



MEDICARE

Resumen de beneficios de 2027

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

BlueMedicare Premier (HMO) H1035-026

BlueMedicare Premier (HMO) H1035-048

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

Nuestra área de servicio incluye:

Condados de Brevard y Orange

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 exclusiones, puede consultar la **“Evidencia de Cobertura”**. Para obtener una lista completa de los medicamentos que cubrimos, puede consultar la Lista de medicamentos cubiertos (**“Formulario”**). Puede consultar la “Evidencia de Cobertura” y el “Formulario” para estos planes en nuestro sitio web, www.floridablue.com/medicare/forms, o puede llamarnos para obtener 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 H1035-026 incluye el siguiente condado de Florida: [Orange](#)
El área de servicio de nuestro plan H1035-048 incluye el siguiente condado de Florida: [Brevard](#)

¿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

En este documento, verá los símbolos que figuran a continuación.

- * Los servicios que tengan este símbolo pueden requerir aprobación por adelantado (una remisión) de su médico de atención primaria (PCP) para que el plan los cubra.
- ◇ Los servicios que tengan este símbolo pueden requerir autorización previa del plan antes de recibirlos.

Si usted no obtiene una remisión ni una autorización previa cuando se requiere, es posible que deba pagar el costo total de los servicios. Consulte la “Evidencia de Cobertura” para obtener más información sobre los servicios que requieren una remisión o autorización previa del plan.

Prima mensual, deducible y límites

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
Prima mensual del plan	• \$0 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	• \$0 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible anual	• \$0 por año para los servicios médicos • \$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.	• \$0 por año para los servicios médicos • \$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.

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
Monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) (no incluye medicamentos con receta)	• \$4,425 • Esto es lo máximo que paga por los servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año. • 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.	• \$3,500 • Esto es lo máximo que paga por los servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año. • 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

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
Cobertura hospitalaria para pacientes internados (Cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización)	• Copago de \$185 por día para los días 1 al 7 • Copago de \$0 por día para los días 8 al 90	• Copago de \$325 por día para los días 1 al 7 • Copago de \$0 por día para los días 8 al 90
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios	• Servicios cubiertos por Medicare: copago de \$175 por visita • Servicios de observación: copago de \$110 por visita	• Servicios cubiertos por Medicare: copago de \$225 por visita • Servicios de observación: copago de \$150 por visita
Servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	• Servicios quirúrgicos: copago de \$125	• Servicios quirúrgicos: copago de \$175

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
Visitas al médico	• PCP: copago de \$0 • Especialista*: copago de \$55 • Fisiatra*: copago de \$0	• PCP: copago de \$0 • Especialista*: copago de \$35
Atención preventiva (Servicios cubiertos por Medicare)	Copago de \$0 • 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	Copago de \$0 • 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

BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
• Pruebas de detección de glaucoma • Vacunas contra la hepatitis B • Pruebas de detección de la infección por el virus de la hepatitis B (HBV) • 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	• Pruebas de detección de glaucoma • Vacunas contra la hepatitis B • Pruebas de detección de la infección por el virus de la hepatitis B (HBV) • 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

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
Atención de emergencia	• Copago de \$110 • No se aplica el copago si ingresa al mismo hospital dentro de las 48 horas posteriores a la visita a la sala de emergencias.	• Copago de \$150 • No se aplica el copago si ingresa al mismo hospital dentro de las 48 horas posteriores a la visita a la sala de emergencias.
Atención de emergencia en todo el mundo (no incluye el transporte 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.	• Copago de \$110 • 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.	• Copago de \$150 • 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.

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
Servicios de urgencia	• Centro de atención de urgencia: copago de \$50 • Centro de atención sin cita previa: copago de \$50	• Centro de atención de urgencia: copago de \$65 • Centro de atención sin cita previa: copago de \$65
Atención de urgencia en todo el mundo (no incluye el transporte de emergencia) 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.	• Copago de \$110 • 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.	• Copago de \$150 • 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.

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
Servicios de diagnóstico/ laboratorio/ diagnóstico por imágenes *◇		
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	• Centro independiente de pruebas de diagnóstico (IDTF): copago de \$50 • Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$50 • Pruebas de alergia: copago de \$0
Servicios de laboratorio	• Laboratorio clínico independiente: copago de \$0 • Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$35	• Laboratorio clínico independiente: copago de \$0 • Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$35
Radiografías	• Consultorio del médico: copago de \$0 • IDTF: copago de \$0 • Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$100	• Consultorio del médico: copago de \$0 • IDTF: copago de \$0 • Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$100
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	• Consultorio del médico: copago de \$75 • IDTF: copago de \$100 • Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$250
Radioterapia	• Coseguro del 20%	• Coseguro del 20%

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048																												
Servicios de audición cubiertos por Medicare*	Copago de \$55	Copago de \$35																												
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.	- 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.																												
	<table><tr><th>Nivel de tecnología</th><th>Copago por audífono</th></tr><tr><td>Inicial</td><td>\$350.00 por dispositivo</td></tr><tr><td>Básico</td><td>\$525.00 por dispositivo</td></tr><tr><td>Intermedio</td><td>\$825.00 por dispositivo</td></tr><tr><td>Preferido</td><td>\$1,125 por dispositivo</td></tr><tr><td>Avanzado</td><td>\$1,425.00 por dispositivo</td></tr><tr><td>Prémium</td><td>\$1,825.00 por dispositivo</td></tr></table>	Nivel de tecnología	Copago por audífono	Inicial	\$350.00 por dispositivo	Básico	\$525.00 por dispositivo	Intermedio	\$825.00 por dispositivo	Preferido	\$1,125 por dispositivo	Avanzado	\$1,425.00 por dispositivo	Prémium	\$1,825.00 por dispositivo	<table><tr><th>Nivel de tecnología</th><th>Copago por audífono</th></tr><tr><td>Inicial</td><td>\$350.00 por dispositivo</td></tr><tr><td>Básico</td><td>\$525.00 por dispositivo</td></tr><tr><td>Intermedio</td><td>\$825.00 por dispositivo</td></tr><tr><td>Preferido</td><td>\$1,125 por dispositivo</td></tr><tr><td>Avanzado</td><td>\$1,425.00 por dispositivo</td></tr><tr><td>Prémium</td><td>\$1,825.00 por dispositivo</td></tr></table>	Nivel de tecnología	Copago por audífono	Inicial	\$350.00 por dispositivo	Básico	\$525.00 por dispositivo	Intermedio	\$825.00 por dispositivo	Preferido	\$1,125 por dispositivo	Avanzado	\$1,425.00 por dispositivo	Prémium	\$1,825.00 por dispositivo
Nivel de tecnología	Copago por audífono																													
Inicial	\$350.00 por dispositivo																													
Básico	\$525.00 por dispositivo																													
Intermedio	\$825.00 por dispositivo																													
Preferido	\$1,125 por dispositivo																													
Avanzado	\$1,425.00 por dispositivo																													
Prémium	\$1,825.00 por dispositivo																													
Nivel de tecnología	Copago por audífono																													
Inicial	\$350.00 por dispositivo																													
Básico	\$525.00 por dispositivo																													
Intermedio	\$825.00 por dispositivo																													
Preferido	\$1,125 por dispositivo																													
Avanzado	\$1,425.00 por dispositivo																													
Prémium	\$1,825.00 por dispositivo																													
	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.	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.																												

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
Servicios dentales ♦ cubiertos por Medicare	Copago de \$55 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]).	Copago de \$35 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]).
Servicios dentales adicionales	Servicios dentales preventivos: Usted paga \$0 por servicio. Los servicios dentales preventivos incluyen exámenes de rutina, limpiezas, tratamientos con flúor, fluoruro de diamina de plata (medicamento que se aplica en los dientes para ayudar a detener el desarrollo de las caries) y radiografías por año calendario. Servicios dentales integrales: Usted paga \$0 por servicio. Los servicios dentales integrales incluyen empastes, coronas (solo se proporcionan después del tratamiento de conducto en el mismo diente), tratamientos de conducto, limpiezas profundas, desbridamiento bucal completo, mantenimiento periodontal, dentaduras postizas completas y parciales, ajustes, reparación y recubrimiento de las dentaduras postizas y extracciones 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 paga \$0 por servicio. Los servicios dentales preventivos incluyen exámenes de rutina, limpiezas, tratamientos con flúor, fluoruro de diamina de plata (medicamento que se aplica en los dientes para ayudar a detener el desarrollo de las caries) y radiografías por año calendario. Servicios dentales integrales: Usted paga \$0 por servicio. Los servicios dentales integrales incluyen empastes, coronas (solo se proporcionan después del tratamiento de conducto en el mismo diente), tratamientos de conducto, limpiezas profundas, desbridamiento bucal completo, mantenimiento periodontal, dentaduras postizas completas y parciales, ajustes, reparación y recubrimiento de las dentaduras postizas y extracciones 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>

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
Servicios de la vista cubiertos por Medicare	- Servicios médicos*: copago de \$55 - 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 una cirugía de cataratas	- Servicios médicos*: copago de \$35 - 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 una 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 o lentes de contacto: copago de \$0 - El miembro es responsable de pagar cualquier monto que supere los \$225 de la asignación máxima anual de beneficios del plan.	- Examen de la vista de rutina: copago de \$0 - Lentes, marcos o lentes de contacto: copago de \$0 - El miembro es responsable de pagar cualquier monto que supere los \$225 de la asignación máxima anual de beneficios del plan.
Servicios de salud mental		
Hospital psiquiátrico para pacientes internados	- Copago de \$300 por día para los días 1 al 7 - Copago de \$0 por día para los días 8 al 90 Un máximo de 90 días por estadía con un máximo de por vida de 190 días	- Copago de \$350 por día para los días 1 al 7 - Copago de \$0 por día para los días 8 al 90 Un máximo de 90 días por estadía con un máximo de por vida de 190 días
Terapia de salud mental para pacientes ambulatorios	- Sesiones individuales: copago de \$30 - Sesiones grupales: copago de \$30	- Sesiones individuales: copago de \$40 - Sesiones grupales: copago de \$30

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
Centro de enfermería especializada (SNF)♦ (Cubre un máximo de 100 días por período de beneficios)	• Copago de \$0 por día para los días 1 al 20 • Copago de \$221 por día para los días 21 al 100	• Copago de \$0 por día para los días 1 al 20 • Copago de \$221 por día para los días 21 al 100
Fisioterapia*♦	• Consultorio del médico: copago de \$45 • Consultorio del especialista: copago de \$45 • Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: copago de \$45 • Hospital para pacientes ambulatorios: copago de \$45	• Consultorio del médico: copago de \$55 • Consultorio del especialista: copago de \$55 • Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: copago de \$55 • Hospital para pacientes ambulatorios: copago de \$55
Terapia del habla*♦	• Consultorio del médico: copago de \$45 • Consultorio del especialista: copago de \$45 • Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: copago de \$45 • Hospital para pacientes ambulatorios: copago de \$45	• Consultorio del médico: copago de \$55 • Consultorio del especialista: copago de \$55 • Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: copago de \$55 • Hospital para pacientes ambulatorios: copago de \$55
Terapia ocupacional*♦	• Consultorio del médico: copago de \$45 • Consultorio del especialista: copago de \$45 • Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: copago de \$45 • Hospital para pacientes ambulatorios: copago de \$45	• Consultorio del médico: copago de \$50 • Consultorio del especialista: copago de \$50 • Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: copago de \$50 • Hospital para pacientes ambulatorios: copago de \$50

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
Tratamiento de linfedema*◇	Copago de \$13 para el tratamiento de linfedema	Copago de \$13 para el tratamiento de linfedema
Ambulancia (viaje de ida o vuelta)	<u>Dentro de la red◇</u> - Terrestre: copago de \$275 - Traslados de un centro a otro: copago de \$0 para el traslado en ambulancia terrestre - Aérea: 20% del costo total <u>Fuera de la red</u> - Terrestre: copago de \$275 - Traslados de un centro a otro: copago de \$275 para el traslado en ambulancia terrestre - Aérea: 20% del costo total	<u>Dentro de la red◇</u> - Terrestre: copago de \$345 - Traslados de un centro a otro: copago de \$0 para el traslado en ambulancia terrestre - Aérea: 20% del costo total <u>Fuera de la red</u> - Terrestre: copago de \$345 - Traslados de un centro a otro: copago de \$345 para el traslado en ambulancia terrestre - Aérea: 20% del costo total
Transporte	<u>Sin</u> cobertura	<u>Sin</u> cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare◇	- Inyecciones para alergias: coseguro del 0% - Medicamentos para 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	- Inyecciones para alergias: coseguro del 0% - Medicamentos para 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

Beneficios de los medicamentos con receta de la Parte D

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
Etapas 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.	- 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

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
Durante la etapa 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.	• 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.

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026		BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048	
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)	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	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 19%	Coseguro del 19%	Coseguro del 19%	Coseguro del 19%
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Coseguro del 26%	Coseguro del 26%	Coseguro del 26%	Coseguro del 26%
Nivel 5: nivel especializado	Coseguro del 25%	N/C	Coseguro del 25%	N/C
Nivel 6: medicamentos seleccionados	Copago de \$0	Copago de \$0	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.

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
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.	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.	- 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.

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
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.	- 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

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
Podiatría cubierta por Medicare	Copago de \$10	Copago de \$25
Quiropráctica (manipulación manual de la columna para corregir una subluxación)	Copago de \$15	Copago de \$15
Telesalud* Es posible que se necesite una remisión para determinados servicios. Es posible que se requiera una autorización previa para ciertos servicios.	• Servicios de urgencia: copago de \$50 • PCP: copago de \$0 • Terapia ocupacional: copago de \$45 • Fisioterapia: copago de \$45 • Terapia del habla: copago de \$45 • Servicios de dermatología: copago de \$55 • Servicios especializados de salud mental: copago de \$30 • Servicios especializados de psiquiatría: copago de \$30 • Tratamiento con opioides: copago de \$20 • Servicios para trastornos por uso de sustancias ilícitas: copago de \$30 • Capacitación para la autogestión de la diabetes: copago de \$0 • Servicios de dietistas: copago de \$0	• Servicios de urgencia: copago de \$65 • PCP: copago de \$0 • Terapia ocupacional: copago de \$50 • Fisioterapia: copago de \$55 • Terapia del habla: copago de \$55 • Servicios de dermatología: copago de \$35 • 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

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
Suministros para la diabetes	Disponible en farmacias minoristas o de pedidos por correo contratadas por Florida Blue Medicare.	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).	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).
	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.	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.

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
	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.	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	• Copago de \$0
Equipo médico duradero (DME) y suministros♦	• 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%	• 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%

Beneficios adicionales

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®	- 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. - Acceso a equipos para hacer ejercicio y otras comodidades, clases para todos los niveles y habilidades, eventos sociales y más.	- 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. - Acceso a equipos para hacer ejercicio y otras comodidades, clases para todos los niveles y habilidades, eventos sociales y más.
Artículos de venta libre	<u>Sin</u> cobertura	- Asignación de beneficios de \$30 cada 3 meses en su tarjeta prepagada Blue Dollars Benefits MasterCard® para usar en la compra de artículos elegibles. - Puede comprar productos elegibles en establecimientos minoristas participantes, en línea o por teléfono mediante nuestros proveedores participantes. - Cualquier monto de asignación no utilizado se pierde; no se transfiere al siguiente trimestre.

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard H1035-048
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>	• Según las cantidades de asignación y frecuencia de su plan, los fondos se cargarán automáticamente en su tarjeta Blue Dollars. • Use su tarjeta Blue Dollars para acceder fácilmente a recompensas y beneficios de asignación seleccionados que podrían formar parte de su plan. • Los beneficios, la cobertura y los montos varían según el plan. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones. • La tarjeta Blue Dollars se le enviará directamente por correo y se cargará según los beneficios de su plan. • <i>Consulte HealthyBlue Rewards.</i> • <i>Consulte Artículos de venta libre.</i>

Descargos de responsabilidad

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

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.

Florida Blue Medicare, Inc., que opera bajo el nombre de Florida Blue Medicare, un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece la cobertura de HMO.

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.

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).

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

© 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 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 1-800-333-2227 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).