

FHCP Medicare Rx Plus (HMO) ofrecido por Florida Blue Medicare

Notificación anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de FHCP Medicare Rx Plus (HMO).

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 FHCP Medicare Rx Plus (HMO).
- 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 FHCP Medicare Rx Plus (HMO)

- 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.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, quiere decir Florida Blue Medicare. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a FHCP Medicare Rx Plus (HMO).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, será inscrito automáticamente en FHCP Medicare Rx Plus (HMO).** A partir del 1 de enero de 2027, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de FHCP Medicare Rx Plus (HMO). Consulte la Sección 3 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	7
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual del plan	7
Sección 1.2: Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo.....	8
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores	9
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5: Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos	10
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	30
Sección 1.7: Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta	31
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	36
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	53
Sección 3.1: Plazos para el cambio de plan	54
Sección 3.2: ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?	55
SECCIÓN 4 Reciba ayuda para pagar los medicamentos con receta	55
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?	56
Obtenga ayuda de FHCP Medicare Rx Plus (HMO).....	56
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	57
Cómo obtener ayuda de Medicare	57

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
FHCP Medicare Rx Plus		
Prima mensual del plan*	\$49.00	\$82.00
* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.		
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$6,750	\$6,750
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).		
FHCP Medicare Rx Plus POS		
Prima mensual del plan*	\$119.00	Ya no se ofrece.
* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.		
Monto máximo que paga de su bolsillo	<u>Dentro de la red</u> \$6,750	Ya no se ofrece.
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).		
	<u>Fuera de la red</u> \$8,000	
BENEFICIOS MÉDICOS DENTRO DE LA RED		
Visitas al consultorio de atención primaria	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por visita	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por visita
Visitas al consultorio de un especialista	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$40 por visita	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$40 por visita
	Copago de \$8 por visita al fisiatra	Copago de \$40 por visita al fisiatra

	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 \$350 por día para los días 1 al 6 Copago de \$0 por día para los días 7 al 90	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$350 por día para los días 1 al 6 Copago de \$0 por día para los días 7 al 90
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 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: Medicamentos del Nivel 1: <i>Costo compartido estándar:</i> copago de \$17 <i>Costo compartido preferido:</i> copago de \$0	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D \$700 Se aplica al 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: Medicamentos del Nivel 1: <i>Costo compartido estándar:</i> copago de \$0

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Medicamentos del Nivel 2: <i>Costo compartido estándar:</i> copago de \$20 <i>Costo compartido preferido:</i> copago de \$0 Medicamentos del Nivel 3: <i>Costo compartido estándar:</i> copago de \$47 Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <i>Costo compartido preferido:</i> copago de \$42 Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos del Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> 25% del costo total Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <i>Costo compartido estándar:</i> 25% del costo total Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Medicamentos del Nivel 2: <i>Costo compartido estándar:</i> copago de \$0 Medicamentos del Nivel 3: <i>Costo compartido estándar:</i> copago de \$42 Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos del Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> 27% del costo total Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Medicamentos del Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> 25% del costo total Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <i>Costo compartido estándar:</i> 25% del costo total Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Medicamentos del Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> 25% del costo total Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Medicamentos del Nivel 6: <i>Costo compartido estándar:</i> copago de \$0 <i>Costo compartido preferido:</i> copago de \$0 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	Medicamentos del Nivel 6: <i>Costo compartido estándar:</i> copago de \$0 Etapa 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 (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$49.00	\$82.00
Prima adicional para beneficios complementarios opcionales Si se ha inscrito en un paquete de beneficios complementarios opcionales, pagará esta prima además de la prima mensual del plan anterior. (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$70.00 Esta prima adicional corresponde al beneficio de punto de servicio complementario opcional.	Ya no se ofrece.

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 4 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 (solo para FHCP Medicare Rx Plus) Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) 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	\$6,750 Una vez que haya pagado \$6,750 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya no pagará ningún monto por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.
Monto máximo que paga de su bolsillo fuera de la red (solo para FHCP Medicare Rx Plus POS) Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo fuera 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.	\$8,000	Ya no se ofrece.

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. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de su *Evidencia de Cobertura*.

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)
BENEFICIOS MÉDICOS DENTRO DE LA RED		
Acupuntura para dolor lumbar crónico	Se requiere autorización previa.	No se requiere autorización previa.
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes	<u>Dentro de la red</u> • Paga un copago de \$10 por una ecografía de diagnóstico en el consultorio del médico. • Paga un copago de \$10 por una ecografía de diagnóstico en un centro independiente de pruebas de diagnóstico (IDTF). • Paga un copago de \$25 por una ecografía de diagnóstico en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.	<u>Dentro de la red</u> • Paga un copago de \$0 por una ecografía de diagnóstico en el consultorio de un médico o en un centro independiente de pruebas de diagnóstico (IDTF), o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.
Servicios de ambulancia	<u>Dentro de la red</u> Paga un copago de \$175 por traslado de un centro a otro en ambulancia terrestre.	<u>Dentro de la red</u> Paga un copago de \$0 por traslado de un centro a otro en ambulancia terrestre.
Servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	Se requiere remisión.	No se requiere remisión.
Rehabilitación cardíaca	Se requiere autorización previa.	No se requiere autorización previa.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios dentales (beneficios adicionales)	<u>Dentro de la red</u> Los servicios dentales* (beneficios adicionales) <u>no</u> están cubiertos.	<u>Dentro de la red</u> Evaluaciones bucales clínicas • Paga un copago de \$0 para la evaluación bucal periódica (D0120) - 2 evaluaciones por año calendario. • Paga un copago de \$0 para la evaluación oral integral, paciente nuevo o establecido (D0150) - se limita a 1 por dentista de por vida; cuenta para el límite de 2 evaluaciones por año calendario para D0120 y D0150 combinados. Profilaxis dental (limpiezas) • Paga un copago de \$0 para la profilaxis de rutina (adultos) (D1110) - 2 limpiezas por año calendario.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		Diagnóstico por imágenes (radiografías) • Paga un copago de \$0 por 1 conjunto cada 3 años calendario: - Conjunto completo de imágenes radiográficas intrabucales (D0210) - Imagen radiográfica panorámica (D0330) • Paga un copago de \$0 por 1 conjunto por año calendario; cualquiera de estos servicios constituye un conjunto: - Aleta de mordida, imagen radiográfica única (D0270) - Aletas de mordida, 2 imágenes radiográficas (D0272) - Aletas de mordida, 3 imágenes radiográficas (D0273) - Aletas de mordida, 4 imágenes radiográficas (D0274) - Aletas de mordida verticales, 7 a 8 imágenes radiográficas (D0277)

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		Prostodoncia removible (dentaduras postizas) • Paga un copago de \$0 por 1 servicio por año calendario (límite combinado): - Ajuste de dentadura postiza completa - maxilar (D5410) - Ajuste de dentadura postiza completa - mandibular (D5411) - Ajuste de dentadura postiza parcial - maxilar (D5421) - Ajuste de dentadura postiza parcial - mandibular (D5422) Cirugía bucal y maxilofacial • Paga un copago de \$0 por la extracción de un diente erupcionado o raíz expuesta (extracción con elevación o fórceps) (D7140) - se limita a 1 servicio por año calendario.
Capacitación para la autogestión de la diabetes	Se requiere remisión.	<u>No</u> se requiere remisión.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Monitores para la diabetes	<u>Dentro de la red</u> • Paga un coseguro del 20% por monitores continuos de glucosa. Se requiere autorización previa. • Paga un coseguro del 0% por monitores de glucosa en sangre. Se requiere autorización previa.	<u>Dentro de la red</u> • Paga un coseguro del 0% por monitores para la diabetes de marcas preferidas: Abbott (FreeStyle Lite), Ascencia (Contour) y los monitores continuos de glucosa (CGM) FreeStyle Libre y Dexcom. <u>No</u> se requiere autorización previa. • Paga un coseguro del 20% por monitores para la diabetes de marcas no preferidas: todas las demás, incluida LifeScan (OneTouch) y el CGM MiniMed. Es posible que se requiera una autorización previa

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Suministros para la diabetes y zapatos y plantillas terapéuticas para personas con diabetes	<u>Dentro de la red</u> • Paga un coseguro del 20% por: • 50 tiras reactivas/ sensores para la diabetes • Lancetas Se requiere autorización previa. • Paga un coseguro del 20% por zapatos y plantillas terapéuticas para personas con diabetes. Se requiere autorización previa.	<u>Dentro de la red</u> • Paga un coseguro del 0% por suministros para la diabetes de marcas preferidas: Abbott (FreeStyle Lite), Ascencia (Contour) y los monitores continuos de glucosa (CGM) FreeStyle Libre y Dexcom. No se requiere autorización previa. • Paga un coseguro del 20% por suministros para la diabetes de marcas no preferidas: todas las demás, incluida LifeScan (OneTouch) y el CGM MiniMed Es posible que se requiera una autorización previa • Paga un copago de \$0 por zapatos y plantillas terapéuticas para personas con diabetes. No se requiere autorización previa.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	<u>Dentro de la red</u> Centro independiente de pruebas de diagnóstico: • \$10 por un ecocardiograma • \$0 por una colonoscopia de diagnóstico • \$0 por una tomografía de densidad ósea • \$25 por una mamografía de diagnóstico • \$0 por una espirometría • \$0 por un EKG (ELECTROCARDIOGRAMA) • \$0 por una prueba de esfuerzo • \$10 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico • \$10 por todos los demás procedimientos y pruebas Hospital para pacientes ambulatorios: • \$50 por un ecocardiograma • \$0 por una colonoscopia de diagnóstico • \$0 por una tomografía de densidad ósea	<u>Dentro de la red</u> • Paga un copago de \$75 por procedimientos y pruebas de diagnóstico en un centro independiente de pruebas de diagnóstico. • Paga un copago de \$100 por procedimientos y pruebas de diagnóstico en un hospital para pacientes ambulatorios.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	• \$45 por una mamografía de diagnóstico • \$0 por una espirometría • \$0 por un EKG (ELECTROCARDIOGRAMA) • \$0 por una prueba de esfuerzo • \$350 por estudio del sueño • \$50 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico • \$50 por todos los demás procedimientos y pruebas	
	Consultorio del médico: • \$10 por un ecocardiograma • \$0 por una colonoscopia de diagnóstico • \$0 por una tomografía de densidad ósea • \$25 por una mamografía de diagnóstico • \$0 por una espirometría • \$0 por un EKG (ELECTROCARDIOGRAMA) • \$0 por una prueba de esfuerzo • \$50 por un estudio del sueño • \$10 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico • \$10 por todos los demás procedimientos y pruebas	• Paga un copago de \$0 por procedimientos y pruebas de diagnóstico en el consultorio de un médico.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios de emergencia	<u>Dentro y fuera de la red</u> • Paga un copago de \$130 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. • No deberá pagar el copago si lo ingresan en el hospital en un plazo de 24 horas luego de haber recibido dichos servicios.	<u>Dentro y fuera de la red</u> • Paga un copago de \$130 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. • No deberá pagar el copago si lo ingresan en el hospital en un plazo de 48 horas luego de haber recibido dichos servicios.
Programas educativos sobre salud y bienestar	<u>Dentro de la red</u> • PROGRAMAS DE MANEJO DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN: FHCP Medicare ofrece programas de Manejo de la Salud de la Población que incluyen educación nutricional y sobre la salud. Para obtener más información, visite https://www.fhcp.com/preventative-care/ o comuníquese con Servicios para Miembros. • Los programas de Manejo de la Salud de la Población cubiertos no tienen costo para usted.	Los programas de Manejo de la Salud de la Población <u>no</u> están cubiertos.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Programas educativos sobre salud y bienestar	<u>Dentro de la red</u> - PROGRAMA DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO PREFERIDO: acceso gratuito a los centros de acondicionamiento físico y gimnasios participantes en el área de servicio de FHCP Medicare, sin restricciones y sin límites de visitas. - No tiene que pagar nada por participar en nuestro programa de acondicionamiento físico preferido.	<u>Dentro de la red</u> SilverSneakers: el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers® de Tivity Health está diseñado exclusivamente para beneficiarios de Medicare. Los miembros elegibles reciben una membresía básica para acondicionamiento físico con acceso a servicios y clases de acondicionamiento físico, incluidas las clases de SilverSneakers pensadas para mejorar la fuerza y resistencia muscular, la movilidad, la flexibilidad, la amplitud de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación. Para obtener más información y encontrar un centro participante de SilverSneakers, visite silversneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		• Como alternativa para los miembros que no pueden ir a un centro participante de SilverSneakers, SilverSneakers® Steps está disponible. SilverSneakers Steps es un programa de actividad física autodirigida que les permite a los miembros medir, registrar y aumentar la actividad física haciendo lo que elijan. Steps proporciona el equipo, las herramientas y la motivación necesarios para que los miembros logren un estilo de vida más saludable mediante un aumento de la actividad física. Los miembros elegibles del plan pueden inscribirse en silversneakers.com/member. • No tiene que pagar nada por participar en nuestro programa de acondicionamiento físico SilverSneakers.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Programas educativos sobre salud y bienestar	<u>Dentro de la red</u> - LÍNEA DE CONSEJOS DE ENFERMERÍA: atendida las 24 horas del día, los 365 días del año, por enfermeras registradas bilingües y experimentadas que están disponibles para ayudarle a tomar las decisiones correctas relacionadas con problemas de salud mediante el uso de pautas basadas en evidencia. - No tiene que pagar nada por los servicios cubiertos de la Línea de consejos de enfermería.	La LÍNEA DE CONSEJOS DE ENFERMERÍA <u>no</u> está cubierta.
Audífonos	<u>Dentro de la red</u> - Hay una asignación de beneficios del plan máxima anual de \$300 por oído. - Hasta 2 audífonos por año. Los servicios de audición adicionales se deben obtener a través de alguno de nuestros proveedores participantes contratados para que tengan cobertura.	<u>Dentro de la red</u> Hasta 2 audífonos por año. Los servicios de audición adicionales se deben obtener a través de alguno de nuestros proveedores participantes contratados para que tengan cobertura. Nivel de tecnología: Copago por audífono

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		Inicial: \$350.00 por dispositivo Básico: \$525.00 por dispositivo Intermedio: \$825.00 por dispositivo Preferido: \$1,125.00 por dispositivo Avanzado: \$1,425.00 por dispositivo Prémium: \$1,825.00 por dispositivo
	Sujeto al beneficio máximo. El miembro debe pagar cualquier monto una vez que se haya aplicado la asignación del beneficio.	Sujeto al beneficio máximo. El miembro debe pagar cualquier monto una vez que se haya aplicado el beneficio máximo.
Servicios de salud en el hogar	Se requiere remisión.	<u>No</u> se requiere remisión.
Atención hospitalaria para pacientes internados: crítica	Se requiere remisión.	<u>No</u> se requiere remisión.
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	Se requiere remisión.	<u>No</u> se requiere remisión.
Rehabilitación cardíaca intensiva	Se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere autorización previa.
Servicios de programas intensivos para pacientes ambulatorios	Se requiere remisión.	<u>No</u> se requiere remisión.
Servicios dentales cubiertos por Medicare (que no sea de rutina)	Se requiere remisión.	<u>No</u> se requiere remisión.
Examen de la vista cubierto por Medicare (que no sea de rutina)	Solo se requiere una remisión para una visita al oftalmólogo.	Se requiere remisión.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Examen de la audición cubierto por Medicare (que no sea de rutina)	<u>Dentro de la red</u> Paga un copago de \$45 por un examen de la audición cubierto por Medicare (que no sea de rutina).	<u>Dentro de la red</u> Paga un copago de \$40 por un examen de la audición cubierto por Medicare (que no sea de rutina).
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (Inyecciones para alergias)	Paga un coseguro del 20%.	Paga un coseguro del 0% para las inyecciones contra la alergia (en el consultorio).
Inyección de la Parte B de Medicare de Avastin® (bevacizumab) solo para indicaciones oftálmicas	<u>Dentro de la red</u> Paga un coseguro del 20%.	<u>Dentro de la red</u> Paga un coseguro de \$0 por cada inyección de Avastin® (bevacizumab) cubierta para las inyecciones oculares.
Rehabilitación con terapia ocupacional	<u>No</u> se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa.
Servicios del programa de tratamiento con opioides	Se requiere remisión.	<u>No</u> se requiere remisión.
Observación en un hospital para pacientes ambulatorios	Se requiere autorización previa. Se requiere remisión. <u>Dentro de la red</u> Paga un copago de \$350 por hospitalización para observación en un hospital para pacientes ambulatorios.	<u>No</u> se requiere autorización previa. <u>No</u> se requiere remisión. <u>Dentro de la red</u> Paga un copago de \$130 por hospitalización para observación en un hospital para pacientes ambulatorios.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Se requiere remisión.	<u>No</u> se requiere remisión.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	No se requiere autorización previa. Se requiere remisión.	Se requiere autorización previa. No se requiere remisión.
Servicios para trastorno por uso de sustancias ilícitas para pacientes ambulatorios	No se requiere autorización previa. Se requiere remisión.	Se requiere autorización previa. No se requiere remisión.
Radiografías para pacientes ambulatorios	No se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa.
Hospitalización parcial	Se requiere remisión.	No se requiere remisión.
Médico especialista	Se requiere autorización previa. <u>Dentro de la red</u> • Paga un copago de \$40 por visita a un médico especialista. • Paga un copago de \$8 por visita al fisiatra.	No se requiere autorización previa. <u>Dentro de la red</u> • Paga un copago de \$40 por visita a un médico especialista. • Paga un copago de \$40 por visita al fisiatra.
Servicios psiquiátricos	No se requiere autorización previa. Se requiere remisión.	Se requiere autorización previa. No se requiere remisión.
Servicios de rehabilitación pulmonar	Se requiere autorización previa.	No se requiere autorización previa.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	Se requiere remisión. <u>Dentro de la red</u> Paga un copago de \$0 por día para los días 1 al 20. Paga un copago de \$218 por día para los días 21 al 100.	No se requiere remisión. <u>Dentro de la red</u> Paga un copago de \$0 por día para los días 1 al 20. Paga un copago de \$221 por día para los días 21 al 100.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios de telesalud	No se requiere autorización previa. No <u>se</u> requiere remisión. <u>Dentro de la red</u> Usted paga lo siguiente por cada beneficio que se indica a continuación: Servicios de urgencia: <u>sin</u> cobertura Atención primaria: \$0 con el proveedor del personal de FHCP o \$10 con el proveedor de FHCP: Doctor on Demand (Médico a Demanda) Terapia ocupacional: <u>sin</u> cobertura Fisioterapia: <u>sin</u> cobertura Terapia del habla: <u>sin</u> cobertura Servicios de dermatología: <u>sin</u> cobertura	Se requiere autorización previa. Se requiere remisión. <u>Dentro de la red</u> Usted paga lo siguiente por cada beneficio que se indica a continuación: Servicios de urgencia: \$0 para atención de horario extendido de FHCP \$40 para otros centros de atención de urgencia Atención primaria: copago de \$0 Terapia ocupacional: copago de \$25 Fisioterapia: copago de \$25 Terapia del habla: copago de \$25 Servicios de dermatología: copago de \$40

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Sesiones individuales de servicios especializados de salud mental: \$0 con el proveedor del personal de FHCP O \$30 con el proveedor de FHCP: Doctor on Demand (Médico a Demanda)	Sesiones individuales de servicios especializados de salud mental: copago de \$40
	Sesiones individuales de servicios especializados de psiquiatría: \$0 con el proveedor del personal de FHCP O \$30 con el proveedor de FHCP: Doctor on Demand (Médico a Demanda)	Sesiones individuales de servicios especializados de psiquiatría: copago de \$40
	Tratamiento con opioides: \$0 con el proveedor del personal de FHCP	Tratamiento con opioides: copago de \$40
	Sesiones individuales de servicios para trastornos por uso de sustancias ilícitas: \$0 con el proveedor del personal de FHCP	Sesiones individuales de servicios para trastornos por uso de sustancias ilícitas: copago de \$40
	Capacitación para la autogestión de la diabetes: \$0 con el personal clínico de FHCP Medicare, solo con cita	Capacitación para la autogestión de la diabetes: Copago de \$0
	Servicios de dietistas: \$0 con el personal clínico de FHCP Medicare, solo con cita	Servicios de dietistas: copago de \$0

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios de urgencia	<u>Dentro y fuera de la red</u> • Paga un copago \$40 por visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare cuando los servicios se brindan en un centro de atención de urgencias. • Paga un copago de \$0 por visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare cuando los servicios se brindan en un centro de atención de horario extendido de FHCP Medicare. • Los centros de atención sin cita previa <u>no</u> están cubiertos.	<u>Dentro y fuera de la red</u> • Paga un copago de \$40 por cada visita de atención de urgencia a un centro de atención sin cita previa o un centro de atención de urgencia. • Paga un copago de \$0 por visitas de atención de urgencia cuando los servicios se brindan en un centro de atención de horario extendido de FHCP Medicare.
Atención de la vista (beneficio adicional)	<u>Dentro de la red</u> • Paga un copago de \$15 por exámenes de la vista de rutina (1 por año). • FHCP Medicare pagará hasta \$90 cada dos años para la compra de anteojos (marcos y lentes) de un optometrista participante • Optometrista contratado por FHCP	<u>Dentro de la red</u> • Paga un copago de \$15 por exámenes de la vista de rutina (1 por año). • Asignación máxima de \$200 por año para la compra de lentes, marcos o lentes de contacto • Proveedor de Florida Blue: Premier Eye Care • El miembro debe pagar los costos que superen el máximo del beneficio.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo	<u>Dentro y fuera de la red</u> • Paga \$40 de copago por servicios de urgencia necesarios cubiertos por el plan recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios. • Paga un copago de \$175 por servicios de transporte de emergencia cubiertos por el plan recibidos fuera de los EE. UU. o sus territorios	<u>Dentro y fuera de la red</u> • Paga \$130 de copago por servicios de urgencia necesarios cubiertos por el plan recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios. • Los servicios de transporte de emergencia recibidos fuera de los EE. UU. o sus territorios <u>no</u> están cubiertos.
PUNTO DE SERVICIO OPCIONAL (BENEFICIOS MÉDICOS FUERA DE LA RED)		
Atención hospitalaria para pacientes internados	Para cada internación cubierta por Medicare, usted paga lo siguiente: • Días 1 al 6: copago de \$350 por día • Después del 6.º día, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.	La atención hospitalaria para pacientes internados <u>no</u> está cubierta.
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	Para cada internación cubierta por Medicare, usted paga lo siguiente: • Días 1 al 6: copago de \$350 por día • Días 7 al 90: copago de \$0 por día	Los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico <u>no</u> están cubiertos.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Centro de enfermería especializada	Para cada internación cubierta por Medicare, usted paga lo siguiente: - Días 1 a 20: copago de \$0 por día (por período de beneficios) - Días 21 a 100: copago de \$218 por día (por período de beneficios)	El centro de enfermería especializada <u>no</u> está cubierto.
Grupo 1 Las categorías de servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente: - Servicios de salud en el hogar - Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios - Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios de cirugía y observación♦ - Centro quirúrgico ambulatorio♦ - Equipo médico duradero - Prótesis/suministros médicos - Suministros/servicios para diabéticos - Medicamentos de la Parte B de Medicare♦ - Servicios preventivos	Usted paga un coseguro del 20%.	El Grupo 1 <u>no</u> está cubierto.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Grupo 2	Paga un copago de \$50.	El Grupo 2 <u>no</u> está cubierto.
Las categorías de servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente: • Médico de atención primaria o especialista • Rehabilitación para pacientes ambulatorios (cardíaca, cardíaca intensiva, pulmonar, ocupacional, física, de patologías del habla y el lenguaje, y de ejercicio supervisado) • Podiatría • Quiropráctica • Servicios psiquiátricos y de salud mental para pacientes ambulatorios • Servicios para tratamiento con opioides y trastornos por uso de sustancias ilícitas para pacientes ambulatorios • Servicios dentales integrales		

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**

parte del costo. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que el total de los costos de los medicamentos del año hasta la fecha alcanzan los \$2,400.

• **Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas**

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	El deducible es de \$615. Durante esta etapa, usted paga lo siguiente: <i>Costo compartido estándar:</i> \$17 por suministro para un mes <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 por suministro para un mes de medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) <i>Costo compartido estándar:</i> \$20 por suministro para un mes <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 por suministro para un mes de medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos) <i>Costo compartido estándar:</i> \$47 por suministro para un mes <i>Costo compartido preferido:</i> \$42 por suministro para un mes de medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	El deducible es de \$700. Durante esta etapa, usted paga lo siguiente: <i>Costo compartido estándar:</i> \$0 por suministro para un mes de medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) <i>Costo compartido estándar:</i> \$0 por suministro para un mes de medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos) <i>Costo compartido estándar:</i> \$42 por suministro para un mes de medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	<i>Costo compartido estándar:</i> \$0 por suministro para un mes <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 por suministro para un mes de medicamentos del Nivel 6 (vacunas) Y el costo total de los medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que alcance el deducible anual.	<i>Costo compartido estándar:</i> \$0 por suministro para un mes de medicamentos del Nivel 6 (medicamentos seleccionados) Y el costo total de los medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que alcance 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.	<i>Costo compartido estándar:</i> \$17 por medicamento con receta <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 por medicamento con receta <u>No</u> se ofrece un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo.	<i>Costo compartido estándar:</i> \$0 por medicamento con receta El costo de un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo es de \$0 por receta.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Nivel 2: medicamentos genéricos 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.	<i>Costo compartido estándar:</i> \$20 por medicamento con receta <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 por medicamento con receta <u>No</u> se ofrece un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo.	<i>Costo compartido estándar:</i> \$0 por medicamento con receta El costo de un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo es de \$0 por receta.
Nivel 3: medicamentos de marca 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.	<i>Costo compartido estándar:</i> \$47 por medicamento con receta Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel. <i>Costo compartido preferido:</i> \$42 por medicamento con receta Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel. <u>No</u> se ofrece un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo.	<i>Costo compartido estándar:</i> \$42 por medicamento con receta 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 de \$42 por receta.

	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.	<i>Costo compartido estándar:</i> 25% del costo total Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel. <i>Costo compartido preferido:</i> 25% por medicamento con receta Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel. <u>No</u> se ofrece un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo.	<i>Costo compartido estándar:</i> 27% 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 27% 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.	<i>Costo compartido estándar:</i> 25% del costo total Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel. <i>Costo compartido preferido:</i> 25% por medicamento con receta Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel. <u>No</u> se ofrece un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo.	<i>Costo compartido estándar:</i> 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.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
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.	<i>Costo compartido estándar:</i> \$0 por medicamento con receta <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 por medicamento con receta No se ofrece un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo.	<i>Costo compartido estándar:</i> \$0 por medicamento con receta El costo de un suministro para un mes de un medicamento con receta de pedido por correo es de \$0 por receta.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Apelaciones sobre la atención médica	Llame a Servicios para Miembros de FHCP Medicare al 1-833-866-6559. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). Fax: 1-386-676-7149	Llame a Servicios para Miembros de Florida Blue al 1-800-926-6565 . (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Fax: 1-305-437-7490 solo para apelaciones rápidas (aceleradas)

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Correo postal: FHCP Medicare Attn: Member Services PO Box 9910 Daytona Beach, FL 32120 Correo electrónico: memberservices@fhcp.com Sitio web: www.fhcpmedicare.com	Correo postal: Florida Blue Medicare Attn: Medicare Appeals and Grievances Department P.O. Box 41629 Jacksonville, FL 32203-1629 Sitio web: Inicie sesión en su cuenta en www.floridablue.com/ medicare. Para esto, haga clic en el recuadro negro “Log In” (Iniciar sesión) en la parte superior derecha de la pantalla.
Apelaciones sobre medicamentos de la Parte D	Llame a Servicios para Miembros de FHCP Medicare al 1-833-866-6559. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). Fax: 1-386-676-7149 Correo postal: FHCP Medicare Attn: Member Services PO Box 9910 Daytona Beach, FL 32120 Correo electrónico: memberservices@fhcp.com Sitio web: www.fhcpmedicare.com	Llame a Servicios para Miembros de Florida Blue al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Fax: 1-800-693-6703 Correo postal: Prime Therapeutics, LLC Attention: Medicare D Clinical Review 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121 Sitio web: www.MyPrime.com

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Reclamos sobre la atención médica	Llame a Servicios para Miembros de FHCP Medicare al 1-833-866-6559. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). Fax: 1-386-676-7149 Correo postal: FHCP Medicare Attn: Member Services PO Box 9910 Daytona Beach, FL 32120 Correo electrónico: memberservices@fhcp.com	Llame a Servicios para Miembros de Florida Blue al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Fax: 1-305-437-7490 solo para apelaciones rápidas (aceleradas) Correo postal: Florida Blue Medicare Attn: Medicare Appeals and Grievances Department P.O. Box 41629 Jacksonville, FL 32203-1629
Reclamos sobre medicamentos de la Parte D	Llame a Servicios para Miembros de FHCP Medicare al 1-833-866-6559. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). Fax: 1-386-676-7149 Correo postal: FHCP Medicare Attn: Member Services PO Box 9910 Daytona Beach, FL 32120 Correo electrónico: memberservices@fhcp.com	Llame a Servicios para Miembros de Florida Blue al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Fax: 1-888-285-2242 Correo postal: Florida Blue Medicare Attn: Medicare Grievances Department P.O. Box 64813 St. Paul, MN 55164

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Información de contacto	Teléfono: Servicios para Miembros de FHCP: 1-833-866-6559. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). Fax: 1-386-676-7149 Correo postal: FHCP Medicare Attn: Member Services PO Box 9910 Daytona Beach, FL 32120 Correo electrónico: memberservices@fhcp.com Sitio web: www.fhcpmedicare.com	Teléfono: Servicios para Miembros de Florida Blue: 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Fax: 1-305-716-9333 Correo postal: Florida Blue Medicare Member Services P.O. Box 45296 Jacksonville, FL 32232-5296 Sitio web: www.floridablue.com/medicare
Decisiones de cobertura sobre la atención médica	Llame a Servicios para Miembros de FHCP Medicare al 1-833-866-6559. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). Fax: 1-386-676-7149	Llame a Servicios para Miembros de Florida Blue al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Fax: 1-904-301-1614

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Correo postal: FHCP Medicare Attn: Member Services PO Box 9910 Daytona Beach, FL 32120 Correo electrónico: memberservices@fhcp.com Sitio web: www.fhcpmedicare.com	Correo postal: Florida Blue Medicare Utilization Management Department 4800 Deerwood Campus Parkway Building 900, 5th Floor Jacksonville, FL 32246
Programas educativos sobre salud y bienestar	Para obtener más información y encontrar un sitio participante del programa de acondicionamiento físico, visite fhcpmedicare.com/medicare/fhcp-medicare-preferred-fitness/ o llame al 1-833-866-6559 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). 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.	SilverSneakers Para obtener más información y encontrar un centro participante de SilverSneakers, visite silversneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
HealthyBlue Rewards	El programa HealthyBlue Rewards <u>no</u> está cubierto.	• 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. • Anual (los dólares acumulados vencen el 12/31).
Cómo solicitar a Florida Blue Medicare que le reembolse o pague una factura que recibió	Envíenos su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos pagados a estas direcciones: <u>Solicitudes de pago de la Parte C (servicios médicos):</u> FHCP Medicare Attn: Claims Department P.O. Box 10348 Daytona Beach, FL 32120-0348	Envíenos su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos pagados a estas direcciones: <u>Para solicitudes relacionadas con la atención médica:</u> Florida Blue Medicare P. O. Box 1798 Jacksonville, Florida 32231-0014

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Debe presentarnos la reclamación dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento. <u>Solicitudes de pago de la Parte D (medicamentos con receta):</u> Optum Rx Claims Department PO Box 650287 Dallas, TX 75265-0287 Debe presentarnos la reclamación dentro de los 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.	Debe presentarnos la reclamación dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento. <u>Para solicitudes relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D:</u> Prime Therapeutics (Med-D) P.O. Box 20970 Lehigh Valley, PA 18002-0970 Debe presentarnos la reclamación dentro de los 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.
Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	Optum Rx, un proveedor contratado por FHCP Medicare, administra el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. A continuación, se muestra la información de contacto de Optum Rx.	Prime Therapeutics, un proveedor contratado por Florida Blue Medicare, administrará el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare para 2027. A continuación, se muestra la información de contacto de Prime Therapeutics.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Teléfono: 1-844-368-8729 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 5:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del centro, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-955-8773 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 5:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del centro, los 7 días de la semana.	Teléfono: 1-800-926-6565 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es 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. Servicios para Miembros, cuyo número de teléfono es 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también tiene servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
	Correo postal: Optum Rx Attn: M3P Election Processes PO Box 650287 Dallas, TX 75265-0287	Correo postal: Florida Blue Medicare Member Services P.O. Box 45296 Jacksonville, FL 32232-5296
	Sitio web: https://www.fhcpmedicare.com/member-portal/	Sitio web: www.floridablue.com/medicare/member

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Portal para miembros	Inicie sesión en su cuenta del Portal para miembros de FHCP https://www.fhcpmedicare.com/member-portal/	Inicie sesión en su cuenta del Portal para miembros de Florida Blue https://www.floridablue.com/medicare/member
Más información sobre su prima mensual del plan	Cómo pagar la prima del plan Hay seis maneras de pagar la prima del plan. Opción 1: Pagar con cheque Si elige esta opción, se le facturará la prima del plan todos los meses. El pago de la prima mensual de su plan vence el primer día de cada mes. Puede enviar sus pagos mensuales de la prima del plan por correo postal mediante cheques a la siguiente dirección: FHCP Medicare, PO Box 660289, Dallas, TX 75266-0289. Puede hacer pagos mediante el servicio de correo postal nocturno a: FHCP Medicare, Attn: CCR, Bldg. 100, 3rd Floor, 4800 Deerwood Campus Pkwy, Jacksonville, FL 32246-6498. Asegúrese de presentar los cheques a nombre de FHCP Medicare, no de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal a cargo de Medicare, ni de la agencia matriz de los CMS ni del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).	Cómo pagar la prima del plan Hay seis maneras de pagar la prima del plan. Opción 1: Pagar con cheque Si elige esta opción, se le facturará la prima del plan todos los meses. El pago de la prima mensual de su plan vence el primer día de cada mes. Puede enviar sus pagos mensuales de la prima del plan por correo postal mediante cheques a la siguiente dirección: Florida Blue Medicare, PO Box 660289, Dallas, TX 75266-0289. Puede hacer pagos mediante el servicio de correo postal nocturno a Florida Blue Medicare, Attn: CCR, Bldg. 100, 3rd Floor, 4800 Deerwood Campus Pkwy, Jacksonville, FL 32246-6498. También puede hacer pagos en persona con cheques en cualquiera de nuestros centros de Florida Blue.

2026 (este año)	2027 (próximo año)
Opción 2: Que le deduzcan la prima de su plan de su cheque mensual del Seguro Social. Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan de esta manera, comuníquese con el Departamento de Inscripción de FHCP Medicare. Con gusto le ayudaremos con este asunto. Puede comunicarse con el Departamento de Inscripción llamando al 1-386-676-7160 o al 1-800-352-9824, ext. 7160 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora local, excepto los días feriados importantes.	Visite el sitio web www.floridablue.com/center para encontrar el centro más cercano a usted. Asegúrese de presentar los cheques a nombre de Florida Blue, no de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal a cargo de Medicare, ni de la agencia matriz de los CMS, ni del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Opción 2: Que le deduzcan las primas de su plan de su cheque mensual del Seguro Social Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan de esta manera, comuníquese con Servicios para Miembros. Con gusto le ayudaremos con este asunto. (En la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para Miembros).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Opción 3: Que le deduzcan la prima de su plan de su cheque mensual de la Junta de Jubilación para Ferroviarios Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB). Para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan de esta manera, comuníquese con el Departamento de Inscripción de FHCP Medicare. Con gusto le ayudaremos con este asunto. Puede comunicarse con el Departamento de Inscripción llamando al 1-386-676-7160 o al 1-800-352-9824, ext. 7160 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora local, excepto los días feriados importantes.	Opción 3: Que le deduzcan la prima de su plan de su cheque mensual de la Junta de Jubilación para Ferroviarios Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB). Para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan de esta manera, comuníquese con Servicios para Miembros. Con gusto le ayudaremos con este asunto. (En la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para Miembros).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Opción 4: Opción de pago automático (APO) Puede pedir que la prima del plan se deduzca automáticamente de su cuenta corriente o de ahorros, o que la carguen a su tarjeta de crédito/débito. Sus pagos se retirarán mensualmente. Las deducciones se hacen el tercer día del mes. Para inscribirse en la opción de pago automático (APO): • Ingrese en www.fhcpmedicare.com y seleccione el enlace del Portal para miembros en la barra de herramientas de la parte superior de la página. • Una vez en el portal del miembro, haga clic en el enlace "Pay my Bill" (Pagar mi factura) en la sección "My Quick Links" (Mis enlaces rápidos) o "My Resources" (Mis recursos) en la parte superior de la página.	Opción 4: Opción de pago automático (APO) Puede pedir que la prima del plan se deduzca automáticamente de su cuenta corriente o de ahorros, o de una tarjeta de crédito/débito. Sus pagos se retirarán mensualmente. Las deducciones se hacen el tercer día del mes. Puede inscribirse en la opción de pago automático (APO) de alguna de estas tres formas: 1. Visite www.floridablue.com/medicare/member y haga clic en el botón "Log In" (Iniciar sesión) para acceder a su cuenta de miembro en línea. Una vez que inicie sesión, seleccione "My plan" (Mi plan) y luego "Pay my Bill" (Pagar mi factura).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Finanzas de FHCP Medicare al 1-386-615-4066 o al 1-800-352-9824, ext. 4066 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., hora local, excepto los días feriados importantes.	2. Llame a Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono). 3. Envíenos un formulario de autorización completo por correo postal. Visite www.floridablue.com/medicare/forms, haga clic en “Medicare Advantage Plans (Part C)” (Planes Medicare Advantage [Parte C]) y luego desplácese hacia abajo hasta “Automatic Payment Option (APO)” (opción de pago automático [APO]). Para hacer una retención de una cuenta corriente o de una cuenta de ahorros, se deberá adjuntar un cheque anulado al formulario.

2026 (este año)	2027 (próximo año)
Opción 5: Puede pagar en línea. También puede pagar la prima mensual del plan en el sitio web de nuestro plan. Para realizar un pago en línea: Ingrese en www.fhcpmedicare.com y seleccione el enlace del Portal para miembros en la barra de herramientas de la parte superior de la página.	Si tiene preguntas sobre la APO o si necesita un formulario de autorización, llame a Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono) o visite el sitio web de nuestro plan: www.floridablue.com/medicare/forms. Tenga en cuenta que la inscripción puede demorar hasta cuatro semanas en procesarse. Puede revocar la APO informándonos a nosotros y a su institución financiera 15 días antes de la fecha límite de pago de la prima de su plan. Opción 5: Puede pagar en línea. También puede pagar la prima mensual del plan en el sitio web de nuestro plan. 1. Visite www.floridablue.com/medicare/member y haga clic en el botón “Log In” (Iniciar sesión) para acceder a su cuenta de miembro en línea. 2. Haga clic en “Login” (Iniciar sesión).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Una vez en el portal del miembro, haga clic en el enlace "Pay my Bill" (Pagar mi factura) en la sección "My Quick Links" (Mis enlaces rápidos) o "My Resources" (Mis recursos) en la parte superior de la página. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Finanzas de FHCP Medicare al 1-386-615-4066 o al 1-800-352-9824, ext. 4066 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., hora local, excepto los días feriados importantes.	3. Haga clic en "Pay Your Bill" (Pagar su factura). 4. Haga clic en "Pay Now" (Pagar ahora). Los pagos en línea se realizan mediante una tarjeta de débito sin pin que forme parte de las redes PULSE, STAR o NYCE. Los pagos realizados con estas tarjetas de débito no se consideran pagos con tarjeta de crédito. Estos pagos vencen el primer día de cada mes. Para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan en línea, llame a Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono) o visite www.floridablue.com/medicare/member y haga clic en el botón "Log In" (Iniciar sesión) para acceder a su cuenta de miembro en línea.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Opción 6: Puede pagar por teléfono Puede pagar la factura de la prima mensual del plan llamando al Departamento de Finanzas de FHCP Medicare al 1-386-615-4066 o al 1-800-352-9824, ext. 4066 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., hora local, excepto los días feriados importantes. Puede pagar usando el número de su cuenta corriente o de ahorros, junto con el número de enrutamiento de nueve dígitos de su institución financiera, o con tarjeta de débito o crédito.	Opción 6: Pagar por teléfono Puede pagar la factura de la prima mensual de su plan por teléfono usando el número de su cuenta corriente o de ahorros, junto con el número de enrutamiento de nueve dígitos de su institución financiera. Al igual que los pagos con cheque, estos pagos vencen el primer día de cada mes. Para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan por teléfono, llame a Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono).
Servicio de pedido por correo de medicamentos con receta	Para utilizar el servicio de pedido por correo del plan, debe solicitar <i>al menos</i> un suministro del medicamento para 62 días y para <i>no más</i> de 93 días.	Para utilizar el servicio de pedido por correo del plan, debe solicitar <i>al menos</i> un suministro del medicamento para 31 días y para <i>no más</i> de 90 días en el caso de los Niveles 3 y 4 y hasta 100 días en el caso de los Niveles 1, 2 y 6.

2026 (este año)	2027 (próximo año)
Para obtener información sobre cómo surtir sus medicamentos con receta por correo, llame a la farmacia de pedido por correo de FHCP al 1-386-676-7126 o al 1-800-232-0216 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). El horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m., hora local. Si utiliza una farmacia de pedidos por correo que no pertenece a la red del plan, su medicamento con receta no estará cubierto.	Para obtener los formularios de pedido y la información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo postal, llame a una de nuestras farmacias de servicio de pedidos por correo. • Walgreens Mail Service Pharmacy, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-888-849-7845, o en su sitio web: www.WalgreensMailService.com • Express Scripts Pharmacy, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-877-277-7914, o en su sitio web: www.express-scripts.com • Entrega a domicilio de Amazon, llame a Atención al Cliente las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede hablar con un farmacéutico las 24 horas del día, los 7 días de la semana; llame al 1-855-745-5725 o visite su sitio web pharmacy.amazon.com.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Por lo general, los productos de una farmacia de pedidos por correo llegarán en no más de 7 días hábiles. Las recetas para sustancias controladas pueden demorar más porque nuestra farmacia de pedidos por correo tiene que tomar medidas adicionales para revisar la receta. Esto puede incluir ponerse en contacto con su médico antes de surtir dichas recetas. Resurtidos de medicamentos con receta de pedidos por correo. Para resurtir, comuníquese con la farmacia 14 días antes de que se le acabe su medicamento actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.	Si utiliza una farmacia de pedidos por correo que no pertenece a la red del plan, su medicamento con receta no estará cubierto. Por lo general, los productos de una farmacia de pedidos por correo llegarán en no más de 14 días. Las recetas para sustancias controladas pueden demorar más porque nuestra farmacia de pedidos por correo tiene que tomar medidas adicionales para revisar la receta. Esto puede incluir ponerse en contacto con su médico antes de surtir dichas recetas. Resurtidos de medicamentos con receta de pedidos por correo. Para resurtir, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se le acabe su medicamento con receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Si desea permanecer en FHCP Medicare Rx Plus (HMO), 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 FHCP Medicare Rx Plus (HMO).

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

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare,** inscríbase en el plan nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en FHCP Medicare Rx Plus (HMO). 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 FHCP Medicare Rx Plus (HMO) 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 5) 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 y montos de costos compartidos diferentes.

Sección 3.1: 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 3.2: ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

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

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

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

SECCIÓN 4 Reciba ayuda para pagar los medicamentos con receta

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

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso 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 pueden 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 5 ¿Tiene preguntas?

Obtenga ayuda de FHCP Medicare Rx Plus (HMO)

- **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 FHCP Medicare Rx Plus (HMO) 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/Directorio 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 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).