

BlueMedicare Patriot (PPO) ofrecido por Florida Blue

Notificación anual de cambios para 2026

Actualmente, usted está inscrito como miembro de BlueMedicare Patriot (PPO).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre podrá hacer cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en BlueMedicare Patriot (PPO).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista que aparece al dorso de su manual Medicare y Usted 2026.
- 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 1-877-955-8773) para recibir una copia por correo postal.

Más recursos

- Este material está disponible de manera gratuita en español.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) para obtener más información. El 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. Esta llamada es gratis.
- Esta información está disponible en formatos alternativos, lo que incluye letra grande, audio y braille. Si necesita información sobre el plan en otro formato, llame a Servicios para Miembros al número que se indica arriba.

Acerca de BlueMedicare Patriot (PPO)

- Florida Blue es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción a Florida Blue depende de la renovación del contrato.

- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, quiere decir Florida Blue. Cuando se hace referencia a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a BlueMedicare Patriot (PPO).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, será inscrito automáticamente en BlueMedicare Patriot (PPO).** A partir del 1.º de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica a través de BlueMedicare Patriot (PPO). Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar un cambio.
- Este plan no incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, y usted no puede inscribirse en un plan de medicamentos de la Parte D de Medicare por separado y en este plan al mismo tiempo. Nota: Si no tiene cobertura de medicamentos de Medicare o una cobertura acreditable de medicamentos (tan buena como la de Medicare), durante 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si en el futuro se inscribe en la cobertura de medicamentos de Medicare.

Índice de contenido

Resumen de costos importantes para 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	6
<i>Sección 1.1: Cambios en la prima mensual del plan</i>	<i>6</i>
<i>Sección 1.2: Cambios en los gastos máximos a su cargo.....</i>	<i>6</i>
<i>Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores</i>	<i>7</i>
<i>Sección 1.4: Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos</i>	<i>8</i>
SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan.....	27
<i>Sección 2.1: Plazo para el cambio de plan.....</i>	<i>28</i>
<i>Sección 2.2: ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?.....</i>	<i>28</i>
SECCIÓN 3 Reciba ayuda para pagar los medicamentos recetados.....	29
SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?	29
<i>Obtenga ayuda de BlueMedicare Patriot (PPO)</i>	<i>29</i>
<i>Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.....</i>	<i>30</i>
<i>Cómo obtener ayuda de Medicare:.....</i>	<i>30</i>

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* <i>(Consulte la Sección 1.1 para obtener más información).</i>	\$0	\$0
Deducible	<u>Dentro de la red</u> \$0 <u>Fuera de la red</u> \$0 por servicios cubiertos por Medicare recibidos fuera de la red.	<u>Dentro de la red</u> \$0 <u>Fuera de la red</u> \$950 por servicios cubiertos por Medicare recibidos fuera de la red.
Gastos máximos a su cargo <i>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.)</i>	<i>De proveedores de la red: \$5,500</i> <i>De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$8,950</i>	De proveedores de la red: \$6,750 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$10,100
Visitas al consultorio de atención primaria	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por visita <u>Fuera de la red</u> 42% del costo total por visita	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por visita <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por visita después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Visitas al consultorio de un especialista	<u>Dentro de la red</u> \$45 de copago por visita <u>Fuera de la red</u> 42% del costo total por visita	<u>Dentro de la red</u> \$55 de copago por visita <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por visita después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Atención para pacientes hospitalizados <i>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</i>	<u>Dentro de la red</u> \$350 de copago por día para los días 1 a 4 \$0 de copago por día para los días 5 a 90 <u>Fuera de la red</u> 42% del costo total por visita	<u>Dentro de la red</u> \$385 de copago por día para los días 1 a 7 \$0 de copago por día para los días 8 a 90 <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por visita después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950.

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan <i>(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).</i>	\$0	\$0 No hay cambios para el próximo año
Reducción de la prima de la Parte B <i>Este monto se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que pagará menos por la Parte B.</i>	\$75	\$100

Sección 1.2: Cambios en los gastos máximos a su cargo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad de gastos a su cargo que debe realizar durante el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que pague este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Gasto máximo a su cargo dentro de la red <i>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como copagos y deducibles) de los proveedores de la red cuentan para su monto máximo de gastos que paga de su bolsillo dentro de la red.</i>	\$5,500	\$6,750 Una vez que haya pagado \$6,750 en costos 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 de la Parte B

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		durante el resto del año calendario.
Cantidad combinada de gastos máximos a su cargo	\$8,950	\$10,100
<i>Los costos por los servicios médicos cubiertos (tales como copagos y deducibles) de los proveedores dentro y fuera de la red cuentan para su monto máximo de gastos combinados que paga de su bolsillo.</i>		Una vez que haya pagado \$10,100 en costos 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 de la Parte B de los proveedores dentro y fuera de la red durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de proveedores de 2026 <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 en <https://providersearch.floridablue.com/>.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y los 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 1-877-955-8773) para obtener ayuda.

Sección 1.4: Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Acupuntura	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes	<u>Dentro de la red</u> <i>Paga \$0 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes en el consultorio de un médico</i> <i>Paga \$0 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes en un Centro de Evaluación de Diagnóstico Independiente (IDTF)</i> <i>Paga \$75 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes que se brindan en un hospital para pacientes ambulatorios</i> <i>Paga \$0 de copago por una ecografía de diagnóstico en el consultorio de un médico</i> <i>Paga \$0 de copago por una ecografía de diagnóstico en un Centro de Evaluación de Diagnóstico Independiente (IDTF)</i> <i>Paga \$75 de copago por una ecografía de diagnóstico en una instalación hospitalaria para pacientes ambulatorios</i>	<u>Dentro de la red</u> Paga \$75 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes en el consultorio de un médico Paga \$100 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes en un Centro de Evaluación de Diagnóstico Independiente (IDTF) Paga \$250 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes que se brindan en un hospital para pacientes ambulatorios Paga \$0 de copago por una ecografía de diagnóstico en el consultorio del médico, en un Centro de Evaluación de Diagnóstico Independiente (IDTF) o en un hospital para pacientes ambulatorios <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	
Pruebas de alergia (consultorio)	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Ambulancia	<u>Dentro de la red</u> <i>Paga \$250 de copago por cada viaje de ida en ambulancia terrestre o aérea</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Paga \$250 de copago por cada viaje de ida en ambulancia terrestre o aérea</i>	<u>Dentro de la red</u> Paga \$0 de copago por traslado de centro a centro en ambulancia terrestre Paga \$275 de copago por cada viaje de ida en ambulancia terrestre Paga el 20% del costo total del viaje de ida en ambulancia aérea <u>Fuera de la red</u> Paga \$275 de copago por cada viaje de ida en ambulancia terrestre Paga el 20% del costo total del viaje de ida en ambulancia aérea
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)	<u>Dentro de la red</u> <i>Paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC)</i>	<u>Dentro de la red</u> Paga \$300 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC)

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<i>Paga \$300 de copago por todos los demás servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	Paga \$300 de copago por todos los demás servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Enema de bario	<u>Dentro de la red</u> <i>Paga \$0 de copago por un enema de bario</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	El enema de bario <u>no</u> está cubierto
Servicios de sangre (no se aplica el deducible de 3 pintas)	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Rehabilitación cardíaca	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Apoyo del cuidador	<u>Dentro de la red</u> <i>\$0 de copago</i> <i>La cobertura proporciona apoyo digital para que los cuidadores compartan actualizaciones, administren tareas y encuentren recursos de atención para personas mayores usando nuestro proveedor participante. Los beneficios incluyen lo siguiente:</i> <i>• Una herramienta basada en la web que incluye contenido educativo.</i> <i>• Acceso para que los cuidadores y familiares publiquen:</i> <i>• actualizaciones y videos,</i> <i>• herramientas para administrar documentos,</i> <i>• Herramientas de búsqueda (es decir, búsqueda de viviendas para adultos mayores y de atención en el hogar).</i> <i>Vea la “Evidencia de cobertura” para conocer los detalles de los beneficios.</i> <u>Fuera de la red</u> <i>La cobertura se limita a los servicios de proveedores aprobados por el plan</i>	El apoyo del cuidador <u>no</u> está cubierto

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios quiroprácticos	<u>Dentro de la red</u> <i>Paga \$20 de copago por servicios quiroprácticos</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Paga \$15 de copago por servicios quiroprácticos <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios dentales* (beneficios adicionales)	<u>Fuera de la red</u> <i>El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 58% de las tarifas no participantes.</i>	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 50% de las tarifas no participantes
Capacitación para el automanejo de la diabetes	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total
Programa de prevención de la diabetes	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total
Examen de retina para diabéticos	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total
Suministros para la diabetes y zapatos y plantillas terapéuticas para diabéticos	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Examen de tacto rectal	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	<u>Dentro de la red</u> <i>Paga 0% de coseguro por equipo médico duradero</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> <i>Paga 20% de coseguro por equipo médico duradero</i> <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
ECG después de la visita de bienvenida	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total
Servicios de emergencia	<u>Dentro y Fuera de la Red</u> <i>Usted paga \$125 de copago por visita</i>	<u>Dentro y Fuera de la Red</u> Usted paga \$130 de copago por visita
Marcos y lentes de anteojos (materiales para la visión)	<u>Fuera de la red</u> <i>El miembro debe pagar el 100% de los cargos y enviar los recibos detallados para el reembolso del 58% de la cantidad permitida dentro de la red.</i> <i>El miembro es responsable de todas las cantidades que excedan el 58% del monto permitido dentro de la red o de cualquier monto que exceda el subsidio máximo anual de beneficios del plan.</i> <i>El reembolso total está sujeto al subsidio máximo anual de beneficios del plan</i>	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe pagar el 100% de los cargos y enviar los recibos detallados para el reembolso del 50% de la cantidad permitida dentro de la red. El miembro es responsable de todas las cantidades que excedan el 50% del monto permitido dentro de la red o de cualquier monto que exceda el subsidio máximo anual de beneficios del plan. El reembolso total está sujeto al subsidio máximo anual de beneficios del plan
Exámenes de detección del glaucoma	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Audífonos	<u>Fuera de la red</u> <i>El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 58%</i>	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 50%
Exámenes auditivos (de rutina), incluido el ajuste de audífonos	<u>Fuera de la red</u> <i>El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 58% del máximo permitido.</i>	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 50% del máximo permitido
Servicios de salud en el hogar	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Hospital para pacientes hospitalizados, críticos	<u>Dentro de la red</u> <i>Paga \$350 de copago por día para los días 1 a 4</i> <i>\$0 de copago por día para los días 5 a 90</i> <i>El copago por estadía cubierta por Medicare incluye el día de admisión y el día del alta.</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Paga \$385 de copago por día para los días 1 a 7 \$0 de copago por día para los días 8 a 90 El copago por estadía cubierta por Medicare incluye el día de admisión y el día del alta. <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Hospital para pacientes hospitalizados - psiquiátrico	<u>Dentro de la red</u> <i>Paga \$318 de copago por día para los días 1 a 5 y \$0 de copago por día para los días 6 a 90.</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Paga \$350 de copago por día para los días 1 a 6 y \$0 de copago por día para los días 7 a 90. <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Rehabilitación cardíaca intensiva	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$55 de copago para la rehabilitación cardíaca intensiva</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Paga \$50 de copago para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios de programas intensivos para pacientes ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> <i>Paga \$20 de copago por servicios de programas intensivos para pacientes ambulatorios</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Paga \$50 de copago por servicios de programas intensivos para pacientes ambulatorios <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios de educación para enfermedades de los riñones	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total
Laboratorio	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Terapia de linfedema	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Insumos médicos	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios dentales cubiertos por Medicare (que no sean de rutina)	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$45 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare (que no sean de rutina)</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$55 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare (que no sean de rutina) <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Exámenes de la vista cubiertos por Medicare (que no sean de rutina)	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$45 de copago por servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$55 de copago por servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Artículos para la visión cubiertos por Medicare (que no son de rutina)	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Exámenes de la audición cubiertos por Medicare (que no sean de rutina)	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$45 de copago por un examen de la audición cubierto por Medicare (que no sea de rutina)</i>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$55 de copago por un examen de la audición cubierto por Medicare (que no sea de rutina)
	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (medicamentos de quimioterapia)	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (incluidos los medicamentos de insulina a través de equipo médico duradero)	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Avastin [®] (bevacizumab)	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (Inyección antialérgica)	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (todos los demás medicamentos de la Parte B)	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Rehabilitación de terapia ocupacional	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Programa de tratamiento con opioides	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$20 de copago por cada tratamiento con opioides</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$40 de copago por cada tratamiento con opioides <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Otro profesional de atención médica	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Establecimiento de cuidados ambulatorios (por visita) (Cirugía y otros procedimientos)	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$300 de copago por visita</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Paga \$350 de copago por visita <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Observación en un hospital de cuidados ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$125 de copago por observación en un hospital para pacientes ambulatorios</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Paga \$130 de copago por observación en un hospital para pacientes ambulatorios <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios de atención ambulatoria	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un hospital para pacientes ambulatorios</i> <i>Usted paga \$300 de copago por todos los demás servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$350 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un hospital para pacientes ambulatorios Usted paga \$350 de copago por todos los demás servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Terapia de salud mental para pacientes ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$20 de copago por cada terapia de salud mental para pacientes ambulatorios (sesión grupal o individual)</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$30 de copago por cada sesión grupal de terapia de salud mental para pacientes ambulatorios Usted paga \$40 de copago por cada sesión individual de terapia de salud mental para pacientes ambulatorios <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		deducible fuera de la red de \$950
Servicios de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$20 de copago por cada servicio de trastornos por consumo de sustancias (sesión grupal o individual)</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$30 de copago por cada sesión grupal de servicio de trastornos por consumo de sustancias Usted paga \$40 de copago por cada sesión individual de servicio de trastornos por consumo de sustancias <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Hospitalización parcial (sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios)	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$20 de copago por hospitalización parcial (sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios)</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$50 de copago por hospitalización parcial (sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios) <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Rehabilitación de fisioterapia	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Médico especialista	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$45 de copago por visita a un médico especialista</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$55 de copago por visita a un médico especialista <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Podología	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios médicos preventivos (cubiertos por Medicare)	<u>Dentro de la red</u> <i>Paga \$0 de copago por servicios preventivos cubiertos por Medicare</i> • <i>Prueba de detección de cáncer colorrectal</i>	<u>Dentro de la red</u> Paga \$0 de copago por servicios preventivos cubiertos por Medicare • Exámenes de detección de cáncer colorrectal

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	- o Pruebas de biomarcadores en sangre - o Colonoscopias - o Colonografía por tomografía computarizada (CT) - o Pruebas de sangre oculta en heces - o Sigmoidoscopias flexibles - o Pruebas de ADN en heces de múltiples cadenas • Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (VHB) • Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total
Médico de atención primaria	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Prótesis, ortopedia y suministros relacionados	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios psiquiátricos	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$20 de copago por cada servicio psiquiátrico (sesión grupal o individual)</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$30 de copago por cada sesión grupal de servicios psiquiátricos Usted paga \$40 de copago por cada sesión individual de servicios psiquiátricos <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios de rehabilitación pulmonar	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$0 de copago para los días 1 a 20</i> <i>Un \$214 de copago para los días 21 a 100</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago para los días 1 a 20 Un \$218 de copago para los días 21 a 100 <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Rehabilitación de terapia del habla	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Terapia de ejercicio supervisado (SET)	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios de Telesalud	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga lo siguiente por cada beneficio que se indica a continuación:</i> • Servicios que se necesitan con urgencia: \$30 de copago • Proveedor de su elección: \$0 de copago • Terapia ocupacional: \$40 de copago • Fisioterapia: \$40 de copago • Terapia del habla: \$40 de copago • Servicios de dermatología: \$45 de copago • Servicios especializados de salud mental: \$20 de copago • Servicios especializados de psiquiatría: \$20 de copago • Tratamiento con opioides: \$20 de copago • Servicios para trastornos por consumo de sustancias: \$20 de copago • Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 de copago • Servicios de nutricionistas: \$0 de copago	<u>Dentro de la red</u> Usted paga lo siguiente por cada beneficio que se indica a continuación: • Servicios que se necesitan con urgencia: \$50 de copago • Proveedor de su elección: \$0 de copago • Terapia ocupacional: \$40 de copago • Fisioterapia: \$40 de copago • Terapia del habla: \$40 de copago • Servicios de dermatología: \$55 de copago • Servicios especializados de salud mental: \$40 de copago • Servicios especializados de psiquiatría: \$40 de copago • Tratamiento con opioides: \$40 de copago • Servicios para trastornos por consumo de sustancias: \$40 de copago • Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 de copago

2025 (este año)	2026 (próximo año)
<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga lo siguiente por cada beneficio que se indica a continuación:</i> • <i>Servicios que se necesitan con urgencia: \$30 de copago</i> • <i>Proveedor de su elección: 42% del costo total</i> • <i>Terapia ocupacional: 42% del costo total</i> • <i>Fisioterapia: 42% del costo total</i> • <i>Terapia del habla: 42% del costo total</i> • <i>Servicios de dermatología: 42% del costo total</i> • <i>Servicios especializados de salud mental: 42% del costo total</i> • <i>Servicios especializados de psiquiatría: 42% del costo total</i> • <i>Tratamiento con opioides: 42% del costo total</i> • <i>Servicios para trastornos por consumo de sustancias: 42% del costo total</i> • <i>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: 42% del costo total</i> • <i>Servicios de nutricionistas: 42% del costo total</i>	• Servicios de nutricionistas: \$0 de copago <u>Fuera de la red</u> Usted paga lo siguiente por cada beneficio que se indica a continuación: • Servicios que se necesitan con urgencia: \$50 de copago • Proveedor de su elección: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950 • Terapia ocupacional: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950 • Fisioterapia: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950 • Terapia del habla: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950 • Servicios de dermatología: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950

2025 (este año)	2026 (próximo año)
	• Servicios especializados de salud mental: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950 • Servicios especializados de psiquiatría: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950 • Tratamiento con opioides: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950 • Servicios para trastornos por consumo de sustancias: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950 • Capacitación para el autocontrol de la diabetes: 50% del costo total • Servicios de nutricionistas: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de radiología terapéutica	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios de urgencia necesarios	<u>Dentro y Fuera de la Red</u> <i>Usted paga \$30 de copago por cada visita de atención de urgencia a un centro de atención de urgencia o un centro de consultas sin cita previa.</i>	<u>Dentro y Fuera de la Red</u> Usted paga \$50 de copago por cada visita de atención de urgencia a un centro de atención de urgencia o un centro de consultas sin cita previa
Exámenes de la vista (de rutina)	<u>Fuera de la red</u> <i>El miembro debe pagar el 100% de los cargos y enviar los recibos detallados para el reembolso del 58% de la cantidad permitida dentro de la red.</i>	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe pagar el 100% de los cargos y enviar los recibos detallados para el reembolso del 50% de la cantidad permitida dentro de la red.
Servicios de atención médica inmediata/de emergencia en todo el mundo	<u>Dentro y Fuera de la Red</u> <i>Usted paga \$125 de copago por servicios de atención médica de emergencia y de urgencia en todo el mundo</i>	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$130 de copago por servicios de atención médica de emergencia y de urgencia en todo el mundo
Radiografías	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan

Si desea mantener BlueMedicare Patriot (PPO), no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan distinto ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente quedará inscrito en nuestro plan BlueMedicare Patriot (PPO).

Si desea cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente, inscríbase en el plan nuevo.** Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare Patriot (PPO).
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare.** Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare Patriot (PPO).
- **Para cambiarse a Original Medicare 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 1-877-955-8773) 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 de la Parte D (consulte la Sección 3).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, visite www.Medicare.gov, consulte el manual Medicare y Usted 2026, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (consulte la Sección 4) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).** Le recordamos que Florida Blue Medicare ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos de Medicare. Estos otros planes pueden tener coberturas, primas mensuales y montos de costos compartidos diferentes.

Sección 2.1: Plazo para el cambio de plan

Las personas con 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 2026 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 Original Medicare (con o sin cobertura por separado para medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 2.2: ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen personas que:

- Tengo Medicaid
- Reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos.
- Tiene o dejará 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 Original Medicare (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 Original Medicare durante 2 meses completos después de que se haya mudado.*

SECCIÓN 3 Reciba ayuda para pagar los medicamentos recetados

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 recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso el monto mensual del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:*

- *1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante 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; o*
- *O a la oficina de Medicaid de su estado.*

SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?

Obtenga ayuda de BlueMedicare Patriot (PPO)

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773).**

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.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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su Evidencia de cobertura 2026**

Esta Notificación anual de cambios le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más información, consulte la Evidencia de cobertura 2026 para BlueMedicare Patriot (PPO). 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 sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare/forms o llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo postal.

- **Visite www.floridablue.com/medicare**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, SHIP se denomina SHINE (Atención de Necesidades de Seguro Médico de Ancianos).

Llame al SHINE para obtener asesoramiento personalizado y gratuito sobre seguros médicos. Podrán ayudarlo 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 (solo los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773). Puede conocer más de SHINE visitando (www.FLORIDASHINE.org).

Cómo obtener ayuda de Medicare:

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).**

También puede llamar 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.

- **Chatee en vivo con www.Medicare.gov**

Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite 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 2026**

El manual Medicare y Usted 2026 se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Consiga una copia en 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
- 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):

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.

87768 0625R

Form Approved
OMB# 0938-1421

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 ed 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، وتنسيقات بديلة متاحة. يرجى الاتصال على: 1-800-352-2583 FEP: 1-800-333-2227 برنامج Medicare: 1-800-926-6565 (TTY: 711) لذوي الإعاقة السمعية

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 ફોર્માટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે.

1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, Medicare 1-800-926-6565, (TTY 711) પર કૌંસ 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 تماس بگیرید (TTY: 711) با 1-800-926-6565 Medicare با 1-800-333-2227 و برای FEP

T'áa free yíníłta'go saad bee áká anilyeedígíí, ałk'ida'ánígíí, dóó t'áa ajíłi 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).