No pagará una prima por la cobertura de la Parte A si usted o su cónyuge contribuyeron al Seguro Social durante al menos 10 años. Debe pagar un deducible por cada período de beneficios de un hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza cuando ingresa en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF) y termina cuando ha estado fuera del centro durante 60 días consecutivos. Una vez que haya pagado el deducible completo, Original Medicare comenzará a pagar la totalidad o parte de los costos.
Sus costos de desembolso personal por la Parte A de Medicare en 2024*	<ul style="list-style-type: none"> • \$1,632 de deducible por cada período de beneficios (días 1 a 60) • \$408 diarios desde el día 61 al 90 en hospital por período de beneficios • \$816 diarios a partir del día 91 en el hospital (hasta 60 días de por vida) • \$0 diarios desde el día 1 al 20 en un centro de enfermería especializada (SNF) • \$204 diarios del día 21 al 100 en un centro de enfermería especializada (SNF) • 100 % de los cargos a partir del día 101 en un centro de enfermería especializada (SNF)

GASTOS HOSPITALARIOS QUE PODRÍA PAGAR SOLO CON ORIGINAL MEDICARE

Tipo de atención	Lo que paga en 2024*
1 a 60 días consecutivos en un hospital	\$1,632 de deducible de la Parte A
150 días consecutivos en un hospital	\$59,976
100 días consecutivos en un centro de enfermería especializada (SNF)	\$16,116

*Los costos de desembolso personal están sujetos a cambios anualmente.

Parte B de Medicare: cobertura médica

<p>Cómo funciona</p>	<p>La Parte B de Medicare ayuda a pagar los servicios y suministros médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su afección médica. Puede optar por no inscribirse en la Parte B, pero si decide inscribirse más adelante, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte B.</p>
<p>Servicios que ayuda a cubrir</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de detección de cáncer, como mamografías • Servicios médicos en un consultorio, clínica u hospital • Pruebas de diagnóstico, radiografías y análisis de laboratorio • Equipos y suministros médicos • Servicios de rehabilitación y atención ambulatoria
<p>Lo que usted paga por la Parte B</p>	<p>Debe pagar una prima mensual por la cobertura de la Parte B. Si cuenta con una cobertura de salud calificada, por ejemplo, a través de un empleador, la prima es independiente de cualquier prima mensual, copago o coseguro que pueda pagar por un plan privado de Medicare. La prima mensual comienza en \$174.70 y aumenta según una escala móvil basada en los ingresos. Una persona soltera con un ingreso anual superior a \$103,000 y las parejas casadas con un ingreso anual superior a \$206,000 deberán pagar más. Por lo general, la prima se deduce de su cheque del Seguro Social. Una vez que haya alcanzado el deducible anual, la Parte B generalmente cubre el 80 % del costo de la mayoría de los servicios cubiertos por Medicare que reciba y usted es responsable de pagar el 20 % restante del coseguro.</p>
<p>Sus costos de desembolso personal por la Parte B de Medicare en 2024*</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comienza con una prima mensual de \$174.70 • \$240 de deducible anual • 20 % de los gastos aprobados por Medicare (después del deducible) • Gastos no cubiertos por Medicare (no hay límite anual para los gastos de desembolso personal)

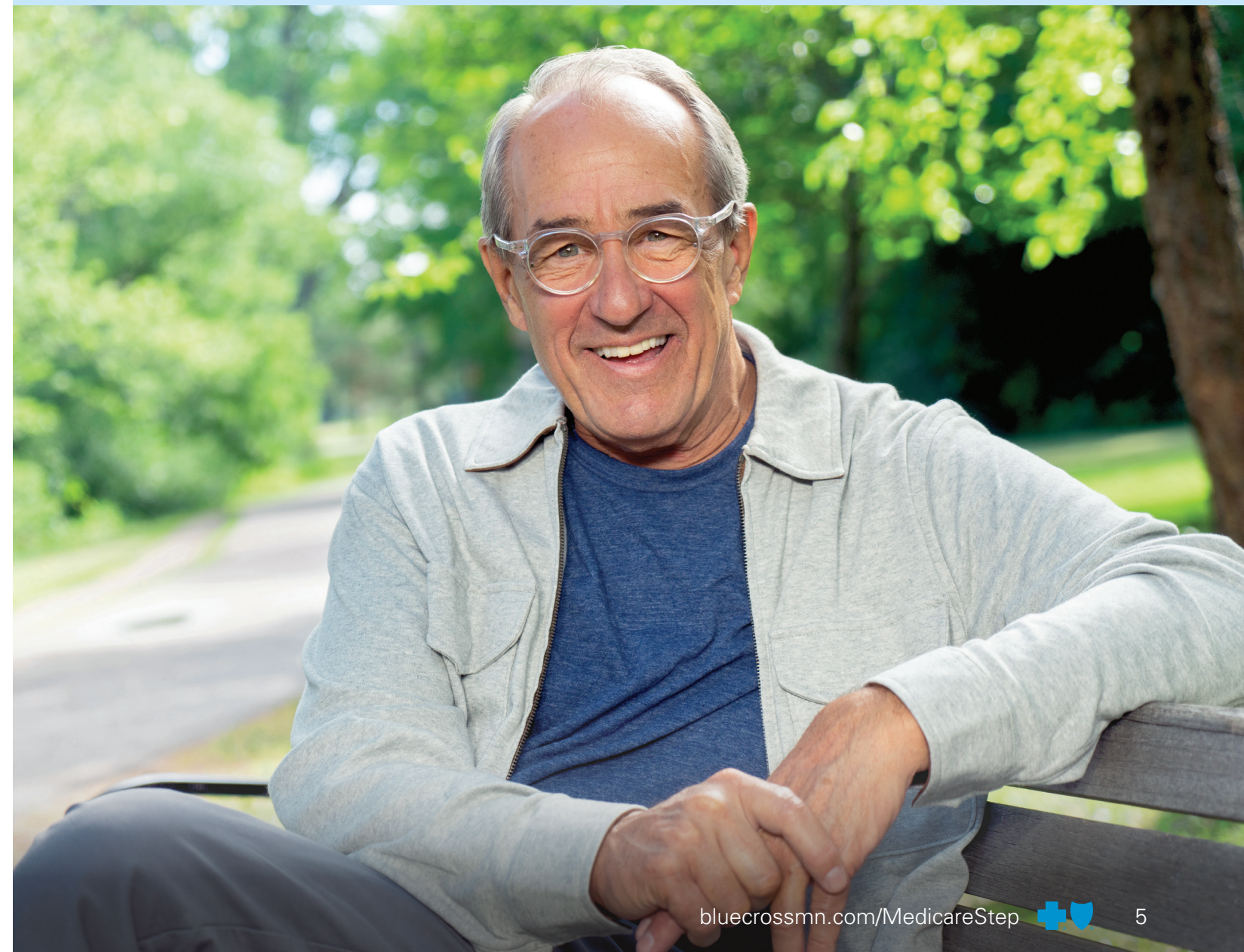
*Los costos de desembolso personal están sujetos a cambios anualmente.

GASTOS MÉDICOS QUE PODRÍA PAGAR SOLO CON ORIGINAL MEDICARE

- Examen físico anual
- Atención oftalmológica de rutina
- Audífonos
- La mayoría de los medicamentos recetados
- Atención odontológica de rutina
- Atención a largo plazo

Paso 2: Obtenga información sobre cómo cubrir lo que Original Medicare no cubre

Puede agregar una cobertura adicional, que ofrecen los planes de salud privados como Blue Cross, para que le ayude a pagar los gastos que Medicare no cubre.



Parte C de Medicare: Planes Medicare Advantage

Cómo funciona	<p>Los planes Medicare Advantage combinan los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare, por lo que su cobertura hospitalaria y médica se proporcionan en un solo plan. Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, debe reunir los requisitos de la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B. Los planes de Medicare Advantage suelen ser uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organización de proveedores preferidos (PPO): Le permite atenderse con cualquier proveedor de la red sin necesidad de derivación. También debe vivir en el área de servicio. • Cuenta de ahorros de Medicare (MSA): Le permite pagar los gastos calificados de Medicare, ofreciéndole más control sobre sus gastos de atención médica. • Plan Medicare Advantage para medicamentos recetados (MA-PD): Planes PPO que incluyen cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
Servicios que ayuda a cubrir	<p>Obtenga todos los beneficios de Original Medicare más los “extras” que Medicare no cubre. Los planes pueden ofrecer beneficios odontológicos, oftalmológicos, auditivos, acupuntura, artículos de venta libre y mucho más.</p>
Lo que usted paga	<ul style="list-style-type: none"> • Debe continuar pagando la prima de la Parte B, además de cualquier prima mensual del plan Medicare Advantage. • También pagará una parte de algunos gastos, pero puede ahorrar dinero cuando utilice proveedores que pertenezcan a la red de su plan. • Su plan de Medicare Advantage puede reducir sus costos o hacer que sus costos sean más predecibles con copagos fijos para algunos servicios. Es posible que también tenga un monto máximo de gastos de desembolso personal para el año.

LO QUE DEBERÍA SABER

- Las PPO ofrecen más flexibilidad y posibilidades de elección, ya que cuentan con una amplia red de proveedores y no se necesitan derivaciones para consultar a los especialistas de la red.
- Los beneficios y las redes de proveedores varían de un plan a otro porque compañías privadas de seguros médicos son las que ofrecen la cobertura.

CON BLUE CROSS USTED OBTIENE

- Acceso al 98 % de los médicos en Minnesota¹
- Servicio al cliente de Medicare de calidad²
- Opciones de planes Medicare Advantage, incluido un plan médico únicamente, diseñado especialmente para veteranos.
- Viaje hasta 12 meses

Planes complementarios de Medicare

Cómo funciona	<p>Los planes complementarios de Medicare, también conocidos como Medigap, están diseñados para “cerrar las brechas” de Original Medicare y pagar los gastos que Original Medicare no cubre. También tendrá la libertad de viajar o vivir en cualquier lugar de Estados Unidos y recibir los beneficios del plan de cualquier proveedor que acepte la asignación de Medicare. Puede elegir entre una gama de planes, incluidos los planes Basic, Extended Basic y Medicare Select. Para inscribirse en un plan Medigap, debe reunir los requisitos de la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B.</p>
Servicios que ayuda a cubrir	<p>Los planes Medigap le ayudan a cubrir los copagos, el coseguro y los deducibles de Medicare. Cada tipo de plan Medigap tiene un conjunto diferente de beneficios y primas y, por una prima adicional, algunos planes ofrecen cobertura opcional.</p>
Lo que usted paga	<p>Los gastos varían en función del plan que elija y deberá seguir pagando la prima de la Parte B junto con la prima mensual del plan complementario de Medicare, los deducibles, los copagos y el coseguro.</p>

LO QUE DEBERÍA SABER

- Los planes Medigap no incluyen la cobertura de medicamentos recetados, por lo que tendrá que inscribirse en un plan independiente de la Parte D para evitar una multa.
- Si solicita un plan Medigap más de seis meses después del mes en que comienza su cobertura de la Parte B, es posible que se le exija que presente una historia clínica con su solicitud. Es posible que no obtenga el plan que desea o que tenga que pagar más.



Planes Medicare Cost

Cómo funciona	Los planes Medicare Cost proporcionan cobertura adicional para ayudar a pagar los gastos que Original Medicare no cubre. Algunos planes Cost también ofrecen cobertura opcional de medicamentos recetados de la Parte D. Para poder optar por un plan Cost, debe ser beneficiario de la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B.
Servicios que ayuda a cubrir	<ul style="list-style-type: none"> • Los planes Medicare Cost incluyen todos los beneficios de Original Medicare y ayudan a pagar los deducibles, copagos y coseguros que Original Medicare no cubre. • Si opta por incluir la cobertura de medicamentos recetados, su plan también le ayuda a pagar el costo de sus medicamentos.
Lo que usted paga	Los costos varían dependiendo del plan que elija. Deberá seguir pagando la prima de la Parte B, junto con las primas mensuales del plan Medicare Cost, los copagos y el coseguro.
Dónde están disponibles los planes Cost de Medicare	Para personas que viven en uno de los siguientes condados:* 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

*Los condados están sujetos a cambios en forma anual. Debe vivir en el condado para ser elegible.

LO QUE DEBERÍA SABER

- En general, puede consultar a cualquier proveedor de la red sin necesidad de una derivación. Si elige un proveedor fuera de la red, sólo podrá recibir cobertura de Original Medicare para dichos servicios.
- Puede viajar hasta nueve meses por los Estados Unidos y recibir cobertura dentro de la red para los servicios médicamente necesarios de cualquier proveedor que acepte la asignación de Medicare.
- Los gastos incurridos a través del beneficio de viaje se aplican al monto máximo de desembolso personal.



Medicare Parte D: Planes de medicamentos recetados

Cómo funciona	Puede agregar la cobertura independiente de la Parte D a Original Medicare o a un plan Medicare Supplement o Medicare Cost que no tenga beneficios de medicamentos recetados.
Servicios que ayuda a cubrir	Los planes de la Parte D ayudan a pagar los gastos de los medicamentos recetados. Los tipos de medicamentos cubiertos y las farmacias que puede usar varían según el plan.
Lo que usted paga	Si agrega un plan independiente de la Parte D, pagará una prima mensual. También puede pagar un deducible de medicamentos recetados y un copago o coseguro por sus medicamentos recetados.

LO QUE DEBERÍA SABER

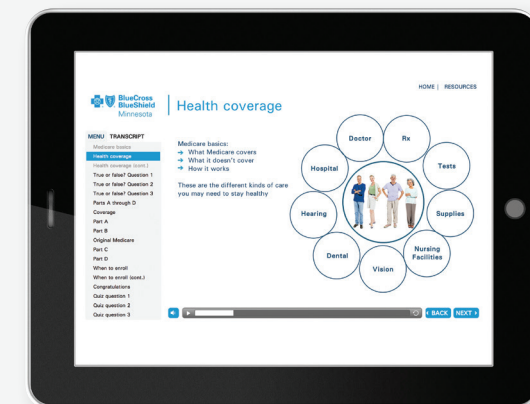
- La mayoría de los planes de medicamentos recetados de Medicare tienen una brecha de cobertura (conocida como "donut hole" o "agujero de dona"). Cuando llegue al "agujero de dona", pagará temporalmente un coseguro fijo por sus medicamentos.
- Cuando usted y su plan hayan pagado un total acumulado de \$5,030, pagará el 25 % del costo de los medicamentos de marca y genéricos hasta que sus costos anuales de desembolso personal alcancen los \$8,000.* Una vez que alcance el máximo de desembolso personal de \$8,000, ya no tendrá que realizar pagos por medicamentos cubiertos de la Parte D durante el resto del año.

*Los costos de desembolso personal corresponden a 2024 y están sujetos a cambios anualmente.

Prepárese para Medicare en línea

Prepárese para Medicare es un programa en línea sencillo que le permite aprender a su propio ritmo, cuando y donde le resulte conveniente. A través de una serie de breves lecciones en línea, verá cómo funciona Medicare, qué cubre y cuánto cuesta. También aprenderá acerca de los planes privados que pueden ayudar a cubrir las brechas de Medicare y a reducir sus costos de desembolso personal

bluecrossmn.com/PrepareForMedicare



Paso 3: Inscríbese en el momento adecuado



Cuándo inscribirse en un plan de Medicare

Su Período de Inscripción inicial es un período de siete meses, que va desde tres meses antes de su mes de cumpleaños hasta tres meses después de su mes de cumpleaños. La cobertura puede comenzar a partir del primer día del mes en que cumpla 65 años y para evitar multas:

- Debe inscribirse en la Parte A y en la Parte B de Original Medicare antes de inscribirse en un plan Medicare Cost, Medigap, Medicare Advantage o en un plan de medicamentos recetados de la Parte D.
- Si ya recibe beneficios del Seguro Social, quedará automáticamente inscrito en Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted es discapacitado y tiene menos de 65 años, recibirá la Parte A y la Parte B automáticamente después de haber recibido los beneficios por discapacidad del Seguro Social durante 24 meses.
- Si usted o su cónyuge piensan trabajar más allá de los 65 años, es posible que no necesiten inscribirse en Medicare cuando cumplan 65 años. Consulte la página 1.

EVITAR UNA MULTA DE LA PARTE D

Si no se inscribe en un plan de la Parte D de Medicare cuando es elegible por primera vez y no tiene otra cobertura que sea tan buena o mejor que un plan estándar de la Parte D, pagará una multa por inscripción tardía si se inscribe más tarde. La multa se agrega a su prima mensual y usted debe pagarla mientras tenga cobertura de la Parte D. Por lo tanto, aunque ahora no tome medicamentos recetados, considere la posibilidad de inscribirse cuando reúna los requisitos por primera vez.

Al elegir Blue Cross, obtiene un nombre en el que puede confiar, cobertura con la que puede contar y la tranquilidad de saber que estamos aquí para ayudarlo a cada paso del camino.

Es por eso que el **95 por ciento** de los afiliados mantienen su plan Blue Cross Medicare.³

Cuando esté listo para inscribirse en Original Medicare Administración del Seguro Social

Por teléfono

1-800-772-1213, TTY 711

1-800-325-0778

de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.

En persona Vaya a la oficina de Seguro Social más cercana. Lleve un comprobante de su edad y los formularios W-2 de los últimos dos años.

En línea

Presente su solicitud en ssa.gov.

Cómo inscribirse en un plan Medicare Advantage, Medigap, Medicare Cost o de la Parte D

En la mayoría de los casos, puede presentar una solicitud por teléfono, en línea o por correo.

Inscríbese de la forma que más le convenga:

- Llame al **1-855-687-6379**, TTY **711**
- Ingrese en bluecrossmn.com/MedicareStep
- Visite bluecrossmn.com/MedicareAdvisor para comunicarse con un asesor de Blue Cross Medicare.



NOTICE OF NONDISCRIMINATION PRACTICES
Effective July 18, 2016

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus (Blue Cross) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender. Blue Cross does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or gender.

Blue Cross provides resources to access information in alternative formats and languages:

- Auxiliary aids and services, such as qualified interpreters and written information available in other formats, are available free of charge to people with disabilities to assist in communicating with us.
- Language services, such as qualified interpreters and information written in other languages, are available free of charge to people whose primary language is not English.

If you need these services, contact us at 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711.

If you believe that Blue Cross has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender, you can file a grievance with the Nondiscrimination Civil Rights Coordinator

- by email at: Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com
- by mail at: Nondiscrimination Civil Rights Coordinator
Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus
M495
PO Box 64560
Eagan, MN 55164-0560
- or by phone at: 1-800-509-5312

Grievance forms are available by contacting us at the contacts listed above, by calling 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711. If you need help filing a grievance, assistance is available by contacting us at the numbers listed above.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

- electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- by phone at: 1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD)
- or by mail at:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F
HHH Building
Washington, DC 20201

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

This information is available in other languages. Free language assistance services are available by calling the toll free number below. For TTY, call 711.

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al 1-855-903-2583. Para TTY, llame al 711.

Yog tias koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-800-793-6931. Rau TTY, hu rau 711.

Haddii aad ku hadasho Soomaali, adigu waxaad heli kartaa caawimo luqad lacag la'aan ah. Wac 1-866-251-6736. Markay tahay dad maqalku ku adag yahay (TTY), wac 711.

နမူကတိကညီကိုင်ကိုင်ခိုး, တာကဟုံနကိုင်တာမတကလိတဖန်နနလိ. ကိ: 1-866-251-6744 လာ TTY အဂီ, ကိ: 711 တက့်.

إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل بالرقم 1-866-569-9123. للهاتف النصي اتصل بالرقم 711.

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi số 1-855-315-4015. Người dùng TTY xin gọi 711.

Afaan Oromoo dubbattu yoo ta'e, tajaajila gargaarsa afaan hiikuu kaffaltii malee. Argachuuf 1-855-315-4016 bilbilaa. TTY dhaaf, 711 bilbilaa.

如果您說中文，我們可以為您提供免費的語言協助服務。請撥打 1-855-315-4017。聽語障專 (TTY)，請撥打 711。

Если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните 1-855-315-4028. Для использования телефонного аппарата с текстовым выходом звоните 711.

Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le +1-855-315-4029. Pour les personnes malentendantes, appelez le 711.

አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ ነጻ የቋንቋ አገልግሎት እርዳ አለሎት። በ 1-855-315-4030 ይደውሉ ለ TTY በ 711።

한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 1-855-904-2583 으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711 로 전화하십시오.

ຖ້າເຈົ້າເວົ້າພາສາລາວໄດ້, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາໃຫ້ເຈົ້າພຣີ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-866-356-2423 ສໍາລັບ. TTY, ໃຫ້ໂທຫາ 711.

Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyo sa wika. Tumawag sa 1-866-537-7720. Para sa TTY, tumawag sa 711.

Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Wählen Sie 1-866-289-7402. Für TTY wählen Sie 711.

ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរមិន អ្នកអាចរកបានសេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-855-906-2583។ សម្រាប់ TTY សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 711។

Diné k'ehjí yáníłt'i'go saad bee yát'i' éí t'áájíík'e bee níká'a'doowołgo éí ná'ahoot'i'. Kojí éí béesh bee hodíílnih 1-855-902-2583. TTY biniyego éí 711 jí' béesh bee hodíílnih.

¿TIENE PREGUNTAS?

Obtenga más información sobre los planes Blue Cross Medicare

Por teléfono

Llame al **1-855-687-6379**, TTY **711**, para hablar con un asesor de Blue Cross Medicare.

Programa una reunión con un asesor de Blue Cross Medicare

Los asesores de Blue Cross Medicare son expertos en Medicare y están disponibles para reunirse con usted para analizar sus opciones y ayudarlo a inscribirse en el plan más adecuado para usted. Visite **bluecrossmn.com/MedicareAdvisor** para programar una reunión.

En línea

Visite **bluecrossmn.com/MedicareStep** y utilice nuestra herramienta de inscripción online para comparar planes, completar los formularios de inscripción y enviar su solicitud.

Asista a un taller en línea sobre Medicare
Visite **bluecrossmn.com/FreeWorkshop**.



¹Médicos contratados por CMS en comparación con los datos internos de Blue Cross and Blue Shield of Minnesota, junio de 2023. Se pueden aplicar algunas limitaciones de la red.

²Basado en los resultados de CAHPS de 2022. La información sobre la calificación por estrellas está en medicare.gov/plan-compare. Cada año, Medicare evalúa los planes con un sistema de calificación de 5 estrellas.

³Inscripciones mensuales a Medicare de Highmark del 31 de enero de 2023, en comparación con el 31 de diciembre de 2022.

Para adaptaciones a los fines de recibir a personas con necesidades especiales en las reuniones, llame al 1-855-687-6379, TTY 711.

Blue Cross ofrece planes PPO, Cost y PDP con contratos de Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato. Los planes están disponibles para los residentes del área de servicio.

Blue Cross® and Blue Shield® of Minnesota y Blue Plus® son licenciatarios independientes sin fines de lucro de Blue Cross and Blue Shield Association.