

Resumen de beneficios de 2026

Planes de medicamentos recetados de Medicare

BlueMedicare Premier Rx (PDP) S5904-001
BlueMedicare Complete Rx (PDP) S5904-002

1/1/2026 – 12/31/2026

El área de servicio del plan 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 recetados de Medicare, consulte la “**Evidencia de cobertura**” del plan. Para obtener una lista completa de los medicamentos que cubrimos, consulte el “**Formulario**” del plan. Ambos documentos se pueden encontrar en nuestro sitio web, (www.floridablue.com/medicare/forms) o puede llamarnos.

Si desea saber más acerca de la cobertura y costos de Original Medicare, consulte su Manual de *Medicare y Usted* 2026. Consúltelo en línea en www.medicare.gov o consiga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Quién puede inscribirse?

Para unirse, usted debe hacer lo siguiente:

- tener derecho a la Parte A de Medicare; y/o
- estar inscrito a la Parte B de Medicare; y
- vivir dentro de **nuestra área de servicio**.

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

¿Qué farmacias puedo usar?

- 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 usar nuestra farmacia de pedido por correo para que le entreguen sus medicamentos recetados en su domicilio.
 - ¿Quiere saber si su farmacia está en nuestra red de farmacias o si estos planes cubren sus medicamentos recetados? Simplemente visite nuestro sitio web en <https://providersearch.floridablue.com/>. O comuníquese con nosotros 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: 1-877-955-8773.**
- **Si no es miembro de este plan, llámenos al 1-855-601-9465, TTY: 1-877-955-8773.**
 - o 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.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad.
 - o Desde el 1.º 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 principales.
- O bien, visite nuestro sitio web www.floridablue.com/medicare

Información importante

Nuestro plan agrupa cada medicamento en un nivel. La cantidad de niveles puede variar según el plan que elija. Deberá consultar su formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará. La cantidad que usted paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante en este documento analizamos las etapas de beneficios que se presentan.

Prima mensual, deducible y límites

	BlueMedicare Premier Rx (PDP) S5904-001	BlueMedicare Complete Rx (PDP) S5904-002
Prima mensual del plan	\$98.60	\$217.00
	Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.	Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$615 por año Se aplica a los Niveles 1 (medicamentos genéricos preferidos), 2 (medicamentos genéricos), 3 (medicamentos de marca preferida), 4 (medicamentos no preferidos) y 5 (medicamentos especializados). No hay deducible para insulinas.	\$615 por año Se aplica al Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), 4 (medicamentos no preferidos) y 5 (medicamentos especializados). No hay deducible para insulinas.

Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D

	BlueMedicare Premier Rx (PDP) en todo el estado S5904-001	BlueMedicare Complete Rx (PDP) en todo el estado S5904-002
Etapa de deducible:	<ul style="list-style-type: none"> La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Pagará un deducible anual de \$615, el cual se aplica a los Niveles 1 (medicamentos genéricos preferidos), 2 (medicamentos genéricos), 3 (medicamentos de marca preferida), 4 (medicamentos no preferidos) y 5 (medicamentos especializados). Debe pagar el costo total de sus medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), Nivel 2 (medicamentos genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para los viajes. Para todos los otros medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El costo total suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. Una vez que haya pagado \$615, saldrá de la etapa del deducible y pasará a la etapa de cobertura inicial. 	<ul style="list-style-type: none"> La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Pagará un deducible anual de \$615 por los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados). Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados), hasta alcanzar el monto del deducible de la cobertura. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para los viajes. Para todos los otros medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El costo total suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. Una vez que haya pagado \$615, saldrá de la etapa del deducible y pasará a la etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial

Usted comienza en esta etapa después de alcanzar su deducible (si corresponde). Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo total de sus medicamentos y usted paga su parte del costo total. Se mantiene en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de desembolso directo lleguen a \$2,100. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Puede obtener sus medicinas en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo.

	BlueMedicare Premier Rx (PDP) S5904-001		BlueMedicare Complete Rx (PDP) S5904-002	
	Minorista estándar/LTC (suministro de 31 días)	De pedido por correo (suministro de 90 días)	Farmacia minorista estándar (suministro de 31 días)	Pedido por correo (suministro de 90 días)
Nivel 1 - Genéricos preferidos	\$3 de copago	\$9 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 - Genéricos	\$14 de copago	\$42 de copago	\$3 de copago	\$9 de copago
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	20% de coseguro	20% de coseguro	18% de coseguro	18% de coseguro
Nivel 4 - Medicamentos no preferidos	40% de coseguro	40% de coseguro	29% de coseguro	29% de coseguro
Nivel 5 - Medicamentos especializados	25% de coseguro	No corresponde	25% de coseguro	No corresponde
Nivel 6 - Medicamentos de cuidados seleccionados	\$3 de copago	\$9 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

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

Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos

Ingresa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus gastos de desembolso directo llegan al límite de **\$2,100** para el año calendario. Durante la Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

Cobertura adicional de medicamentos

- Para obtener 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. Estos documentos se encuentran en nuestro sitio web, (www.floridablue.com/medicare/forms), o puede llamarnos. Si solicita una excepción del formulario y el plan aprueba dicha excepción, usted pagará el costo compartido del **Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)**.

- Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de cuidado a largo plazo (Long-Term Care, LTC), una farmacia de infusión en casa 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 para usted, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

- El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago para ayudar a los beneficiarios de Medicare a distribuir los gastos de desembolso directo de sus medicamentos durante el año calendario (de enero a diciembre). La participación es voluntaria y la inscripción no tiene costo. Puede inscribirse en el plan de pago hablando con su agente de registro (AOR) o llamando a nuestra línea de asistencia dedicada a la Elección al 1-800-926-6565 o al 1-833-696-2087, (TTY: 711) de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes (correos de voz monitoreados los fines de semana), de 8 a. m. a 11 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 de medicamentos recetados (plan de medicamentos con receta de Medicare) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción a 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 1-877-955-8773). 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.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º 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 principales.

Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue, una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece cobertura de Rx (PDP).

© 2025 Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue. Todos los derechos reservados.

Notificación de la Sección 1557: La discriminación es ilegal

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. No excluimos a las personas ni las tratamos diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Proporcionamos:

- Ayudas auxiliares gratuitas, modificaciones razonables y servicios a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:
 - o Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - o Información escrita en otros formatos (p. ej., letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles)
- Servicios de asistencia lingüística gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - o Intérpretes calificados
 - o Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese al siguiente número telefónico:

- Cobertura de salud y de la vista: 1-800-352-2583
- Cobertura dental, de vida y discapacidad: 1-888-223-4892
- Programa para empleados federales (FEP, Federal Employee Program): 1-800-333-2227
- Medicare: 1-800-926-6565
- TTY 711

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

Cobertura de salud y de la vista (incluidos los miembros de FEP):

Section 1557 Coordinator
4800 Deerwood Campus Parkway, DCC 1-7
Jacksonville, FL 32246
1-800-477-3736, ext. 29070
1-877-955-8773 (TTY)
Fax: 1-904-301-1580
Section1557Coordinator@bcbsfl.com

Cobertura dental, de vida y discapacidad:

Civil Rights Coordinator
17500 Chenal Parkway
Little Rock, AR 72223
1-800-260-0331
1-877-955-8773 (TTY)
civilrightscordinator@fclife.com

Puede presentar un reclamo en persona, por correo, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de la Sección 1557 o de Derechos Civiles está disponible para ayudarle. También puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles; electrónicamente a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o 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 reclamo 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.

87768 0625R

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 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, 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, 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, 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。

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 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, 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, Medicare 1-800-926-6565 (номер для текст-телефонных устройств (TTY) 711).

الخدمات المجانية للغة، والمساعدة الإضافية، وتسيقات بديلة متاحة. يرجى الاتصال على:

1-800-352-2583 برنامج FEP: 1-800-333-2227 برنامج 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, 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, 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, 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, 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, Medicare 1-800-926-6565, (TTY 711) પર કોલ કરો.

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

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

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

T'áá free yíníłta'go saad bee áká anilyeedígíí, alk'ida'ánígíí, dóó t'áá ajitii 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, Medicare bich'í' 1-800-926-6565 bich'í' náhodoonih, (TTY 711).