

BlueMedicare Select (PPO) ofrecido por Florida Blue

Notificación anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de BlueMedicare Select (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 Select (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 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 Select (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 Select (PPO).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, será inscrito automáticamente en BlueMedicare Select (PPO).** A partir del 1 de enero de 2027, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de BlueMedicare Select (PPO). Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar un cambio.

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2027	3
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
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 la red de farmacias	8
Sección 1.5: Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos	8
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	13
Sección 1.7: Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta	13
SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan	18
Sección 2.1: Plazos para el cambio de plan	18
Sección 2.2: ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?	19
SECCIÓN 3 Reciba ayuda para pagar los medicamentos con receta	19
SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?.....	21
Obtenga ayuda de BlueMedicare Select (PPO)	21
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	21
Cómo obtener ayuda de Medicare	22

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$58.20	\$99.50
Deducible	<u>Dentro de la red</u> \$0 <u>Fuera de la red</u> \$1,500 por servicios cubiertos por Medicare recibidos fuera de la red	<u>Dentro de la red</u> \$0 <u>Fuera de la red</u> \$1,500 por servicios cubiertos por Medicare recibidos fuera de la red
Monto máximo que paga de su bolsillo 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 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$10,100	De proveedores de la red: \$7,150 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$10,100
Visitas al consultorio de atención primaria	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por visita <u>Fuera de la red</u> Visitas de atención primaria: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$1,500 fuera de la red	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por visita <u>Fuera de la red</u> Visitas de atención primaria: 50% del costo total después de alcanzar su deducible de \$1,500 fuera de la red
Visitas al consultorio de un especialista	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$55 por visita <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por visita después de alcanzar el deducible de \$1,500 fuera de la red	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$55 por visita <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por visita después de alcanzar el deducible de \$1,500 fuera de la red

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Hospitalizaciones 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.	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$385 por día para los días 1 al 7 Copago de \$0 por día para los días 8 al 90 <u>Fuera de la red</u> Copago de \$495 por día para los días 1 al 27 después de alcanzar su deducible de \$1,500 fuera de la red Copago de \$0 por día para los días 28 al 90	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$385 por día para los días 1 al 7 Copago de \$0 por día para los días 8 al 90 <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por visita después de alcanzar el deducible de \$1,500 fuera de la red
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más información, incluidas las etapas de deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D \$615 Se aplica al Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado), excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D \$700 Se aplica al Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado), excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.
	Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:	Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:
	Medicamentos del Nivel 1: \$0	Medicamentos del Nivel 1: \$0
	Medicamentos del Nivel 2: \$0	Medicamentos del Nivel 2: \$0

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Medicamentos del Nivel 3: 21%	Medicamentos del Nivel 3: 19%
	Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Medicamentos del Nivel 4: 30%	Medicamentos del Nivel 4: 26%
	Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Medicamentos del Nivel 5: 25%	Medicamentos del Nivel 5: 25%
	Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Medicamentos del Nivel 6: \$0	Medicamentos del Nivel 6: \$0
	Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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)
Prima mensual del plan	\$58.20	\$99.50
(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).		

Factores que podrían cambiar su monto de la prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía: su prima mensual del plan será *mayor* si se le pide que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener una cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Cargo adicional por mayores ingresos: si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Ayuda Adicional: la prima mensual del plan será *menor* si recibe Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre la Ayuda Adicional de Medicare.

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)
Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores de la red cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. La prima de nuestro plan y sus costos por medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$6,750	\$7,150 Una vez que haya pagado \$7,150 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 durante el resto del año calendario.
Monto máximo combinado que paga de su bolsillo Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de los proveedores dentro y fuera de la red cuentan para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos.	\$10,100	\$10,100 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 y 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 la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias* de 2027 <https://providersearch.floridablue.com/> para ver qué farmacias están en nuestra red. Aquí le explicamos cómo obtener un *Directorio de farmacias* 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 las farmacias o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias* por correo.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio en nuestras farmacias 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.

Sección 1.5: Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	<u>Dentro de la red</u> Paga un copago de \$275 por una broncoscopia de diagnóstico en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC).	<u>Dentro de la red</u> Paga un copago de \$0 por una broncoscopia de diagnóstico en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Monitores para la diabetes	<u>Dentro de la red</u> Paga un copago de \$0 por monitores para la diabetes de marcas preferidas: Abbott (FreeStyle Lite), Ascencia (Contour). Paga un copago de \$0 por marcas no preferidas: todas las demás, incluida LifeScan (OneTouch)	<u>Dentro de la red</u> Paga un coseguro del 0% por monitores para la diabetes de marcas preferidas: Abbott (FreeStyle Lite), Ascencia (Contour). Paga un coseguro del 20% por marcas no preferidas: todas las demás, incluida LifeScan (OneTouch).
Suministros para la diabetes y zapatos y plantillas terapéuticas para personas con diabetes	<u>Dentro de la red</u> Paga un copago de \$0 por suministros para la diabetes, y zapatos y plantillas terapéuticas para personas con diabetes	<u>Dentro de la red</u> Paga un coseguro del 0% por suministros para la diabetes de marcas preferidas: Abbott (FreeStyle Lite), Ascencia (Contour). Paga un coseguro del 20% por suministros para la diabetes de marcas no preferidas: todas las demás, incluida LifeScan (OneTouch). Paga un copago de \$0 por zapatos y plantillas terapéuticas para personas con diabetes.
Marcos y lentes de anteojos (artículos para la vista)	Los marcos y lentes de anteojos (artículos para la vista) no están cubiertos.	<u>Dentro de la red</u> Asignación máxima de \$100 por año para la compra de lentes, marcos o lentes de contacto El miembro debe pagar los costos que superen el máximo del beneficio.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		<u>Fuera de la red</u> El miembro debe pagar el 100% de los cargos y presentar los recibos detallados para el reembolso del 50% del monto presentado. El miembro es responsable de todos los montos que superen el 50% del monto presentado o de cualquier monto que supere la asignación máxima anual de beneficios del plan. El reembolso total está sujeto a la asignación máxima anual de beneficios del plan.
Hospital para pacientes internados: críticos	<u>Fuera de la red</u> Paga un copago de \$495 por día para los días 1 al 27 después de alcanzar su deducible de \$1,500 fuera de la red. Paga un copago de \$0 por día para los días 28 al 90.	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$1,500 fuera de la red.
Hospital para pacientes internados: psiquiátrico	<u>Fuera de la red</u> Paga un copago de \$495 por día para los días 1 al 27 después de alcanzar su deducible de \$1,500 fuera de la red. Paga un copago de \$0 por día para los días 28 al 90.	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total por visita después de alcanzar el deducible de \$1,500 fuera de la red.
Tratamiento de linfedema	<u>Dentro de la red</u> Paga un copago de \$0 por el tratamiento de linfedema.	<u>Dentro de la red</u> Paga un copago de \$13 por el tratamiento de linfedema.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios para trastorno por uso de sustancias ilícitas para pacientes ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> Paga un copago de \$150 por cada sesión grupal de servicio para trastornos por uso de sustancias ilícitas en un hospital para pacientes ambulatorios. Paga un copago de \$150 por cada sesión individual de servicio para trastornos por uso de sustancias ilícitas en un hospital para pacientes ambulatorios.	<u>Dentro de la red</u> Paga un copago de \$30 por cada sesión grupal de servicio para trastornos por uso de sustancias ilícitas en un hospital para pacientes ambulatorios. Paga un copago de \$40 por cada sesión individual de servicio para trastornos por uso de sustancias ilícitas en un hospital para pacientes ambulatorios.
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®	<u>Dentro y fuera de la red</u> • 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.	<u>Dentro de la red</u> • 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.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		Fuera de la red El miembro debe pagar el 100% de los cargos facturados y presentar el recibo detallado para el reembolso del 10% de los cargos facturados. El miembro es responsable de todos los montos que superen el monto del beneficio reembolsable.
Centro de enfermería especializada (SNF)	<u>Dentro de la red</u> Paga un copago de \$0 para los días 1 al 20. Copago de \$218 para los días 21 al 100 <u>Fuera de la red</u> Paga un copago de \$250 por día para los días 1 al 58 después de alcanzar su deducible de \$1,500 fuera de la red. Copago de \$0 por día para los días 59 al 100	<u>Dentro de la red</u> Paga un copago de \$0 para los días 1 al 20. Copago de \$221 para los días 21 al 100 <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible de \$1,500 fuera de la red.
Servicios de telesalud	<u>Dentro de la red</u> Usted paga lo siguiente por cada beneficio que se indica a continuación: Servicios para trastornos por uso de sustancias ilícitas: copago de \$150	<u>Dentro de la red</u> Usted paga lo siguiente por cada beneficio que se indica a continuación: Servicios para trastornos por uso de sustancias ilícitas: copago de \$40

Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos en forma electrónica y se publica en línea en www.floridablue.com/medicare/forms/formulary.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año, para saber si se aplicará alguna restricción o si su medicamento ha pasado a otro nivel de costo compartido.**

La mayoría de los cambios de la Lista de medicamentos entran en vigencia al comienzo de cada año. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si le afecta un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con la persona autorizada a emitir recetas para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, pedir una excepción o encontrar un medicamento nuevo. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Sección 1.7: Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

¿Recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplica a usted.** Le hemos enviado un documento por separado denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta*, que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional y no recibió este documento antes del 30 de septiembre de 2026, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional LIS*.

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

Costos de los medicamentos en la etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por medicamento con receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Deducible anual	\$615	\$700
	Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 por los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), de \$0 por los medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos), de \$0 por los medicamentos del Nivel 6 (medicamentos seleccionados) y el costo total de los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado) hasta que alcanza el deducible anual.	Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 por los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), de \$0 por los medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos), de \$0 por los medicamentos del Nivel 6 (medicamentos seleccionados) y el costo total de los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado) hasta que alcanza el deducible anual.

Costos de los medicamentos en la etapa 2: Cobertura inicial

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, los costos de un suministro a largo plazo o para recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,400 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
<i>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</i> Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	\$0 El costo de un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo es de \$0.	\$0 El costo de un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo es de \$0.
<i>Nivel 2: medicamentos genéricos</i> Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	\$0 El costo de un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo es de \$0.	\$0 El costo de un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo es de \$0.
<i>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</i> Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	21% del costo total Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel. El costo de un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo es del 21% del costo total.	19% del costo total Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel. El costo de un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo es del 19% del costo total.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Nivel 4: medicamentos no preferidos Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	30% del costo total Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel. El costo de un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo es del 30% del costo total.	26% del costo total Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel. El costo de un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo es del 26% del costo total.
Nivel 5: medicamentos especializados Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	25% del costo total Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel. El costo de un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo es del 25% del costo total.	25% del costo total Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel. El costo de un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo es del 25% del costo total.
Nivel 6: medicamentos seleccionados Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	\$0 El costo de un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo es de \$0.	\$0 El costo de un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo es de \$0.

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan

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

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

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare,** inscríbese en el plan nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare Select (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 cobertura separada de medicamentos de Medicare,** puede inscribirse en un plan de la Parte D, y su inscripción en BlueMedicare Select (PPO) se cancelará automáticamente.
- **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 1.1).
- **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 (1-800-633-4227). Le recordamos que Florida Blue Medicare ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos 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, las personas pueden tener 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

Puede reunir 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 las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que 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 deben llamar al 1-800-325-0778.
 - A la oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con el costo compartido de medicamentos con receta para personas con VIH/ SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar

que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, incluido un comprobante de residencia en el estado y condición del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establecido por el estado y no tener seguro/ tener un seguro con cobertura insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia con el costo compartido de los medicamentos con receta mediante el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Florida. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al ADAP de Florida directamente al 1-800-352-2437 (TTY: 1-888-503-7118) o escríbales por correo postal a: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.

- **El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos que cubre nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. Si participa en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027. No es necesario que presente una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda del SPAP y del ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?

Obtenga ayuda de BlueMedicare Select (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 Select (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 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.**

En nuestro sitio web se encuentra la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorío de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario/Lista de medicamentos).

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).

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

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.htm.

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

87768S 0825R

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

T'áa free yíníłta'go saad bee áká anilyeedígíí, alk'ida'ánígíí, dóo t'áa ajiłii hane' bee áká anilyeedígíí t'éiyá éi 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).