

Resumen de beneficios de 2026

Planes Medicare Advantage con Cobertura para Medicamentos con Receta de la Parte D

BlueMedicare Premier (HMO) H1035-026

BlueMedicare Premier (HMO) H1035-048

1/1/2026 – 12/31/2026

Nuestra área de servicio incluye:

Condados de Brevard, Orange y St. Lucie

Este es un resumen de lo que cubre nuestro plan y lo que usted paga. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones, puede consultar la “**Evidencia de Cobertura**”. Para obtener una lista completa de los medicamentos que cubrimos, puede ver la Lista de medicamentos cubiertos (“**Formulario**”). También puede consultar la “Evidencia de Cobertura” y el “Formulario” de estos planes en nuestro sitio web, www.floridablue.com/medicare/forms, o puede llamarnos para obtener ayuda.

Si desea saber más acerca de la cobertura y los 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 inscribirse, usted debe hacer lo siguiente:

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

Nuestra área de cobertura para H1035-026 incluye los siguientes condados de Florida: [Orange](#)

Nuestra área de cobertura para H1035-048 incluye los siguientes condados de Florida: [Brevard](#) y [St. Lucie](#)

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Tenemos una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, podría pagar más por estos servicios.

- Puede ver el directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web (<https://providersearch.floridablue.com/>). O llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y 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

En este documento, verá los símbolos a continuación.

- * Los servicios con este símbolo pueden requerir aprobación por adelantado (una derivación) de su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) para que el plan los cubra.
- ◇ Los servicios con este símbolo pueden requerir autorización previa del plan antes de recibirlos.

Si usted no obtiene una derivación o autorización previa cuando se requiere, es posible que deba pagar el costo total de los servicios. Consulte la “Evidencia de cobertura” para obtener más información sobre los servicios que requieren una derivación o autorización previa del plan.

Prima mensual, deducible y límites

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048
Prima mensual del plan	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 <p>Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 <p>Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.</p>
Deducible anual	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por año para servicios médicos • \$615 por año para medicamentos recetados de la Parte D, se aplica al nivel 3 (medicamentos preferidos), al nivel 4 (medicamentos no preferidos) y al nivel 5 (nivel especializado) • No hay deducible para insulinas. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por año para servicios médicos • \$615 por año para medicamentos recetados de la Parte D, se aplica al nivel 3 (medicamentos preferidos), al nivel 4 (medicamentos no preferidos) y al nivel 5 (nivel especializado) • No hay deducible para insulinas.
Responsabilidad de desembolso directo máximo (MOOP)	<ul style="list-style-type: none"> • \$4,500 • Esto es lo máximo que paga por los servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$4,200 • Esto es lo máximo que paga por los servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año.

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048
(no incluye medicamentos recetados)	<ul style="list-style-type: none"> Una vez que alcance el desembolso directo máximo (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP), nuestro plan paga el 100% de los servicios médicos cubiertos. Los costos de las primas y los medicamentos recetados no cuentan para su MOOP. 	<ul style="list-style-type: none"> Una vez que alcance el desembolso directo máximo (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP), nuestro plan paga el 100% de los servicios médicos cubiertos. Los costos de las primas y los medicamentos recetados no cuentan para su MOOP.

Beneficios médicos y hospitalarios

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados ◊ (Cubre una cantidad ilimitado de días de estadía para pacientes hospitalizados)	<ul style="list-style-type: none"> \$185 de copago por día para los días 1 al 7 \$0 de copago por día para los días 8 al 90 	<ul style="list-style-type: none"> \$325 de copago por día para los días 1 al 7 \$0 de copago por día para los días 8 al 90
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> Servicios cubiertos por Medicare◊: \$175 de copago por visita Servicios de observación: \$110 de copago por visita 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios cubiertos por Medicare◊: \$225 de copago por visita Servicios de observación: \$150 de copago por visita
Servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	<ul style="list-style-type: none"> Servicios quirúrgicos◊: \$125 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios quirúrgicos◊: \$175 de copago
Visitas al médico	<ul style="list-style-type: none"> Proveedor de atención primaria: \$0 de copago Especialista*: \$55 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> Proveedor de atención primaria: \$0 de copago Especialista*: \$45 de copago
Atención preventiva	\$0 de copago	\$0 de copago

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048
(Servicios cubiertos por Medicare)	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal • Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol • Densitometría ósea • Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal • Pruebas de detección de cáncer colorrectal <ul style="list-style-type: none"> 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 • Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco • Pruebas de detección de la depresión • Pruebas de detección de la diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Pruebas de detección del glaucoma • Vacunas contra la hepatitis B • Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (VHB) • Pruebas de detección de la hepatitis C 	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal • Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol • Densitometría ósea • Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal • Pruebas de detección de cáncer colorrectal <ul style="list-style-type: none"> 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 • Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco • Pruebas de detección de la depresión • Pruebas de detección de la diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Pruebas de detección del glaucoma • Vacunas contra la hepatitis B • Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (VHB) • Pruebas de detección de la hepatitis C

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048
	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de VIH • Pruebas de detección de cáncer de pulmón • Mamografías (examen de detección) • Servicios de terapia nutricional médica • Programa de prevención de la diabetes de Medicare • Terapia conductual para la obesidad • Visita preventiva de bienvenida a Medicare por única vez • Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH • Pruebas de detección de cáncer de próstata • Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento • Vacunas: <ul style="list-style-type: none"> o Vacunas contra la COVID-19 o Vacunas contra la gripe o Vacunas contra la hepatitis B o Vacunas antineumocócicas • Consulta anual de bienestar 	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de VIH • Pruebas de detección de cáncer de pulmón • Mamografías (examen de detección) • Servicios de terapia nutricional médica • Programa de prevención de la diabetes de Medicare • Terapia conductual para la obesidad • Visita preventiva de bienvenida a Medicare por única vez • Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH • Pruebas de detección de cáncer de próstata • Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento • Vacunas: <ul style="list-style-type: none"> o Vacunas contra la COVID-19 o Vacunas contra la gripe o Vacunas contra la hepatitis B o Vacunas antineumocócicas • Consulta anual de bienestar
Atención de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • \$110 de copago • No se aplica el copago si ingresa en el hospital dentro de las 48 horas posteriores a una visita a la sala de emergencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago • No se aplica el copago si ingresa en el hospital dentro de las 48 horas posteriores a una visita a la sala de emergencia.
Atención de emergencia a nivel mundial (no incluye transporte de emergencia)	<ul style="list-style-type: none"> • \$110 de copago • Los servicios de urgencia necesarios y de emergencia a nivel mundial tienen restricciones respecto de la cobertura de \$25,000. No se aplica el copago si ingresa en el hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago • Los servicios de urgencia necesarios y de emergencia a nivel mundial tienen restricciones respecto de la cobertura de \$25,000. No se aplica el copago si ingresa en el hospital.

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048
	<ul style="list-style-type: none"> No se cubre la atención fuera de la sala de emergencias ni la admisión en un hospital de emergencia. 	<ul style="list-style-type: none"> No se cubre la atención fuera de la sala de emergencias ni la admisión en un hospital de emergencia.
Servicios de urgencia necesarios	<ul style="list-style-type: none"> Centro de atención de urgencias: \$50 de copago Centro de consulta médica: \$50 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> Centro de atención de urgencias: \$65 de copago Centro de consultas sin cita previa: \$65 de copago
Atención de urgencia en todo el mundo (no incluye transporte de emergencia)	<ul style="list-style-type: none"> \$110 de copago para los servicios de urgencia necesarios y de emergencia a nivel mundial, que tienen restricciones respecto de la cobertura de \$25,000. No se exime el copago si es ingresado en el hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> \$150 de copago para los servicios de urgencia necesarios y de emergencia a nivel mundial, que tienen restricciones respecto de la cobertura de \$25,000. No se exime el copago si es ingresado en el hospital.
Servicios de diagnóstico/ Laboratorio/ Imágenes *◇		
Pruebas y procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> Centro Independiente de Exámenes de Diagnóstico (IDTF): \$50 de copago Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: \$50 de copago Pruebas para la alergia: \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> Centro Independiente de Exámenes de Diagnóstico (IDTF): \$50 de copago Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: \$50 de copago Pruebas para la alergia: \$0 de copago
Servicios de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> Laboratorio clínico independiente: \$0 de copago Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: \$35 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> Laboratorio clínico independiente: \$0 de copago Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: \$35 de copago
Radiografías	<ul style="list-style-type: none"> Consultorio del médico: \$0 de copago IDTF: \$0 de copago Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> Consultorio del médico: \$0 de copago IDTF: \$0 de copago Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: \$100 de copago

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048
<p>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</p> <p>(MRI, MRA, PET, TC, pruebas de medicina nuclear)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los estudios avanzados de diagnóstico por imagen incluyen lo siguiente: imágenes de resonancia magnética (MRI), angiografía de resonancia magnética (MRA), tomografía por emisión de positrones (PET), tomografía computarizada (CT) o exámenes de medicina nuclear. • \$0 de copago para ecografías de radiología de diagnóstico. • \$75 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes que se realizan en el consultorio de un médico. • \$100 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes que se realizan en un Centro Independiente de Exámenes de Diagnóstico (IDTF). • \$250 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes que se realizan en un centro para pacientes ambulatorios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los estudios avanzados de diagnóstico por imagen incluyen lo siguiente: imágenes de resonancia magnética (MRI), angiografía de resonancia magnética (MRA), tomografía por emisión de positrones (PET), tomografía computarizada (CT) o exámenes de medicina nuclear. • \$0 de copago para ecografías de radiología de diagnóstico. • \$75 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes que se realizan en el consultorio de un médico. • \$100 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes que se realizan en un Centro Independiente de Exámenes de Diagnóstico (IDTF). • \$250 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes que se realizan en un centro para pacientes ambulatorios.
<p>Radioterapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo total
<p>Servicios de la audición</p> <p>Cubierto por Medicare*</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio del médico: \$0 de copago (exámenes de audición y relacionados con el equilibrio básicos) • Especialista: \$55 de copago • Examen de audición de rutina: \$0 de copago • Evaluación y ajuste: \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$45 de copago • Examen de audición de rutina: \$0 de copago • Evaluación y ajuste: \$0 de copago

**BlueMedicare Premier (HMO)
Orange
H1035-026**

**BlueMedicare Premier (HMO)
Brevard y St. Lucie
H1035-048**

Servicios de la audición adicionales

- Consulte la tabla a continuación para ver el copago de cada audífono por un máximo de 2 audífonos cada año.

- Consulte la tabla a continuación para ver el copago de cada audífono por un máximo de 2 audífonos cada año.

Nivel de tecnología	Copago por audífono
Inicial	\$350.00 por dispositivo
Básicos	\$525.00 por dispositivo
Principal	\$825.00 por dispositivo
Preferido	\$1,125 por dispositivo
Avanzado	\$1,425.00 por dispositivo
Prima	\$1,825.00 por dispositivo

Nivel de tecnología	Copago por audífono
Inicial	\$350.00 por dispositivo
Básicos	\$525.00 por dispositivo
Principal	\$825.00 por dispositivo
Preferido	\$1,125 por dispositivo
Avanzado	\$1,425.00 por dispositivo
Prime	\$1,825.00 por dispositivo

Sujeto al máximo de beneficios. El miembro es responsable de cualquier monto después de que se haya aplicado el máximo de beneficios.

NOTA: Para recibir beneficios dentro de la red, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante.

Sujeto al máximo de beneficios. El miembro es responsable de cualquier monto después de que se haya aplicado el máximo de beneficios.

NOTA: Para recibir beneficios dentro de la red, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante.

**Servicios dentales⁰
Cubiertos por Medicare**

- Atención que no sea de rutina: \$55 de copago

- Atención que no sea de rutina: \$45 de copago

**BlueMedicare Premier (HMO)
Orange
H1035-026**

**BlueMedicare Premier (HMO)
Brevard y St. Lucie
H1035-048**

**Servicios dentales
adicionales**

- Atención preventiva: \$0 de copago por servicio. Los servicios dentales preventivos incluyen exámenes de rutina, limpiezas, tratamientos con flúor, fluoruro de diamina de plata (medicamento que se aplica en los dientes para ayudar a detener el crecimiento de las caries) y radiografías por año calendario.
 - Atención integral: \$0 de copago por servicio. Los servicios dentales integrales incluyen empastes, corona (solo se proporcionan después del tratamiento de conducto en el mismo diente), tratamientos de conducto, limpiezas profundas, desbridamiento bucal completo, mantenimiento periodontal, dentaduras postizas completas y parciales, ajustes de las dentaduras postizas, reparación, recubrimiento y extracciones por año calendario.
 - *Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener detalles completos, incluidos límites de frecuencia e información de la red de proveedores.*
- Atención preventiva: \$0 de copago por servicio. Los servicios dentales preventivos incluyen exámenes de rutina, limpiezas, tratamientos con flúor, fluoruro de diamina de plata (medicamento que se aplica en los dientes para ayudar a detener el crecimiento de las caries) y radiografías por año calendario.
 - Atención integral: \$0 de copago por servicio. Los servicios dentales integrales incluyen empastes, corona (solo se proporcionan después del tratamiento de conducto en el mismo diente), tratamientos de conducto, limpiezas profundas, desbridamiento bucal completo, mantenimiento periodontal, dentaduras postizas completas y parciales, ajustes de las dentaduras postizas, reparación, recubrimiento y extracciones por año calendario.
 - *Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener detalles completos, incluidos límites de frecuencia e información de la red de proveedores.*

Servicios de la vista

**Cubiertos por
Medicare**

- Servicios médicos*: \$55 de copago
 - Pruebas de detección del glaucoma: \$0 de copago
 - Examen de la retina para personas con diabetes: \$0 de copago
- Servicios médicos*: \$45 de copago
 - Pruebas de detección del glaucoma: \$0 de copago
 - Examen de la retina para personas con diabetes: \$0 de copago

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048
	<ul style="list-style-type: none"> • Anteojos o lentes de contacto: \$0 de copago por un par después de cirugía de cataratas 	<ul style="list-style-type: none"> • Anteojos o lentes de contacto: \$0 de copago por un par después de cirugía de cataratas
Servicios de la vista adicionales (sujetos al subsidio máximo de beneficios anual)	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista de rutina: \$0 de copago • Lentes, marcos o lentes de contacto: \$0 de copago • El miembro es responsable de cualquier monto que exceda el subsidio máximo anual de beneficios del plan de \$225. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista de rutina: \$0 de copago • Lentes, marcos o lentes de contacto: \$0 de copago • El miembro es responsable de cualquier monto que exceda el subsidio máximo anual de beneficios del plan de \$225.
Servicios de salud mental		
Hospitales psiquiátricos para pacientes hospitalizados	<ul style="list-style-type: none"> • \$300 de copago por día para los días 1 al 7 • \$0 de copago por día para los días 8 al 90 <p>Un máximo de 90 días por estadía con un máximo de por vida de 190 días</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$350 de copago por día para los días 1 al 7 • \$0 de copago por día para los días 8 al 90 <p>Un máximo de 90 días por estadía con un máximo de por vida de 190 días</p>
Terapia de salud mental para pacientes ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones individuales: \$30 de copago • Sesiones grupales: \$30 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones individuales: \$40 de copago • Sesiones grupales: \$30 de copago
Centros de cuidados médicos especializados (SNF) (Cubre un máximo de 100 días por período de beneficios)	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día para los días 1 al 20 • \$218 de copago por día para los días 21 al 100 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día para los días 1 al 20 • \$218 de copago por día para los días 21 al 100

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048
Fisioterapia*◇	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio del médico: \$45 de copago • Consultorio del especialista: \$45 de copago • Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: \$45 de copago • Hospital para pacientes ambulatorios: \$45 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio del médico: \$55 de copago • Consultorio del especialista: \$55 de copago • Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: \$55 de copago • Hospital para pacientes ambulatorios: \$55 de copago
Terapia del habla*◇	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio del médico: \$45 de copago • Consultorio del especialista: \$45 de copago • Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: \$45 de copago • Hospital para pacientes ambulatorios: \$45 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio del médico: \$55 de copago • Consultorio del especialista: \$55 de copago • Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: \$55 de copago • Hospital para pacientes ambulatorios: \$55 de copago
Terapia ocupacional*◇	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio del médico: \$45 de copago • Consultorio del especialista: \$45 de copago • Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: \$45 de copago • Hospital para pacientes ambulatorios: \$45 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio del médico: \$50 de copago • Consultorio del especialista: \$50 de copago • Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: \$50 de copago • Hospital para pacientes ambulatorios: \$50 de copago
Terapia de linfedema*◇	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por terapia de linfedema 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por terapia de linfedema
Ambulancia◇ (viaje de ida)	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia terrestre: \$275 de copago • Traslado de centro a centro: \$0 de copago por traslado en ambulancia terrestre • Ambulancia aérea: 20% del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia terrestre: \$345 de copago • Traslado de centro a centro: \$0 de copago por traslado en ambulancia terrestre • Ambulancia aérea: 20% del costo total
Transporte	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sin</u> cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sin</u> cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare◇	<ul style="list-style-type: none"> • Inyecciones para la alergia: \$0 de copago • Medicamentos de quimioterapia: hasta el 20% del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> • Inyecciones para la alergia: \$0 de copago • Medicamentos de quimioterapia: hasta el 20% del costo total

BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048
<ul style="list-style-type: none"> • Otros medicamentos de la Parte B: hasta el 20% del costo total • Insulina de la Parte B: copago de hasta \$35 	<ul style="list-style-type: none"> • Otros medicamentos de la Parte B: hasta el 20% del costo total • Insulina de la Parte B: copago de hasta \$35

Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048
Etapa del 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 por los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos preferidos), 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 preferidos), 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 demás 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 en sus medicamentos del Nivel 3 (medicamentos preferidos), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados), usted deja la etapa del deducible y pasa 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 preferidos), 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 preferidos), 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 demás 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 en sus medicamentos del Nivel 3 (medicamentos preferidos), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados), usted deja la etapa del deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026		BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048	
Durante la etapa de cobertura inicial:	<ul style="list-style-type: none"> Usted comienza en esta etapa después de alcanzar su deducible (si corresponde). Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. En esta etapa, pagará los copagos o el coseguro de su plan. El plan paga el resto. Una vez que haya pagado un total combinado de \$2,100, que incluye el monto que pagó para su deducible, 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. 		<ul style="list-style-type: none"> Usted comienza en esta etapa después de alcanzar su deducible (si corresponde). Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. En esta etapa, pagará los copagos o el coseguro de su plan. El plan paga el resto. Una vez que haya pagado un total combinado de \$2,100, que incluye el monto que pagó para su deducible, 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 (HMO) Orange H1035-026		BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048	
	Minorista estándar/LTC/ Pedido por correo (suministro de 31 días)	Minorista estándar/Pedido por correo (suministro de 90 a 100 días)	Minorista estándar/LTC/ Pedido por correo (suministro de 31 días)	Minorista estándar/Pedido por correo (suministro de 90 a 100 días)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 21%	Coseguro del 21%	Coseguro del 21%	Coseguro del 21%

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026		BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048	
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%
Nivel 5: Medicamentos especializados	Coseguro del 25%	No corresponde	Coseguro del 25%	No corresponde
Nivel 6: Medicamentos de atención selecta	\$0 de copago	\$0 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.

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026		BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048	
Etapas de cobertura en situaciones catastróficas:	<ul style="list-style-type: none"> • 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 en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario. 		<ul style="list-style-type: none"> • 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 en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario. 	
Información adicional sobre la cobertura de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • 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 		<ul style="list-style-type: none"> • 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 	

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048
	<p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de cuidado a largo plazo, 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. 	<p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de cuidado a largo plazo, 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.
<p>Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 de bolsillo 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 un agente o visite nuestro sitio web en https://www.floridablue.com/medicare/member/prescription-drug-payments. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 de bolsillo 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 un agente o visite nuestro sitio web en https://www.floridablue.com/medicare/member/prescription-drug-payments.

Beneficios médicos adicionales

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048
Podología	\$10 de copago	\$25 de copago
Cubierto por Medicare		
Quiropráctico	\$15 de copago	\$15 de copago
(manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones)		
Telesalud*	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de urgencia necesarios: \$50 de copago • Proveedor de atención primaria: \$0 de copago • Terapia ocupacional: \$45 de copago • Fisioterapia: \$45 de copago • Terapia del habla: \$45 de copago • Servicios de dermatología: \$55 de copago • Servicios de especialidad de salud mental: \$30 de copago • Servicios de especialidad de psiquiatría: \$30 de copago • Tratamiento con opioides: \$20 de copago • Servicios para el trastorno por consumo de sustancias: \$30 de copago • Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 de copago • Servicios de nutricionistas: \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de urgencia necesarios: \$65 de copago • Proveedor de atención primaria: \$0 de copago • Terapia ocupacional: \$50 de copago • Fisioterapia: \$55 de copago • Terapia del habla: \$55 de copago • Servicios de dermatología: \$45 de copago • Servicios de especialidad de salud mental: \$40 de copago • Servicios de especialidad de psiquiatría: \$40 de copago • Tratamiento con opioides: \$40 de copago • Servicios para el trastorno por consumo de sustancias: \$40 de copago • Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 de copago • Servicios de nutricionistas: \$0 de copago
Es posible que se necesite una derivación para determinados servicios.		
Es posible que se requiera una autorización previa para determinados servicios.		
Suministros para la diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago
	Disponible en farmacias minoristas o de pedido por correo contratadas por Florida Blue Medicare.	Disponible en farmacias minoristas o de pedido por correo contratadas por Florida Blue Medicare.

**BlueMedicare Premier (HMO)
Orange
H1035-026**

**BlueMedicare Premier (HMO)
Brevard y St. Lucie
H1035-048**

Marcas preferidas:

- Medidores de glucosa y tiras reactivas Abbott (p. ej., Freestyle Lite) y Ascensia (Contour®)
- Lancetas
- Monitores continuos de glucosa (CGM), como Freestyle Libre y Dexcom, y suministros (otras marcas pueden requerir autorización previa)

La insulina, los hisopos con alcohol, las jeringas para insulina y las agujas para la autoadministración en el hogar están cubiertos por el beneficio de farmacia de la Parte D de Medicare, con los copagos y deducibles aplicables.

Tenga en cuenta lo siguiente: Los suministros médicos (p. ej., hisopos con alcohol, gasa o jeringas) no están cubiertos conforme a la Parte D, a menos que se usen para la administración de insulina.

Los medidores de glucosa y las tiras reactivas también se pueden obtener a través de nuestra red de equipo médico duradero participante.

El llenado inicial de un CGM con una bomba de insulina puede obtenerse a través de nuestro proveedor de equipo médico duradero participante.

Marcas preferidas:

- Medidores de glucosa y tiras reactivas Abbott (p. ej., Freestyle Lite) y Ascensia (Contour®)
- Lancetas
- Monitores continuos de glucosa (CGM), como Freestyle Libre y Dexcom, y suministros (otras marcas pueden requerir autorización previa)

La insulina, los hisopos con alcohol, las jeringas para insulina y las agujas para la autoadministración en el hogar están cubiertos por el beneficio de farmacia de la Parte D de Medicare, con los copagos y deducibles aplicables.

Tenga en cuenta lo siguiente: Los suministros médicos (p. ej., hisopos con alcohol, gasa o jeringas) no están cubiertos conforme a la Parte D, a menos que se usen para la administración de insulina.

Los medidores de glucosa y las tiras reactivas también se pueden obtener a través de nuestra red de equipo médico duradero participante.

El llenado inicial de un CGM con una bomba de insulina puede obtenerse a través de nuestro proveedor de equipo médico duradero participante.

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago
Equipo médico duradero y suministros	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas motorizadas/Scooters eléctricos: 20% del costo total • Todos los demás equipos médicos duraderos: 0% del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas motorizadas/Scooters eléctricos: 20% del costo total • Todos los demás equipos médicos duraderos: 0% del costo total

Beneficios adicionales

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®	<ul style="list-style-type: none"> • Obtiene una membresía básica en cualquier centro de acondicionamiento físico participante de SilverSneakers®. Membresía a gimnasios y clases disponibles en establecimientos de acondicionamiento físico en todo el país, incluidas cadenas nacionales y gimnasios locales. • Acceso a equipos de ejercicios y otros servicios, clases para todos los niveles y capacidades, eventos sociales y más. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obtiene una membresía básica en cualquier centro de acondicionamiento físico participante de SilverSneakers®. Membresía a gimnasios y clases disponibles en establecimientos de acondicionamiento físico en todo el país, incluidas cadenas nacionales y gimnasios locales. • Acceso a equipos de ejercicios y otros servicios, clases para todos los niveles y capacidades, eventos sociales y más.
Artículos de venta libre	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sin</u> cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> • Subsidio de beneficios de \$30 cada 3 meses en su tarjeta prepaga Blue Dollars Benefits MasterCard® para usar en la compra de artículos elegibles. • Puede comprar productos elegibles en establecimientos minoristas participantes, o en línea o por teléfono mediante nuestros proveedores participantes. • Cualquier monto de subsidio no utilizado se pierde y no se transfiere al siguiente trimestre.

	BlueMedicare Premier (HMO) Orange H1035-026	BlueMedicare Premier (HMO) Brevard y St. Lucie H1035-048
HealthyBlue Rewards	<ul style="list-style-type: none"> • Su plan BlueMedicare lo recompensa por cuidar su salud. Los dólares de recompensa se cargarán en su tarjeta prepaga Blue Dollars Benefits MasterCard® por completar o informar atención preventiva y exámenes de detección. • Las recompensas están disponibles después de suscribirse al programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Su plan BlueMedicare lo recompensa por cuidar su salud. Los dólares de recompensa se cargarán en su tarjeta prepaga Blue Dollars Benefits MasterCard® por completar o informar atención preventiva y exámenes de detección. • Las recompensas están disponibles después de suscribirse al programa.
Tarjeta prepaga Blue Dollars Benefits de Mastercard®	<ul style="list-style-type: none"> • En función de las cantidades de subsidio y frecuencia de su plan, los fondos se cargarán automáticamente en su tarjeta Blue Dollars. • Use su tarjeta Blue Dollars para acceder fácilmente a recompensas y seleccionar beneficios de subsidio que podrían formar parte de su plan. • Los beneficios, la cobertura y los montos varían según el plan. Pueden aplicarse limitaciones, exclusiones y restricciones. • La tarjeta Blue Dollars se le enviará directamente por correo y se reabastecerá según los beneficios de su plan. • <i>Consulte Healthy Blue Rewards.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • En función de las cantidades de subsidio y frecuencia de su plan, los fondos se cargarán automáticamente en su tarjeta Blue Dollars. • Use su tarjeta Blue Dollars para acceder fácilmente a recompensas y seleccionar beneficios de subsidio que podrían formar parte de su plan. • Los beneficios, la cobertura y los montos varían según el plan. Pueden aplicarse limitaciones, exclusiones y restricciones. • La tarjeta Blue Dollars se le enviará directamente por correo y se reabastecerá según los beneficios de su plan. • <i>Consulte artículos de venta libre y Healthy Blue Rewards.</i>

Descargos de responsabilidad

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.

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.

Florida Blue Medicare, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue Medicare, un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece cobertura HMO.

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D.

The Bancorp Bank, N.A. emite la tarjeta prepaga Benefits Mastercard® de conformidad con una licencia de Mastercard International Incorporated. La tarjeta se puede utilizar para gastos elegibles en cualquier lugar donde se acepte Mastercard. Mastercard y el diseño de círculos son marcas comerciales de Mastercard International Incorporated. Válido solo en los EE. UU. No permite el acceso a efectivo. Los importes elegibles de asignaciones y recompensas no se pueden combinar.

Pueden aplicarse otras limitaciones o restricciones. Los servicios de suscripción como Walmart+, Instacart, Shipt y Amazon no son elegibles.

La participación en HealthyBlue Rewards es voluntaria y se ofrece sin costo adicional para usted.

Pueden aplicarse restricciones y limitaciones del programa de recompensas HealthyBlue Rewards (HealthyBlue). Los miembros elegibles que opten por participar en HealthyBlue Rewards deben realizar la actividad y canjear las recompensas a más tardar el 31 de diciembre del año de beneficios. Las recompensas no canjeadas obtenidas en 2026 no se transferirán a 2027 y vencerán si usted cancela su inscripción en la cobertura. Si necesita ayuda con su cuenta de HealthyBlue Rewards o información completa sobre las reglas del programa, visite floridablue.com/healthyblue o llame al 1-800-926-6565, TTY 1-877-955-8773.

SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2025 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

© 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 vigentes de derechos civiles 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 eficiente, 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 por discapacidad: 1-888-223-4892
- Programa para empleados federales (FEP): 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 ante el siguiente organismo:

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 el Coordinador de Derechos Civiles están 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 a:

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 1-877-615-4022, a Medicare al 1-833-866-6559, (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 1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559, (TTY 711).

Gen èd oksilyè pou ede w nan lòt lang ak sèvis nan lòt fòm ki disponib gratis. Rele nan 1-877-615-4022, oswa rele Medicare nan 1-833-866-6559 (TTY 711).

Estão disponíveis, gratuitamente, serviços de tradução, assistência e formatos alternativos. Ligue para 1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559 (TTY 711).

免費語言服務、輔助援助及替代格式服務均已開放。歡迎致電以下號碼 普通諮詢1-877-615-4022 醫療保險 (Medicare)1-833-866-6559 聽障專線(TTY)711。

Des services linguistiques, d'aide auxiliaire et de supports alternatifs vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-615-4022, le Medicare au 1-833-866-6559 (ATS 711).

May makukuhang mga libreng serbisyo sa wika, karagdagang tulong at mga alternatibong anyo. Tumawag sa 1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559, (TTY 711).

Предоставляются бесплатные языковые услуги, вспомогательные материалы и услуги в альтернативных форматах. Звоните 1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559 (номер для текст-телефонных устройств (TTY) 711).

الخدمات المجانية للغة، والمساعدة الإضافية، وتنسيقات بديلة متاحة. يرجى الاتصال على
1-877-615-4022 Medicare: 1-833-866-6559 (TTY: 711) لذوي الإعاقة السمعية برنامج

Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Telefono: 1-877-615-4022, Medicare: 1-833-866-6559, (TTY 711).

Kostenloser Service für Sprachen, Hilfsmittel und alternative Formate verfügbar. Telefon 1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559 (TTY 711).

무료 언어, 보조 기구 및 대체 형식 서비스를 이용할 수 있습니다. 전화 1-877-615-4022, 메디케어 1-833-866-6559, (TTY 711).

Bezpłatna pomoc językowa, pomoc dodatkowa oraz usługi różnego rodzaju są dostępne. Zadzwoń pod numer 1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559, (TTY 711).

મફત ભાષા, સહાયક મદદ અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે.
1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559, (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 FEP با 1-800-333-2227 و Medicare با 1-800-926-6565 (TTY: 711) تماس بگیرید.

T'áá free yíníłta'go saad bee áká anilyeedígíí, atk'ida'ánígíí, dóó t'áá ajilii 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).