



MEDICARE

Resumen de beneficios de 2027

Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

BlueMedicare Select (PPO) H5434-047

Del 1/1/2027 al 12/31/2027

Nuestra área de servicio incluye:

Condado de Monroe

Este es un resumen de lo que cubre nuestro plan y lo que usted paga. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones, puede consultar la “**Evidencia de Cobertura**” de este plan en nuestro sitio web, www.floridablue.com/medicare/forms, o puede llamarnos para solicitarnos ayuda.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare y Usted* de 2027. Puede verlo en línea en www.medicare.gov u obtener 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.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse debe cumplir con las siguientes condiciones:

- Debe tener derecho a la Parte A de Medicare.
- Debe estar inscrito en la Parte B de Medicare.
- Debe vivir en **nuestra área de servicio**.

El área de servicio de nuestro plan H5434-047 incluye el siguiente condado de Florida: [Monroe](#)

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Tenemos una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que pague más por estos servicios.

- Puede consultar el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (<https://providersearch.floridablue.com/>). O llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.
-

¿Tiene alguna pregunta? Llámenos

- **Si es miembro de este plan, llámenos al 1-800-926-6565, TTY: 711.**
- **Si no es miembro de este plan, llámenos al 1-855-601-9465, TTY: 711.**
 - Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad.
 - Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes.
- O visite nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare.

Información importante

A lo largo de este documento verá el símbolo “♦”. Los servicios que tengan este símbolo pueden requerir autorización previa del plan antes de que usted reciba los servicios de los proveedores de la red. Si no obtiene una autorización previa cuando sea necesario, es posible que deba pagar costos compartidos fuera de la red, incluso si recibió servicios de un proveedor de la red. Consulte la “Evidencia de Cobertura” para obtener más información sobre los servicios que requieren una autorización previa del plan.

Prima mensual, deducible y límites

Prima mensual del plan	• \$145.20
-------------------------------	--

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

Deducible anual	• \$0 por año para servicios médicos dentro de la red (INN) • \$2,000 por año para servicios médicos fuera de la red (OON) • \$700 por año para los medicamentos con receta de la Parte D que se aplican a los medicamentos de los Niveles 3 (medicamentos de marca preferidos), 4 (medicamentos no preferidos) y 5 (nivel especializado) • No hay deducible para las insulinas.
------------------------	--

Monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) (no incluye medicamentos con receta)	• \$8,000 es el monto máximo que paga por servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año. • \$14,800 es lo máximo que paga por los servicios médicos cubiertos por Medicare que recibe de proveedores dentro y fuera de la red combinados. • Una vez que alcance el máximo que paga de su bolsillo (MOOP), nuestro plan paga el 100% de los servicios médicos cubiertos. • Las primas y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para su MOOP.
--	---

Beneficios médicos y hospitalarios

	Dentro de la red	Fuera de la red
Cobertura hospitalaria para pacientes internados (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red) (Cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización)	- Copago de \$388 por día para los días 1 al 7 - Copago de \$0 por día para los días 8 al 90	50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios	- Servicios de observación: copago de \$115 - Todos los demás servicios: copago de \$325	50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red
Servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	Servicios quirúrgicos: copago de \$275	50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red
Visitas al médico	- Proveedor elegido: copago de \$0 - Especialista: copago de \$60	- Proveedor elegido: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red - Especialista: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red

	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención preventiva	Copago de \$0	50% del costo total
(Servicios cubiertos por Medicare)	• Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal • Pruebas de detección y asesoramiento sobre el consumo excesivo de alcohol • Mediciones de la masa ósea • Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares • Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento) • Pruebas de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Pruebas de detección de cáncer colorrectal ◦ Análisis de biomarcadores en sangre ◦ Colonoscopias ◦ Colonografía por tomografía computarizada (CT) ◦ Pruebas de sangre oculta en heces ◦ Sigmoidoscopias flexibles ◦ Pruebas de ADN en heces para detectar varios marcadores • Asesoramiento para evitar el consumo de tabaco y prevenir las enfermedades causadas por el consumo de tabaco • Pruebas de detección de depresión • Pruebas de detección de diabetes • Capacitación sobre la autogestión de la diabetes • Pruebas de detección de glaucoma • Vacunas contra la hepatitis B • Pruebas de detección de la infección por el virus de la hepatitis B (HBV)	

	Dentro de la red	Fuera de la red
	• Pruebas de detección de hepatitis C • Pruebas de detección del VIH • Pruebas de detección de cáncer de pulmón • Mamografías (prueba de detección) • Servicios de tratamiento médico nutricional • Programa de prevención de la diabetes de Medicare • Terapia del comportamiento para la obesidad • Visita preventiva única de “Bienvenido a Medicare” • Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH • Pruebas de detección de cáncer de próstata • Pruebas de detección y asesoramiento sobre enfermedades de transmisión sexual • Vacunas: ◦ Vacunas contra la COVID-19 ◦ Vacunas contra la gripe ◦ Vacunas contra la hepatitis B ◦ Vacunas antineumocócicas • Visita anual de “bienestar” • Estará cubierto todo servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato	
Atención de emergencia	• Copago de \$115 No se aplica el copago si ingresa al mismo hospital dentro de las 48 horas posteriores a la visita a la sala de emergencias.	

	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención de emergencia en todo el mundo (no incluye el transporte de emergencia)	• Copago de \$115 • Los servicios de urgencia y de emergencia en todo el mundo tienen un límite de cobertura combinado de \$25,000. El copago para la atención de emergencia en todo el mundo no se aplica si se ingresa al mismo hospital. • No se cubre la atención fuera de la sala de emergencias ni el ingreso a un hospital de emergencia.	
Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado y podrá solicitar un reembolso.		
Servicios de urgencia	• Centro de atención de urgencia: copago de \$40 • Centro de atención sin cita previa: copago de \$40	
Servicios de urgencia en todo el mundo (no incluye el transporte de emergencia)	• Copago de \$115 • Los servicios de urgencia y de emergencia en todo el mundo tienen un límite de cobertura combinado de \$25,000. No se exime el copago para los servicios de urgencia en todo el mundo si se ingresa en el hospital.	
Si recibe un servicio de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado y podrá solicitar un reembolso.		

	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de diagnóstico/ laboratorio/ diagnóstico por imágenes ♦ (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)		
Pruebas y procedimientos	• Centro independiente de pruebas de diagnóstico (IDTF): copago de \$50 • Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$50 • Pruebas de alergia: copago de \$0	• 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red
Servicios de laboratorio	• Laboratorio clínico independiente: copago de \$0 • Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$40	• 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red
Radiografías	• Consultorio del médico: copago de \$50 • IDTF: copago de \$50 • Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$150	• 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (MRI, MRA, PET, CT, pruebas de medicina nuclear)	• Consultorio del médico: copago de \$75 • IDTF: copago de \$100 • Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$250	• 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red
Radioterapia	• Coseguro del 20%	• 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red

	Dentro de la red	Fuera de la red
--	------------------	-----------------

Servicios de audición

cubiertos por Medicare

- Copago de \$60
- 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red

Servicios de audición adicionales

- Examen de audición de rutina: copago de \$0
- Evaluación y ajuste: copago de \$0
- Consulte la tabla a continuación para ver el copago de cada audífono, para hasta 2 audífonos por año.

Nivel de tecnología	Copago por audífono
Inicial	\$350.00 por dispositivo
Básico	\$525.00 por dispositivo
Intermedio	\$825.00 por dispositivo
Preferido	\$1,125.00 por dispositivo
Avanzado	\$1,425.00 por dispositivo
Prémium	\$1,825.00 por dispositivo

- El miembro debe presentar los recibos para obtener un reembolso del 50% del monto máximo permitido para un examen de audición de rutina por año.
- El miembro debe presentar los recibos para obtener un reembolso del 50% del monto máximo permitido para la evaluación y la adaptación de los audífonos.
- El miembro debe presentar recibos para obtener un reembolso del 50% del monto máximo permitido para 2 audífonos por año. Sujeto al beneficio máximo.

Sujeto al beneficio máximo. El miembro debe pagar cualquier monto una vez que se haya aplicado el beneficio máximo.

NOTA: Los audífonos se deben comprar a través de nuestro proveedor participante para recibir los beneficios dentro de la red.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales ♦ (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red) cubiertos por Medicare	Copago de \$60 por atención dental que no es de rutina (servicios dentales que están cubiertos cuando son médicamente necesarios [p. ej., cirugía de mandíbula, extracción de dientes antes de la radioterapia o examen dental antes de un trasplante de riñón]).	50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red
Servicios dentales adicionales	Servicios dentales preventivos: Usted paga \$0 por servicio. Los servicios dentales preventivos incluyen exámenes de rutina, limpiezas y radiografías por año calendario. Servicios dentales integrales: Usted paga \$0 por servicio. Los servicios dentales integrales incluyen un ajuste de dentadura postiza y una extracción por año calendario. <i>Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener detalles completos, incluidos los límites de frecuencia y la información de la red de proveedores.</i>	Servicios dentales preventivos: Usted pagará por adelantado y recibirá un reembolso del 50% de las tarifas de los proveedores no participantes por los servicios dentales preventivos cubiertos, que incluyen exámenes de rutina, limpiezas y radiografías por año calendario. Servicios dentales integrales: Usted pagará por adelantado y recibirá un reembolso del 50% de las tarifas de los proveedores no participantes por los servicios dentales integrales cubiertos, que incluyen un ajuste de la dentadura postiza y una extracción por año calendario. <i>Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener detalles completos, incluidos los límites de frecuencia y la información de la red de proveedores.</i>

	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de la vista cubiertos por Medicare	- Servicios médicos: copago de \$60 - Prueba de detección de glaucoma: copago de \$0 - Examen de retina para personas diabéticas: copago de \$0 - Anteojos o lentes de contacto: copago de \$0; un par después de la cirugía de cataratas	- Servicios médicos: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red - Pruebas de detección de glaucoma: 50% del costo total - Examen de retina para personas diabéticas: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red - Anteojos o lentes de contacto: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red; un par después de la cirugía de cataratas
Servicios de la vista adicionales (sujetos a la asignación máxima anual de beneficios)	Examen de la vista de rutina: copago de \$0 Lentes, marcos, lentes de contacto o mejoras: copago de \$0 - El miembro es responsable de pagar cualquier monto que supere los \$100 de la asignación máxima anual de beneficios del plan.	Examen de la vista de rutina: El miembro debe pagar el 100% de los cargos y presentar los recibos detallados para el reembolso del 50% del monto permitido dentro de la red. Lentes, marcos, lentes de contacto o mejoras: El miembro debe pagar el 100% de los cargos y presentar los recibos detallados para el reembolso del 50% del monto presentado. El miembro es responsable de todos los montos que superen el 50% del monto presentado o de cualquier monto que supere la asignación máxima anual de beneficios del plan. El reembolso total está sujeto a la asignación máxima anual de beneficios del plan.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de salud mental		
(La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)		
Hospital psiquiátrico para pacientes internados ◊	- Copago de \$348 por día para los días 1 al 6 - Copago de \$0 por día para los días 7 al 90 para un máximo de 90 días por estadía con un máximo de por vida de 190 días	50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red
Terapia de salud mental para pacientes ambulatorios ◊	<u>Sesiones individuales</u> Copago de \$40	<u>Sesiones individuales</u> 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red
	<u>Sesiones grupales</u> Copago de \$30	<u>Sesiones grupales</u> 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red
Centro de enfermería especializada (SNF) ◊	- Copago de \$0 por día para los días 1 al 20 - Copago de \$221 por día para los días 21 al 100	50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red
(La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)		
(Cubre un máximo de 100 días por período de beneficios)		

	Dentro de la red	Fuera de la red
Fisioterapia (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)	• Consultorio del médico: copago de \$40 • Consultorio del especialista: copago de \$40 • Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: copago de \$40 • Hospital para pacientes ambulatorios: copago de \$40	• 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red
Terapia del habla (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)	• Consultorio del médico: copago de \$40 • Consultorio del especialista: copago de \$40 • Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: copago de \$40 • Hospital para pacientes ambulatorios: copago de \$40	• 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red
Terapia ocupacional (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)	• Consultorio del médico: copago de \$35 • Consultorio del especialista: copago de \$35 • Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: copago de \$35 • Hospital para pacientes ambulatorios: copago de \$35	• 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red
Tratamiento de linfedema (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)	• Copago de \$0 para el tratamiento de linfedema	• 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red

	Dentro de la red	Fuera de la red
Ambulancia (viaje de ida o vuelta) (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)	• Terrestre: copago de \$300 • Traslados de un centro a otro: copago de \$0 para el traslado en ambulancia terrestre • Aérea: 20% del costo total	• Terrestre: copago de \$300 • Traslados de un centro a otro: copago de \$300 para el traslado en ambulancia terrestre • Aérea: 20% del costo total
Transporte	• Sin cobertura	• Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	• Inyecciones para alergias: coseguro del 0% • Medicamentos de quimioterapia: coseguro de hasta el 20% • Otros medicamentos de la Parte B: coseguro de hasta el 20% • Insulina de la Parte B: copago de hasta \$35	• 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red

Beneficios de los medicamentos con receta de la Parte D

Etapa del deducible:

La etapa del deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Pagará un deducible anual de \$700 que se aplica a los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado). Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado) hasta que alcance el monto del deducible del plan. El deducible no aplica a productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, entre las que se incluyen la vacuna contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajar. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. En general, el costo completo es menor que el precio normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$700, que se aplican a los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado), abandona la etapa del deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

Etapas de cobertura inicial:

- Usted comienza en esta etapa después de haber alcanzado su deducible (si corresponde). Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo que le corresponde por sus medicamentos, y usted paga su parte del costo.
- En esta etapa, usted pagará los copagos o el coseguro de su plan. El plan paga el resto. Una vez que haya pagado un total combinado de **\$2,400**, que incluye el monto que pagó por su deducible, pasa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y de pedidos por correo de la red.

Cobertura de medicamentos por nivel	Minorista estándar/LTC/ pedido por correo (suministro de 31 días)	Minorista estándar/pedido por correo (suministro de 90 a 100 días)
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 15%	Coseguro del 15%
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Coseguro del 26%	Coseguro del 26%
Nivel 5: nivel especializado	Coseguro del 25%	N/C
Nivel 6: medicamentos seleccionados	Copago de \$0	Copago de \$0

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de medicamento, incluso si no ha pagado su deducible.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas:

Usted ingresa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de **\$2,400** para el año calendario. Durante la etapa de cobertura en

situaciones catastróficas, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Información adicional sobre la cobertura de medicamentos

- Para ver una lista completa de los medicamentos que cubrimos, consulte el **“Formulario”** del plan y, para obtener información sobre el costo de los medicamentos, consulte la **“Evidencia de Cobertura”** del plan. Puede encontrar estos documentos en nuestro sitio web (www.floridablue.com/medicare/forms) o puede llamarnos. Si solicita una excepción al formulario y el plan la aprueba, pagará el costo compartido del **Nivel 4 (medicamentos no preferidos)**.
- Su costo compartido puede ser diferente si utiliza una farmacia a largo plazo (LTC), una farmacia de infusión en el hogar o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento.
- Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluidas las vacunas contra el herpes zóster y el tétanos y las vacunas para viajes.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

- El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago para ayudar a los beneficiarios de Medicare a distribuir los costos que pagan de su bolsillo por los medicamentos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). La participación es voluntaria y la inscripción es gratuita. Puede inscribirse en el plan de pago hablando con su agente de registro (AOR) o llamando a nuestra línea de asistencia exclusiva para la elección al 1-800-926-6565 o al 1-833-696-2087 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes (correos de voz monitoreados los fines de semana), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana (durante el período de inscripción anual [AEP]).
- Para obtener más información sobre el plan de pago, hable con el agente o visite nuestro sitio web en <https://www.floridablue.com/medicare/member/prescription-drug-payments>.

Beneficios médicos adicionales

	Dentro de la red	Fuera de la red
Podiatría	• Copago de \$40	• 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000
cubierta por Medicare		• fuera de la red

	Dentro de la red	Fuera de la red
Quiropráctica (manipulación manual de la columna para corregir una subluxación)	Copago de \$15	50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red
Telesalud Es posible que se requiera una autorización previa para determinados servicios dentro de la red.	- Servicios de urgencia: copago de \$40 - Proveedor elegido: copago de \$0 - Terapia ocupacional: copago de \$35 - Fisioterapia: copago de \$40 - Terapia del habla: copago de \$40 - Servicios de dermatología: copago de \$60 - Servicios especializados de salud mental: copago de \$40 - Servicios especializados de psiquiatría: copago de \$40 - Tratamiento con opioides: copago de \$40 - Servicios para trastornos por uso de sustancias ilícitas: copago de \$40 - Capacitación para la autogestión de la diabetes: copago de \$0 - Servicios de dietistas: copago de \$0	- Servicios de urgencia: copago de \$40 - Proveedor elegido: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red - Terapia ocupacional: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red - Fisioterapia: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red - Terapia del habla: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red - Servicios de dermatología: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red

	Dentro de la red	Fuera de la red
		• Servicios especializados de salud mental: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red • Servicios especializados de psiquiatría: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red • Tratamiento con opioides: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red • Servicios para trastornos por uso de sustancias ilícitas: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red • Capacitación para la autogestión de la diabetes: 50% del costo total • Servicios de dietistas: 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$2,000 fuera de la red
Suministros para la diabetes	Disponible en farmacias minoristas o de pedidos por correo contratadas por Florida Blue Medicare. Medicamentos de marca preferidos: • Coseguro del 0% para glucómetros, tiras reactivas y lancetas de Abbott (p. ej., Freestyle Lite) y Ascensia (Contour®). • Coseguro del 0% para glucómetros continuos (CGM), como Freestyle Libre y Dexcom, y suministros (otras marcas pueden requerir una autorización previa).	• 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red

	Dentro de la red	Fuera de la red
	Medicamentos de marca no preferidos: • Coseguro del 20% para glucómetros, tiras reactivas, lancetas y glucómetros continuos. Todos los demás, como LifeScan (OneTouch), MiniMed CGM pueden requerir autorización previa. La insulina, las toallitas con alcohol, las jeringas para insulina y las agujas para la autoadministración en el hogar están cubiertas por el beneficio de farmacia de la Parte D de Medicare, con los copagos y deducibles que correspondan. Tenga en cuenta lo siguiente: Los suministros médicos (p. ej., toallitas con alcohol, gasas, jeringas) no están cubiertos por la Parte D, a menos que se utilicen para la administración de insulina. Los glucómetros y las tiras reactivas también se pueden obtener a través de nuestra red de DME participante. El surtido inicial de un CGM con una bomba de insulina puede obtenerse a través de nuestro proveedor participante de DME.	
Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)	• Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicare	• 50% del costo total

	Dentro de la red	Fuera de la red
Equipo médico duradero (DME) y suministros (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)	- Asiento elevado estándar para inodoro o asiento para bañera estándar: coseguro del 0% - Sillas de ruedas motorizadas/ escúteres eléctricos: coseguro del 20% - Todos los demás DME: coseguro del 20%	50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$2,000 fuera de la red

Beneficios adicionales

	Dentro de la red	Fuera de la red
SilverSneakers® Programa de acondicionamiento físico	- Su plan incluye una membresía básica para cualquier centro de acondicionamiento físico participante de SilverSneakers® sin costo adicional. La membresía y las clases de gimnasia están disponibles en establecimientos de acondicionamiento físico en todo el país, incluidas las cadenas nacionales y los gimnasios locales. - Acceso a equipos para hacer ejercicio y otras comodidades, clases para todos los niveles y habilidades, eventos sociales y más.	- Si no utiliza un centro de acondicionamiento físico participante de SilverSneakers, debe pagar el 100% de los cargos facturados y presentar un recibo detallado para obtener un reembolso del 10% de los cargos facturados. El plan permite a los miembros utilizar su beneficio de acondicionamiento físico fuera de la red con condiciones limitadas. Estas condiciones incluyen las siguientes: el acceso al nivel de membresía de menor costo en gimnasios y centros de acondicionamiento físico establecidos, así como clases grupales de acondicionamiento físico dirigidas en vivo por un instructor y pensadas para personas mayores. - Usted es responsable de pagar todos los montos que superen el monto del beneficio reembolsable.

	Dentro de la red	Fuera de la red
HealthyBlue Rewards	• Su plan BlueMedicare lo recompensa por cuidar su salud. Los dólares de recompensa se cargarán en su tarjeta prepagada Blue Dollars Benefits MasterCard® por completar o informar cierta atención preventiva y pruebas de detección. • Las recompensas están disponibles después de optar por participar en el programa.	• Su plan BlueMedicare lo recompensa por cuidar su salud. Los dólares de recompensa se cargarán en su tarjeta prepagada Blue Dollars Benefits MasterCard® por completar o informar cierta atención preventiva y pruebas de detección. • Las recompensas están disponibles después de optar por participar en el programa.
Tarjeta prepagada Blue Dollars Benefits MasterCard®	• <i>Consulte HealthyBlue Rewards.</i>	• <i>Consulte HealthyBlue Rewards.</i>

Descargos de responsabilidad

Florida Blue es un plan PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no están obligados a tratar a los miembros de Florida Blue, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio de Atención al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes.

Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., que opera bajo el nombre de Florida Blue, un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece la cobertura de PPO.

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.

The Bancorp Bank, N.A. emite la tarjeta prepagada Benefits Mastercard® de conformidad con una licencia de Mastercard International Incorporated. La tarjeta se puede utilizar para gastos elegibles en cualquier lugar donde se acepte Mastercard. Mastercard y el diseño de los círculos son marcas comerciales de Mastercard International Incorporated. Válido solo en los EE. UU. No puede usarse para obtener efectivo. Los montos de las asignaciones elegibles y las recompensas no se pueden combinar. Se pueden aplicar limitaciones o restricciones adicionales. Los servicios de suscripción, como Walmart+, Instacart, Shipt y Amazon, no son elegibles.

SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2026 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

La participación en HealthyBlue Rewards es voluntaria y se ofrece sin costo adicional para usted.

Es posible que se apliquen restricciones y limitaciones del Programa HealthyBlue Rewards (HealthyBlue). Los miembros elegibles que opten por participar en HealthyBlue Rewards deben completar la actividad y canjear las recompensas a más tardar el 31 de diciembre del año de beneficios. Las recompensas no canjeadas vencerán el 31 de diciembre del año de beneficios o si se cancela su inscripción en el plan. Si necesita ayuda con su cuenta de HealthyBlue Rewards o para obtener toda la información sobre las reglas actuales del programa, visite FloridaBlue.com/HealthyBlue o llame al 1-800-926-6565 (TTY: 711).

© 2026 Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., que opera bajo el nombre de Florida Blue. Todos los derechos reservados.

Notificación de la Sección 1557: La discriminación es ilegal

Cumplimos con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. No discriminamos a las personas o las tratamos de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Proporcionamos:

- Ayudas auxiliares gratuitas, modificaciones razonables y servicios para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles)
- Servicios gratuitos de asistencia lingüística para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con:

- Cobertura de salud y visión: 1-800-352-2583
- Cobertura dental, de vida y de discapacidad: 1-888-223-4892
- Programa para Empleados Federales (Federal Employee Program, FEP): 1-800-333-2227
- Programa para Empleados Postal (Postal Employee Program, PEP): 1-844-960-2583
- Medicare: 1-800-926-6565
- TTY 711

Si cree que no hemos proporcionado estos servicios o hemos discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, puede presentar una queja a:

Cobertura de salud y visión (incluidos miembros de FEP PEP):

Section 1557 Coordinator
4800 Deerwood Campus Parkway, DCC 1-7
Jacksonville, FL 32246
1-800-477-3736 ext. 29070
1-800-955-8770 (TTY)
Fax: 1-904-301-1580
Section1557Coordinator@bcbsfl.com

Cobertura dental, de vida y de discapacidad:

Civil Rights Coordinator
17500 Chenal Parkway
Little Rock, AR 72223
1-800-260-0331
1-800-955-8770 (TTY)
civilrightscordinator@fclife.com

Puede presentar una queja en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de la Sección 1557 o el Coordinador de Derechos Civiles están disponibles para ayudarlo. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), de manera electrónica a través del Portal para Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019
1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamos están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Visite www.floridablue.com/disclaimer/ndnotice para ver una versión electrónica de este aviso.

87768S 0825R

Se encuentran a su disposición los servicios gratuitos de idiomas, de ayuda auxiliar y de formato alternativo. Llame al número 1-800-352-2583, a FEP al 1-800-333-2227, a PEP al 1-844-960-2583 a Medicare al 1-800-926-6565, (TTY 711).

Có sẵn dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, thiết bị hỗ trợ và các định dạng thay thế. Vui lòng gọi 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565, (TTY 711).

Gen èd oksilyè pou ede w nan lòt lang ak sèvis nan lòt fòm ki disponib gratis. Rele nan 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, oswa rele Medicare nan 1-800-926-6565 (TTY 711).

Estão disponíveis, gratuitamente, serviços de tradução, assistência e formatos alternativos. Ligue para 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565 (TTY 711).

免费语言服务、辅助援助及替代格式服务均已开放。欢迎致电以下号码 普通咨询1-800-352-2583 联邦雇员计划 (FEP) 1-800-333-2227 医疗保险 (Medicare) 1-800-926-6565 听障专线 (TTY) 711。联邦雇员计划 (PEP) 1-800-333-2227

Des services linguistiques, d'aide auxiliaire et de supports alternatifs vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-352-2583, le FEP au 1-800-333-2227, le PEP au 1-844-960-2583, le Medicare au 1-800-926-6565 (ATS 711).

May makukuhang mga libreng serbisyo sa wika, karagdagang tulong at mga alternatibong anyo. Tumawag sa 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565, (TTY 711).

Предоставляются бесплатные языковые услуги, вспомогательные материалы и услуги в альтернативных форматах. Звоните 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565 (номер для текст-телефонных устройств (TTY) 711).

الخدمات المجانية للغة، والمساعدة الإضافية، وتنسيقات بديلة متاحة. يرجى الاتصال على
1-800-352-2583 برنامج FEP: 1-800-333-2227 برنامج PEP: 1-844-960-2583 Medicare: 1-800-926-6565 (لذوي الإعاقة السمعية) TTY: 711

Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Telefono: 1-800-352-2583, FEP: 1-800-333-2227, PEP: 1-844-960-2583 Medicare: 1-800-926-6565, (TTY 711).

Kostenloser Service für Sprachen, Hilfsmittel und alternative Formate verfügbar. Telefon 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565 (TTY 711).

무료 언어, 보조 기구 및 대체 형식 서비스를 이용할 수 있습니다. 전화 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, 메디케어 1-800-926-6565, (TTY 711).

Bezpłatna pomoc językowa, pomoc dodatkowa oraz usługi różnego rodzaju są dostępne. Zadzwoń pod numer 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565, (TTY 711).

મફત ભાષા, સહાયક મદદ અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે.

1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565, (TTY 711) ્ર કૉલ કરો.

มีบริการภาษา ความช่วยเหลือเพิ่มเติม และบริการในรูปแบบอื่น ๆ ฟรี โทร 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, Medicare 1-800-926-6565 (TTY 711)

無料の言語サービス、補助サービス、代替フォーマットサービスをご利用いただけます。1-800-352-2583、FEP 1-800-333-2227、PEP 1-844-960-2583、メディケア 1-800-926-6565 (TTY 711) までお電話ください。

با 1-800-333-800-1 FEP خدمات رایگان زبانی، کمکهای جانبی، و قالبهای جایگزین در دسترس هستند. با شماره 1-800-352-2583 تماس بگیرید. برای تماس بگیرید (TTY: 711) با
1-800-926-6565 Medicare و برای 2227

T'áa free yíníłta'go saad bee áká anilyeedígíí, alk'ida'ánígíí, dóo t'áa ajiłii hane' bee áká anilyeedígíí t'éiyá éí hołne'. 1-800-352-2583 bich'í' náhodoonih, FEP bich'í' 1-800-333-2227 bich'í' náhodoonih, PEP bich'i' 1-844-960-2583 bich'í' náhodoonih, Medicare bich'í' 1-800-926-6565 bich'í' náhodoonih, (TTY 711).