

## ***BlueMedicare Patriot (PPO) ofrecido por Florida Blue***

### **Notificación anual de cambios para 2027**

Usted está inscrito como miembro de BlueMedicare Patriot (PPO).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, podrá hacer cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, permanecerá en BlueMedicare Patriot (PPO).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o revise la lista que aparece al dorso de su manual *Medicare y Usted* 2027.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre costos, beneficios y normas en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en [www.floridablue.com/medicare/forms](https://www.floridablue.com/medicare/forms) o llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo postal.

#### **Más recursos**

- Este material está disponible de manera gratuita en inglés.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. 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. La llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en formatos alternativos, como letra grande, audio y braille. Si necesita información sobre el plan en otro formato, llame a Servicios para Miembros al número que se indica arriba.

#### **Acerca de BlueMedicare Patriot (PPO)**

- Florida Blue es un plan PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue depende de la renovación del contrato.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, quiere decir Florida Blue. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a BlueMedicare Patriot (PPO).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, será inscrito automáticamente en BlueMedicare Patriot (PPO).** A partir del 1 de enero de 2027, obtendrá su cobertura médica a través de BlueMedicare Patriot (PPO). Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar un cambio.

- Este plan no incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, y usted no puede inscribirse en un plan de medicamentos de la Parte D de Medicare por separado y en este plan al mismo tiempo. Nota: Si no tiene cobertura de medicamentos de Medicare o una cobertura acreditable de medicamentos (tan buena como la de Medicare), durante 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía que se suma a la prima mensual si en el futuro se inscribe en la cobertura de medicamentos de Medicare.

## Tabla de contenidos

|                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para 2027 .....</b>                           | <b>4</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>  | <b>6</b>  |
| Sección 1.1: Cambios en la prima mensual del plan .....                        | 6         |
| Sección 1.2: Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo.....        | 6         |
| Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores .....                            | 7         |
| Sección 1.4: Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos ..... | 8         |
| <b>SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan .....</b>                                    | <b>18</b> |
| Sección 2.1: Plazos para el cambio de plan .....                               | 19        |
| Sección 2.2: ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio? .....           | 19        |
| <b>SECCIÓN 3 Reciba ayuda para pagar los medicamentos con receta .....</b>     | <b>19</b> |
| <b>SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?.....</b>                                        | <b>20</b> |
| Obtenga ayuda de BlueMedicare Patriot (PPO).....                               | 20        |
| Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare .....                            | 21        |
| Cómo obtener ayuda de Medicare .....                                           | 21        |

## Resumen de costos importantes para 2027

|                                                                                                                                                                                                                       | 2026 (este año)                                                                                                                                                                             | 2027 (próximo año)                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br>Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.                                                                                                                               | \$0                                                                                                                                                                                         | \$0                                                                                                                                                      |
| <b>Deducible</b>                                                                                                                                                                                                      | <u><b>Dentro de la red</b></u><br>\$0<br><br><u><b>Fuera de la red</b></u><br>\$950 por servicios cubiertos por Medicare recibidos fuera de la red.                                         | <u><b>Dentro de la red</b></u><br>\$0<br><br><u><b>Fuera de la red</b></u><br><b>\$0 por servicios cubiertos por Medicare recibidos fuera de la red.</b> |
| <b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b><br><br>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información). | De proveedores de la red: \$6,750<br><br>De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$10,100                                                                                       | <b>De proveedores de la red: \$6,750</b><br><br><b>De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$10,100</b>                                      |
| <b>Visitas al consultorio de atención primaria</b>                                                                                                                                                                    | <u><b>Dentro de la red</b></u><br>Copago de \$0 por visita<br><br><u><b>Fuera de la red</b></u><br>50% del costo total por visita después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red | <u><b>Dentro de la red</b></u><br><b>Copago de \$0 por visita</b><br><br><u><b>Fuera de la red</b></u><br><b>50% del costo total por visita</b>          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                             | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Visitas al consultorio de un especialista</b>                                                                                                                                                                                                                                   | <p><b><u>Dentro de la red</u></b><br/>Copago de \$55 por visita</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b><br/>50% del costo total por visita después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red</p>                                                                       | <p><b><u>Dentro de la red</u></b><br/>Copago de \$55 por visita</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b><br/>50% del costo total por visita</p>                                                                       |
| <p><b>Hospitalizaciones</b></p> <p>Incluye varios tipos de hospitalización, como cuidados agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que formalmente ingresa con una orden del médico y termina el día anterior a su alta médica.</p> | <p><b><u>Dentro de la red</u></b><br/>Copago de \$385 por día para los días 1 al 7</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 8 al 90</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b><br/>50% del costo total por visita después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red</p> | <p><b><u>Dentro de la red</u></b><br/>Copago de \$385 por día para los días 1 al 7</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 8 al 90</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b><br/>50% del costo total por visita</p> |

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

### Sección 1.1: Cambios en la prima mensual del plan

|                                                                                                                                                     | 2026 (este año) | 2027 (próximo año)                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br><br>(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).                                              | \$0             | \$0<br><br><i>No hay cambios para el próximo año.</i> |
| <b>Reducción de la prima de la Parte B</b><br><br>Este monto se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que pagará menos por la Parte B. | \$100           | \$100                                                 |

### Sección 1.2: Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que paga este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

|                                                                                                                                                                                                                                              | 2026 (este año) | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red</b><br><br>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores de la red <b>cuentan</b> para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. | \$6,750         | \$6,750<br><br><b>Una vez que haya pagado \$6,750 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya no pagará ningún monto por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</b> |

|                                                                                                                                                                                      | 2026 (este año) | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Monto máximo combinado que paga de su bolsillo</b>                                                                                                                                | \$10,100        | \$10,100                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de los proveedores dentro y fuera de la red <b>cuentan</b> para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. |                 | Una vez que haya pagado \$10,100 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya no pagará ningún monto por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario. |

### Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de Proveedores de 2027* <https://providersearch.floridablue.com/> para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. Aquí le explicamos cómo obtener un *Directorio de Proveedores actualizado*:

- Visite nuestro sitio web <https://providersearch.floridablue.com/>.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores* por correo.

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio en nuestros proveedores a mitad de año le afecta, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda. Es posible que tenga un período de inscripción especial si su proveedor abandona la red del plan.

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

|                                                                    | 2026 (este año)                                                                                                         | 2027 (próximo año)                                                   |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Acupuntura</b>                                                  | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| <b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b>             | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| <b>Pruebas de alergia (consultorio)</b>                            | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| <b>Centro quirúrgico ambulatorio (ASC)</b>                         | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| <b>Servicios de sangre (no se aplica el deducible de 3 pintas)</b> | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| <b>Rehabilitación cardíaca</b>                                     | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| <b>Servicios quiroprácticos</b>                                    | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |

|                                                                                                    | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Monitores para la diabetes</b>                                                                  | <p><b><u>Dentro de la red</u></b><br/>Paga un copago de \$0 por monitores para la diabetes de marcas preferidas: Abbott (FreeStyle Lite), Ascencia (Contour).</p> <p>Paga un copago de \$0 por marcas no preferidas: todas las demás, incluida LifeScan (OneTouch)</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b><br/>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red.</p> | <p><b><u>Dentro de la red</u></b><br/>Paga un coseguro del 0% por monitores para la diabetes de marcas preferidas: Abbott (FreeStyle Lite), Ascencia (Contour) y los monitores continuos de glucosa (CGM) FreeStyle Libre y Dexcom</p> <p>Paga un coseguro del 20% por marcas no preferidas: todas las demás, incluida LifeScan (OneTouch) y el MiniMed CGM.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b><br/>Paga el 50% del costo total.</p> |
| <b>Examen de retina para personas con diabetes</b>                                                 | <p><b><u>Fuera de la red</u></b><br/>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p><b><u>Fuera de la red</u></b><br/>Paga el 50% del costo total.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Suministros para la diabetes y zapatos y plantillas terapéuticas para personas con diabetes</b> | <p><b><u>Dentro de la red</u></b><br/>Paga un copago de \$0 por suministros para la diabetes, y zapatos y plantillas terapéuticas para personas con diabetes</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b><br/>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red.</p>                                                                                                       | <p><b><u>Dentro de la red</u></b><br/>Paga un coseguro del 0% por suministros para la diabetes de marcas preferidas: Abbott (FreeStyle Lite), Ascencia (Contour) y los monitores continuos de glucosa (CGM) Freestyle Libre y Dexcom.</p> <p>Paga un coseguro del 20% por suministros para la diabetes de marcas no preferidas: todas las demás, incluida LifeScan (OneTouch) y el MiniMed CGM</p>                                     |

|                                                  | 2026 (este año)                                                                                                          | 2027 (próximo año)                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                  |                                                                                                                          | <p>Paga un copago de \$0 por zapatos y plantillas terapéuticas para personas con diabetes.</p> <p><u>Fuera de la red</u><br/>Paga el 50% del costo total.</p> |
| Procedimientos y pruebas de diagnóstico          | <p><u>Fuera de la red</u><br/>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red.</p> | <p><u>Fuera de la red</u><br/>Paga el 50% del costo total.</p>                                                                                                |
| Equipo médico duradero (DME)                     | <p><u>Fuera de la red</u><br/>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red.</p> | <p><u>Fuera de la red</u><br/>Paga el 50% del costo total.</p>                                                                                                |
| Servicios de salud en el hogar                   | <p><u>Fuera de la red</u><br/>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red.</p> | <p><u>Fuera de la red</u><br/>Paga el 50% del costo total.</p>                                                                                                |
| Hospital para pacientes internados: críticos     | <p><u>Fuera de la red</u><br/>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red.</p> | <p><u>Fuera de la red</u><br/>Paga el 50% del costo total.</p>                                                                                                |
| Hospital para pacientes internados: psiquiátrico | <p><u>Fuera de la red</u><br/>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red.</p> | <p><u>Fuera de la red</u><br/>Paga el 50% del costo total.</p>                                                                                                |
| Rehabilitación cardíaca intensiva                | <p><u>Fuera de la red</u><br/>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red.</p> | <p><u>Fuera de la red</u><br/>Paga el 50% del costo total.</p>                                                                                                |

|                                                                                | 2026 (este año)                                                                                                         | 2027 (próximo año)                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de programas intensivos para pacientes ambulatorios</b>           | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b>                       |
| <b>Laboratorio</b>                                                             | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b>                       |
| <b>Tratamiento de linfedema</b>                                                | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b>                       |
| <b>Suministros médicos</b>                                                     | <b><u>Dentro de la red</u></b><br>Paga un coseguro del 0% por suministros médicos                                       | <b><u>Dentro de la red</u></b><br><b>Paga un coseguro del 20% por suministros médicos.</b> |
|                                                                                | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b>                       |
| <b>Atención dental cubierta por Medicare (que no sea de rutina)</b>            | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b>                       |
| <b>Exámenes de la vista cubiertos por Medicare (que no sean de rutina)</b>     | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b>                       |
| <b>Artículos para la visión cubiertos por Medicare (que no sean de rutina)</b> | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b>                       |

|                                                                                                                   | 2026 (este año)                                                                                                         | 2027 (próximo año)                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Examen de la audición cubierto por Medicare (que no sea de rutina)</b>                                         | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| <b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (medicamentos de quimioterapia)</b>                          | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| <b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (incluidos los medicamentos de insulina a través de DME)</b> | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| <b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Avastin® (bevacizumab)</b>                                   | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| <b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (Inyecciones para alergias)</b>                              | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| <b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (Todos los demás Medicamentos de la Parte B)</b>             | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| <b>Rehabilitación con terapia ocupacional</b>                                                                     | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| <b>Programa de tratamiento con opioides</b>                                                                       | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |

|                                                                                               | 2026 (este año)                                                                                                         | 2027 (próximo año)                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Otro profesional de atención médica                                                           | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| Centro hospitalario para pacientes ambulatorios (por visita) (cirugía y otros procedimientos) | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| Observación en un hospital para pacientes ambulatorios                                        | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios                                           | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| Terapia de salud mental para pacientes ambulatorios                                           | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| Servicios para trastorno por uso de sustancias ilícitas para pacientes ambulatorios           | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| Hospitalización parcial (sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios)                | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| Rehabilitación con fisioterapia                                                               | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |

|                                                       | 2026 (este año)                                                                                                         | 2027 (próximo año)                                                   |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Médico especialista</b>                            | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| <b>Podiatría</b>                                      | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| <b>Médico de atención primaria</b>                    | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| <b>Prótesis, ortopedia y suministros relacionados</b> | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| <b>Servicios psiquiátricos</b>                        | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |
| <b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>           | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |

|                                                      | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers® | <p><b><u>Dentro y fuera de la red</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Obtiene una membresía básica para cualquier centro de acondicionamiento físico participante de SilverSneakers®. 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.</li><li>• Acceso a equipos para hacer ejercicio y otras comodidades, clases para todos los niveles y habilidades, eventos sociales y más.</li></ul> | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Obtiene una membresía básica para cualquier centro de acondicionamiento físico participante de SilverSneakers®. 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.</li><li>• Acceso a equipos para hacer ejercicio y otras comodidades, clases para todos los niveles y habilidades, eventos sociales y más.</li></ul> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>El miembro debe pagar el 100% de los cargos facturados y presentar el recibo detallado para el reembolso del 10% de los cargos facturados.</p> <p>El miembro es responsable de todos los montos que superen el monto del beneficio reembolsable.</p> |

|                                                 | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b> | <p><b><u>Dentro de la red</u></b><br/>Paga un copago de \$0 para los días 1 al 20.</p> <p>Copago de \$218 para los días 21 al 100</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b><br/>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red.</p>                                                                                                                                                                                                                       | <p><b><u>Dentro de la red</u></b><br/>Paga un copago de \$0 para los días 1 al 20.</p> <p><b>Copago de \$221 para los días 21 al 100</b></p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b><br/><b>Paga el 50% del costo total.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Rehabilitación con terapia del habla</b>     | <p><b><u>Fuera de la red</u></b><br/>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p><b><u>Fuera de la red</u></b><br/><b>Paga el 50% del costo total.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Terapia de ejercicios supervisados (SET)</b> | <p><b><u>Fuera de la red</u></b><br/>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p><b><u>Fuera de la red</u></b><br/><b>Paga el 50% del costo total.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Servicios de telesalud</b>                   | <p><b><u>Fuera de la red</u></b><br/>Usted paga lo siguiente por cada beneficio que se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor elegido: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$950 fuera de la red</li> <li>• Terapia ocupacional: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950</li> <li>• Fisioterapia: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$950 fuera de la red</li> </ul> | <p><b><u>Fuera de la red</u></b><br/><b>Usted paga lo siguiente por cada beneficio que se indica a continuación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Proveedor elegido: 50% del costo total</b></li> <li>• <b>Terapia Ocupacional: 50% del costo total</b></li> <li>• <b>Fisioterapia: 50% del costo total</b></li> <li>• <b>Terapia del habla: 50% del costo total</b></li> <li>• <b>Servicios de dermatología: 50% del costo total</b></li> </ul> |

|                                            | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia del habla: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$950 fuera de la red</li> <li>• Servicios de dermatología: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950</li> <li>• Sesiones individuales de servicios especializados de salud mental: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$950 fuera de la red</li> <li>• Servicios especializados de psiquiatría: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$950 fuera de la red</li> <li>• Tratamiento con opioides: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$950 fuera de la red</li> <li>• Servicios para trastornos por uso de sustancias ilícitas: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$950 fuera de la red</li> <li>• Servicios de dietistas: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$950 fuera de la red</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sesiones individuales de servicios especializados de salud mental: 50% del costo total</b></li> <li>• <b>Servicios especializados de psiquiatría: 50% del costo total</b></li> <li>• <b>Tratamiento con opioides: 50% del costo total</b></li> <li>• <b>Servicios para trastornos por uso de sustancias ilícitas: 50% del costo total</b></li> <li>• <b>Servicios de dietistas: 50% del costo total</b></li> </ul> |
| <b>Servicios de radiología terapéutica</b> | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                     | 2026 (este año)                                                                                                  | 2027 (próximo año)                                            |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Radiografías</b> | <b>Fuera de la red</b><br>Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$950 fuera de la red. | <b>Fuera de la red</b><br><b>Paga el 50% del costo total.</b> |

## SECCIÓN 2      Cómo cambiar de plan

**Si desea permanecer en BlueMedicare Patriot (PPO), no necesita hacer nada.** A menos que se inscriba en otro plan de salud de Medicare o se cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente quedará inscrito en nuestro plan BlueMedicare Patriot (PPO).

Si desea cambiar de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare,** inscríbase en el plan nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare Patriot (PPO). Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren los medicamentos con receta. Además, tenga en cuenta que, para muchos planes, no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y adquirir simultáneamente un plan de medicamentos con receta.
- **Para cambiarse a Medicare Original con una cobertura por separado para medicamentos de Medicare,** debe inscribirse en el plan de medicamentos nuevo de Medicare. Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare Patriot (PPO).
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D (consulte la Sección 3).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), consulte el manual *Medicare y Usted 2027*, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la Sección 4) o llame al 1-800-MEDICARE. Le recordamos que Florida Blue Medicare ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden tener coberturas, primas mensuales del plan y montos de costos compartidos diferentes.

---

## Sección 2.1: Plazos para el cambio de plan

---

Las personas que tienen Medicare pueden hacer cambios en su cobertura entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre** de cada año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o a Medicare Original (con o sin cobertura por separado para medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

---

## Sección 2.2: ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

---

En determinadas situaciones, es posible que las personas tengan otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen personas que cumplen los siguientes requisitos:

- Tienen Medicaid.
- Reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos.
- Tienen o dejarán de recibir la cobertura de un empleador.
- Se mudan fuera del área de servicio del plan.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o a Medicare Original (con o sin cobertura por separado de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si salió recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que haya salido.

## SECCIÓN 3 Reciba ayuda para pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

**Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso el monto mensual del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen no tendrán que pagar una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a alguna de las siguientes opciones:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Al Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
- A la oficina de Medicaid de su estado.

## SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?

### Obtenga ayuda de BlueMedicare Patriot (PPO)

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura* para 2027.**

Esta *Notificación anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* de BlueMedicare Patriot (PPO) para 2027. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos y los medicamentos con receta. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web [www.floridablue.com/medicare/forms](http://www.floridablue.com/medicare/forms) o llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo postal.

- **Visite [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare).**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*).

## Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa independiente del Gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se denomina SHINE (Atendiendo las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores).

Llame a SHINE para obtener asesoramiento personalizado y gratuito sobre seguros de salud. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a SHINE al 1-800-963-5337. Puede conocer más de SHINE visitando el sitio web ([www.FLORIDASHINE.org](http://www.FLORIDASHINE.org)).

## Cómo obtener ayuda de Medicare

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo en [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)**

Puede chatear en vivo en [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.Medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare.**

Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).**

El sitio web oficial de Medicare tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea Medicare y Usted 2027.**

El manual *Medicare y Usted 2027* se envía por correo cada otoño a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Obtenga una copia en [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

## **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](mailto: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](mailto: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.htm](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.htm).

Visite [www.floridablue.com/disclaimer/ndnotice](http://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 કોલ 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 Medicare 6565-926-800-1 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).