



MEDICARE

Resumen de beneficios de 2027

Planes de medicamentos con receta de Medicare

BlueMedicare Premier Rx (PDP) S5904-001

BlueMedicare Complete Rx (PDP) S5904-002

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

El área de servicio de nuestros planes incluye:

Estado de Florida

Este es un resumen de lo que cubre nuestro plan y lo que usted paga. Para obtener información sobre el costo de los medicamentos del plan de medicamentos con receta de Medicare, consulte la **“Evidencia de Cobertura”** del plan. Para ver una lista completa de los medicamentos que cubrimos, consulte el **“Formulario”** del plan. Puede encontrar ambos documentos en nuestro sitio web (www.floridablue.com/medicare/forms) o puede llamarnos.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare y Usted* de 2027. Puede verlo en línea en www.medicare.gov u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse debe cumplir con las siguientes condiciones:

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

Nuestra área de servicio incluye este estado: **el estado de Florida**

¿Qué farmacias puedo utilizar?

- En la mayoría de las situaciones, debe utilizar nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.
- También puede utilizar nuestra farmacia de pedidos por correo para que le envíen los medicamentos a su domicilio.
- ¿Desea ver si su farmacia está en nuestra red de farmacias o si estos planes cubren sus medicamentos con receta? Visite nuestro sitio web en <https://providersearch.floridablue.com/>. O llámenos y le enviaremos una copia del directorio de farmacias.

¿Tiene alguna pregunta? Llámenos

- **Si es miembro de este plan, llámenos al 1-800-926-6565, TTY: 711.**
- **Si no es miembro de este plan, llámenos al 1-855-601-9465, TTY: 711.**
 - Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad.

- Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes.
- O visite nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare

Información importante

Nuestros planes agrupan cada medicamento en un nivel. La cantidad de niveles puede variar según el plan que elija. Deberá usar su formulario para saber en qué nivel se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará. El monto que usted paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante en este documento hablamos de las etapas de beneficio que existen.

Prima mensual, deducible y límites

	BlueMedicare Premier Rx (PDP) S5904-001	BlueMedicare Complete Rx (PDP) S5904-002
Prima mensual del plan	\$164.60 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$326.00 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$700 por año Se aplica al Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), Nivel 2 (medicamentos genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado). No hay deducible para las insulinas.	\$700 por año Se aplica al Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado). No hay deducible para las insulinas.

Beneficios de los medicamentos con receta de la Parte D

	BlueMedicare Premier Rx (PDP) En todo el estado S5904-001	BlueMedicare Complete Rx (PDP) En todo el estado S5904-002
Etapas del deducible:	La etapa del deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Pagará un deducible anual de \$700, que se aplica a los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), Nivel 2 (medicamentos genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado). Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), Nivel 2 (medicamentos genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado) hasta que alcance el monto del deducible del plan. El deducible no aplica a productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, entre las que se incluyen la vacuna contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajar. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. En general, el costo completo es menor que el precio normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.	La etapa del deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Pagará un deducible anual de \$700 que se aplica a los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado). Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado) hasta que alcance el monto del deducible del plan. El deducible no aplica a productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, entre las que se incluyen la vacuna contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajar. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. En general, el costo completo es menor que el precio normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

BlueMedicare Premier Rx (PDP) En todo el estado S5904-001	BlueMedicare Complete Rx (PDP) En todo el estado S5904-002
Una vez que haya pagado \$700, que se aplican a los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), Nivel 2 (medicamentos genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado), abandona la etapa del deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.	Una vez que haya pagado \$700, que se aplican a los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado), abandona la etapa del deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial:

Usted comienza en esta etapa después de haber alcanzado su deducible (si corresponde). Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo total que le corresponde por sus medicamentos, y usted paga su parte del costo total. Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el total de los costos que paga de su bolsillo alcance los \$2,400. Luego, pasa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y de pedidos por correo de la red.

	BlueMedicare Premier Rx (PDP) S5904-001		BlueMedicare Complete Rx (PDP) S5904-002	
Cobertura de medicamentos por nivel	Minorista estándar/LTC (suministro de 31 días)	Pedido por correo (suministro de 90 días)	Minorista estándar (suministro de 31 días)	Pedido por correo (suministro de 90 días)
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$4	Copago de \$12	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$8	Copago de \$24	Copago de \$2	Copago de \$6
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 19%	Coseguro del 19%	Coseguro del 19%	Coseguro del 19%

	BlueMedicare Premier Rx (PDP) S5904-001		BlueMedicare Complete Rx (PDP) S5904-002	
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Coseguro del 32%	Coseguro del 32%	Coseguro del 26%	Coseguro del 26%
Nivel 5: nivel especializado	Coseguro del 25%	N/C	Coseguro del 25%	N/C
Nivel 6: medicamentos seleccionados	Copago de \$4	Copago de \$12	Copago de \$0	Copago de \$0

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

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas:

Usted ingresa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de **\$2,400** para el año calendario. Durante la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Información adicional sobre la cobertura de medicamentos

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

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

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

Descargos de responsabilidad

Florida Blue es un plan Rx (PDP) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue depende de la renovación del contrato.

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

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

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

Notificación de la Sección 1557: La discriminación es ilegal

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

Proporcionamos:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con:

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

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

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

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

Cobertura dental, de vida y de discapacidad:

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

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

U.S. Department of Health and Human Services

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

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

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

87768S 0825R

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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).