

BlueMedicare Value (PPO) ofrecido por Florida Blue

Aviso Anual de Cambios para 2025

Actualmente usted está inscrito como miembro de BlueMedicare Value. El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para obtener un Resumen de los Costos Importantes, incluida la Prima.**

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare/forms. También puede llamar a Servicios al Miembro a fin de solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

- **Usted podrá realizar cambios en su cobertura de Medicare para el año próximo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican en su caso?

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médicos, hospitales).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, que incluyen las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la Lista de Medicamentos del 2025 para asegurarse de que los medicamentos que usa actualmente siguen estando cubiertos.
- Compare la información del plan de 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costo compartido diferente o si para 2025 estará sujeto a diferentes restricciones, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad.
- Consulte si los médicos de atención primaria, los médicos especialistas, los hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, permanecerán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si califica para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener "Ayuda Adicional" de Medicare.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Infórmese sobre otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes de su área. Use el Buscador de planes Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte de atrás de su manual Medicare y Usted 2025 (Medicare & You 2025). Para obtener apoyo adicional, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que haya reducido el número de opciones de plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan hasta el 7 de diciembre de 2024, permanecerá en BlueMedicare Value.
- Para **cambiarse a un plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero del 2025**. Esto cancelará su inscripción en BlueMedicare Value.
- Si se mudó hace poco tiempo a una institución o actualmente vive en una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente se fue de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se fue.

Recursos Adicionales

- Esta información está disponible sin costo en inglés.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios al Miembro al 1-800-926-6565 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto durante el Día de Acción de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de oficina es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, excepto durante los principales feriados. La llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en otros formatos, incluidos letra grande, audio y braille. Llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen más arriba si necesita la información sobre el plan en otro formato.
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida de las Medidas de protección para los pacientes y la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Sírvase visitar el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de BlueMedicare Value

- Florida Blue es un plan PPO con un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento indica “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Florida Blue. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a BlueMedicare Value.

Aviso Anual de Cambios para 2025

Índice

Resumen de los Costos Importantes para el 2025.....	5
SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año.....	8
Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual.....	8
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de sus gastos de bolsillo	8
Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias	9
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	10
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	23
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos	27
SECCIÓN 3 Decisión del Plan a Elegir.....	27
Sección 3.1: Si desea permanecer en BlueMedicare Value.....	27
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	27
SECCIÓN 4 Plazo para Cambiar de Planes	28
SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare.....	29
SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados	29
SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta?.....	30
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de BlueMedicare Value	30
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	31

Resumen de los Costos Importantes para el 2025

La tabla a continuación compara los costos de 2024 y de 2025 para BlueMedicare Value en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
<p>* Su prima puede ser superior a este monto. (Consulte la sección 1.1 para obtener más detalles).</p>		
Montos máximos de gastos de bolsillo	De proveedores de la red: \$4,900	De proveedores de la red: \$5,100
Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de gastos de bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$8,950	De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$10,100
Visitas al consultorio del médico	<p><u>Dentro de la red</u> Visitas al médico de cabecera: \$0 de copago por visita.</p> <p>Consultas con un especialista: Nivel 1: \$35 de copago por visita Nivel 2: \$44 de copago por visita</p> <p><u>Fuera de la red</u> Visitas al médico de cabecera: 45 % del costo total por visita</p> <p>Consultas con un especialista: 45 % del costo total por visita</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Visitas al médico de cabecera: \$0 de copago por visita.</p> <p>Visitas a un especialista: \$45 de copago por visita.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Visitas al médico de cabecera: 42 % del costo total</p> <p>Consultas con un especialista: 42 % del costo total</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Internaciones como paciente hospitalizado</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$275 de copago por los días 1-6 y \$0 de copago después del día 6.</p> <p>Copago por día (por internación cubierta por Medicare), que incluye el día de admisión y el día del alta</p> <p><u>Fuera de la red</u> 45 % del costo total</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$320 de copago por los días 1-6 y \$0 de copago después del día 6.</p> <p>Copago por día (por internación cubierta por Medicare). No se le cobrará un copago por el día del alta.</p> <p><u>Fuera de la red</u> 42 % del costo total</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$150</p> <p>Se aplica al Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado), excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: Copago de \$0 • Nivel de medicamentos 2: Copago de \$0 • Nivel de medicamentos 3: \$47 de copago <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 4: 	<p>Deducible: \$175</p> <p>Se aplica al Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado), excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: Copago de \$0 • Nivel de medicamentos 2: Copago de \$0 • Nivel de medicamentos 3: 25 % del costo total <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 4:

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>\$100 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel de medicamentos 5: 30 % del costo total Nivel de medicamentos 6: Copago de \$0 <p>Cobertura en caso de catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Sin cargo para usted. 	<p>25 % del costo total</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel de medicamentos 5: 30 % del costo total Nivel de medicamentos 6: Copago de \$0 <p>Cobertura en caso de catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
(Usted debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).		

- La prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D vitalicia por no contar con otra cobertura de medicamentos que al menos sea tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también se denomina “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso mayor, es posible que deba pagar directamente al gobierno un monto adicional mensual por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de sus gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que debe pagar de gastos de bolsillo durante el año. Estos límites se denominan “montos máximos de gastos de bolsillo”. Una vez que haya alcanzado este monto, por lo general no deberá pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red	\$4,900	\$5,100
Sus costos para servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores de la red cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red.		Una vez que haya pagado \$5,100 de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará por los servicios dentro de la red de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.
Sus costos para medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo.		

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo combinado</p> <p>Sus costos para servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red y fuera de la red cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo combinado. Sus costos por medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo para servicios médicos.</p>	\$8,950	<p>\$10,100</p> <p>Una vez que haya pagado \$10,100 de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, las recetas se cubren *únicamente* si se abastecen en una de las farmacias de nuestra red.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare. En la parte superior de la navegación, haga clic en Recursos para miembros y luego haga clic en Buscar un médico o Buscar una farmacia. También puede llamar a Servicios al Miembro a fin de obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o solicitarnos que le enviemos un directorio por correo postal, que enviaremos en tres días hábiles.

El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de proveedores. **Revise el *Directorio de proveedores de 2025* en www.floridablue.com/medicare para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, médicos especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

El próximo año, se realizarán cambios en nuestra red de farmacias. **Revise el *Directorio de farmacias de 2025* en www.floridablue.com/medicare para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos, médicos especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicios al Miembro a fin de recibir asistencia.

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

Haremos cambios en los costos y beneficios relacionados con ciertos servicios médicos para el próximo año. A continuación, se describen estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Acupuntura	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios de tecnología avanzada de detección por imágenes	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Pruebas de alergia (consultorio)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	<u>Dentro de la red</u> \$160 por una colonoscopia de diagnóstico en un centro de cirugía ambulatoria (ASC) <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un centro de cirugía ambulatoria (ASC) <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios de sangre (deducible para 3 pintas exento)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Rehabilitación cardíaca	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Quiropráctica	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios dentales* (otros beneficios)		
Evaluación bucal periódica	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Evaluación bucal limitada	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes
Evaluación bucal integral	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes
Diagnóstico por imágenes (radiografías)	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes
Diagnóstico por imágenes (radiografías intrabucales periapicales)	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes
Diagnóstico por imágenes (radiografías de aleta de mordida)	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes
Diagnóstico por imágenes (imagen radiográfica panorámica)	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes
Profilaxis dental (limpiezas)	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Profilaxis dental (flúor)	<p><u>Dentro de la red</u> 2 por año calendario, ya sea D1206 o D1208</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Dentro de la red</u> 1 por año calendario, ya sea D1206 o D1208</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
Otros servicios preventivos (aplicación de medicamentos para detener la caries)	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
Servicios de restauración	<p><u>Dentro de la red</u> 2 restauraciones por año calendario (combinadas con D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394)</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Dentro de la red</u> 1 restauración por año calendario (combinada con D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394)</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
Coronas	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
Coronas (reconstrucción de muñón, incluidos los pernos cuando sea necesario), (retención de perno por diente además de la restauración), (perno y muñón además de la corona indirectamente fabricada)	<p><u>Dentro de la red</u> 1 por año calendario (combinado con D2950, D2951, D2952) Copago de \$0</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p>Las coronas (reconstrucción de muñón, incluidos los pernos cuando sea necesario), (retención de perno por diente además de la restauración), (perno y muñón además de la corona indirectamente fabricada) <u>no</u> están cubiertas</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Endodoncia (tratamiento de conducto)	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
Periodoncia (Raspado y alisado radicular)	<p><u>Dentro de la red</u> 1 por cuadrante por período de 24 meses</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Dentro de la red</u> 1 por cuadrante por período de 36 meses</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
Periodoncia (Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico integrales)	<p><u>Dentro de la red</u> 1 por período de 36 meses que se completará el mismo día que D0150 o D1110</p> <p>\$0 de copago</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p>Periodoncia (Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico integrales) <u>no</u> están cubiertos</p>
Periodoncia (Mantenimiento periodontal)	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
Prostodoncia, removible	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
Prostodoncia (reparación de base de dentadura postiza completa rota mandibular, maxilar)	<p><u>Dentro de la red</u> 2 por año calendario, 5 como máximo cada 5 años (D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660)</p>	<p><u>Dentro de la red</u> 1 por año calendario, 5 como máximo cada 5 años (D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660)</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de proveedores no participantes</p>	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de proveedores no participantes</p>
<p>Prostodoncia: reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa (cada diente)</p>	<p><u>Dentro de la red</u> 2 por año calendario, 5 como máximo cada 5 años (D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660)</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Dentro de la red</u> 1 por año calendario, 5 como máximo cada 5 años (D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660)</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
<p>Prostodoncia (reparación de base de dentadura postiza parcial de resina mandibular, maxilar)</p>	<p><u>Dentro de la red</u> 2 por año calendario, 5 como máximo cada 5 años (D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660)</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Dentro de la red</u> 1 por año calendario, 5 como máximo cada 5 años (D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660)</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
<p>Prostodoncia (reparación o reemplazo de gancho roto)</p>	<p><u>Dentro de la red</u> 2 por año calendario, 5 como máximo cada 5 años (D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660)</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Dentro de la red</u> 1 por año calendario, 5 como máximo cada 5 años (D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660)</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prostodoncia (reemplazo de dientes rotos, por diente)	<p><u>Dentro de la red</u> 2 por año calendario, 5 como máximo cada 5 años (D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660)</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Dentro de la red</u> 1 por año calendario, 5 como máximo cada 5 años (D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660)</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
Prostodoncia (agregado de gancho a dentadura postiza parcial existente)	<p><u>Dentro de la red</u> 2 por año calendario, 5 como máximo cada 5 años (D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660)</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Dentro de la red</u> 1 por año calendario, 5 como máximo cada 5 años (D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660)</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
Prostodoncia (rebasado de dentadura postiza completa maxilar o mandibular)	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
Prostodoncia (revestimiento completo de dentadura postiza maxilar o mandibular en consultorio)	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
Prostodoncia (revestimiento parcial de dentadura postiza maxilar o mandibular en consultorio)	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prostodoncia (revestimiento completo de dentadura postiza maxilar o mandibular en laboratorio)	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
Prostodoncia (revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar o mandibular en laboratorio)	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
Cirugía bucal y maxilofacial	<p><u>Dentro de la red</u> Máximo de 4 por año calendario (combinado con D7140, D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250)</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 55 % de las tarifas de no participantes</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Máximo de 2 por año calendario (combinado con D7140, D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250)</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y recibe un reembolso del 58 % de las tarifas de no participantes</p>
Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Programa de prevención de la diabetes	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Suministros, calzados terapéuticos y plantillas para pacientes con diabetes	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$35 de copago por el Nivel 1 y \$44 de copago por el Nivel 2 por un procedimiento o prueba de diagnóstico en el consultorio de un médico especialista.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$45 de copago por un procedimiento o prueba de diagnóstico en el consultorio de un médico especialista.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Equipo médico duradero	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios de emergencia	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$120 de copago por visita.	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$125 de copago por visita.
Marcos y lentes para anteojos (materiales para la visión)	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe pagar el 100 % de los cargos y presentar los recibos detallados para el reembolso del 55 % del monto permitido dentro de la red. El miembro es responsable de todos los montos que excedan el monto permitido dentro de la red del 55 % o cualquier monto que exceda la asignación anual máxima de beneficios del plan. El reembolso total está sujeto a la asignación máxima anual de beneficios del plan.	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe pagar el 100 % de los cargos y presentar los recibos detallados para el reembolso del 58 % del monto permitido dentro de la red. El miembro es responsable de todos los montos que excedan el monto permitido dentro de la red del 58 % o cualquier monto que exceda la asignación anual máxima de beneficios del plan. El reembolso total está sujeto a la asignación máxima anual de beneficios del plan.
Audífonos	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe presentar los recibos para el reembolso al 55 %	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe presentar los recibos para el reembolso al 58 %
Exámenes de audición (de rutina), incluido el ajuste de un audífono	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe presentar los recibos para el reembolso al 55 % del máximo permitido	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe presentar los recibos para el reembolso al 58 % del máximo permitido
Servicios de atención médica a domicilio	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados agudos	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$275 de copago por los días 1-6 y \$0 de copago después del día 6.</p> <p>Su copago diario incluye desde el día de la admisión hasta el día del alta.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$320 de copago por los días 1-6 y \$0 de copago después del día 6.</p> <p>No se le cobrará un copago por el día del alta.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Servicios para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital psiquiátrico	<p><u>Dentro de la red</u> Su copago diario incluye desde el día de la admisión hasta el día del alta.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se le cobrará un copago por el día del alta.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Rehabilitación cardíaca intensiva	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$65 de copago por rehabilitación cardíaca intensiva</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$55 de copago por rehabilitación cardíaca intensiva</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Servicios de educación sobre enfermedad renal	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Servicios de laboratorio	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Servicios dentales cubiertos por Medicare (no rutinarios)	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$35 de copago por atención dental no rutinaria de Nivel 1. Usted paga \$44 de copago por atención dental no rutinaria de Nivel 2 (todos los demás).</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$45 de copago por atención dental no rutinaria.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Examen ocular cubierto por Medicare (no rutinario)	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$35 de copago por los servicios médicos de Nivel 1 para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares. Usted paga \$44 de copago por servicios de Nivel 2 (todos los demás) para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones oculares.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$45 de copago por los servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Anteojos cubiertos por Medicare (no rutinarios)	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Examen de audición cubierto por Medicare (no rutinario)	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$35 de copago por exámenes de Nivel 1 para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio. Usted paga \$44 de copago por exámenes de Nivel 2 (todos los demás) para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$45 por examen de audición para diagnosticar y tratar problemas de equilibrio y audición.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B (incluida la insulina a través del DME)	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total</p>
Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B Avastin[®] (bevacizumab)	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga el 20 % del costo total por cada inyección de Avastin[®] (bevacizumab) cubierta para inyecciones oculares.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por cada inyección de Avastin[®] (bevacizumab) cubierta para inyecciones oculares.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B (inyección para la alergia)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$5 de copago por inyecciones para la alergia (en el consultorio)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por inyecciones para la alergia (en el consultorio)
	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Especialidad en salud mental: profesional no médico	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Rehabilitación con terapia ocupacional	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Programas de tratamiento por consumo de opioides	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Otro profesional de la salud	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Observación de pacientes ambulatorios en el hospital	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$120 de copago por observación hospitalaria para pacientes ambulatorios.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$125 de copago por observación hospitalaria para pacientes ambulatorios.
	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Centro hospitalario para pacientes ambulatorios (por visita) (cirugía y otro)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$250 de copago por servicios de hospital para pacientes ambulatorios.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$295 de copago por servicios de hospital para pacientes ambulatorios.
Servicios ambulatorios en hospitales	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios ambulatorios en hospitales (colonoscopia de diagnóstico)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$250 de copago por servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Este copago también incluye colonoscopia de diagnóstico.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Artículos de venta libre	<u>Dentro de la red</u> \$65 por trimestre. El saldo no se transfiere al trimestre siguiente. Puede utilizar su beneficio trimestral para uno o más pedidos hasta que se haya utilizado el monto máximo para el trimestre.	<u>Dentro de la red</u> \$47 por trimestre. El saldo no se transfiere al trimestre siguiente. Puede utilizar su beneficio trimestral para uno o más pedidos hasta que se haya utilizado el monto máximo para el trimestre.
Hospitalización parcial (sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Rehabilitación con terapia ocupacional, física y del habla	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$40 por terapia para linfedema.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por terapia para linfedema.
	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Especialista	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$35 de copago por visita al médico especialista de nivel 1. Usted paga \$44 de copago por visita al médico especialista de nivel 2 (todos los demás).	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$45 de copago por visita al médico especialista.
	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Podiatría	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios preventivos	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Médico de atención primaria	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prótesis, aparatos ortopédicos y suministros relacionados	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios de psiquiatría	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios de rehabilitación pulmonar	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Centro de enfermería especializada (SNF)	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por día para los días 1-20 \$160 de copago por día para los días 21-100 <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por día para los días 1-20 \$214 de copago por día para los días 21-100 <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Terapia de ejercicios supervisada (SET)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios de telesalud (Dermatología)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$35 de copago por visita al médico especialista de Nivel 1. Usted paga \$44 de copago por visita a un médico especialista de Nivel 2 (todos los demás). <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$45 de copago por visita al médico especialista. <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total
Servicios de radiología terapéutica	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Exámenes de la vista (de rutina)	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe pagar el 100 % de los cargos y presentar los recibos detallados para el reembolso del 55 % del monto permitido dentro de la red.	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe pagar el 100 % de los cargos y presentar los recibos detallados para el reembolso del 58 % del monto permitido dentro de la red.
Servicios de emergencia/urgencia internacionales	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$120 de copago por servicios de emergencia/urgencia a nivel mundial.	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$125 de copago por servicios de emergencia/urgencia a nivel mundial.
Radiografías	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 45 % del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42 % del costo total

Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de Medicamentos. Una copia de nuestra Lista de Medicamentos se proporciona por vía electrónica.

Realizamos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos o el traspaso de medicamentos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si se aplicará alguna restricción o si su medicamento pasó a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios que están permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está usando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principio de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios al Miembro para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión de medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o

en un nivel inferior y con las mismas o menores restricciones que el medicamento de marca que reemplaza. Además, cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

A partir de 2025, podemos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales con determinados biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que está siendo reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no obtenga el suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que realizamos, pero puede llegar después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA:

<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios al Miembro o solicitar más información a su proveedor de atención de salud, profesional que expide recetas o farmacéutico.

Cambios en los Beneficios y Costos de Medicamentos Recetados

Nota: Si está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le corresponde**. Le hemos enviado un folleto adicional denominado *Anexo de la evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda Adicional” para pagar medicamentos recetados* (también llamado *Anexo del subsidio por bajos ingresos o Anexo LIS*), que le explica los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este folleto para el 30 de septiembre del 2024, llame a Servicios al Miembro y solicite el *Anexo LIS*.

A partir del 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe. La Etapa sin Cobertura y el Programa de Descuento Durante la Etapa sin Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuento Durante la Etapa sin Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuento de Fabricantes. En virtud del Programa de Descuento de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe. Los descuentos pagados por fabricantes bajo el Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3(medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado) hasta alcanzar el deducible anual.</p> <p>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 las vacunas para viajes.</p>	<p>El deducible es \$150</p> <p>Se aplica a los medicamentos de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado).</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido para los medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos); \$0 de costo compartido para los medicamentos en el Nivel 2 (medicamentos genéricos); \$0 de costo compartido para los medicamentos en el Nivel 6 (medicamentos de atención seleccionados) y el costo completo de medicamentos en el Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel de especialidad) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$175</p> <p>Se aplica a los medicamentos de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado).</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido para los medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos); \$0 de costo compartido para los medicamentos en el Nivel 2 (medicamentos genéricos); \$0 de costo compartido para los medicamentos en el Nivel 6 (medicamentos de atención seleccionados) y el costo completo de medicamentos en el Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel de especialidad) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que haya pagado el deducible anual, entrará en la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, usted y el plan pagan su parte del costo de sus medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro abastecido de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</p>	<p>Su costo por un suministro abastecido de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Para 2024, usted pagó \$47 de copago por medicamentos de marca preferidos en el Nivel 3 y \$100 de copago por medicamentos de marca no preferidos en el Nivel 4. Para el 2025, usted pagará un coseguro del 25 % para medicamentos en el Nivel 3 y un coseguro del 25 % para medicamentos en el Nivel 4.</p> <p>Los costos de este cuadro son para un suministro de un mes (31 días) cuando abastece su receta en una farmacia de la red que proporciona costos compartidos estándar. Para obtener más información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para recetas de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para consultar si alguno de sus medicamentos cambiará a otro nivel, búsquelo en la Lista de Medicamentos.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos): Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5 (medicamentos de nivel de especialidad): Usted paga el 30 % del costo total.</p> <p>Nivel 6 (medicamentos de atención seleccionados): Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$5,030, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa Sin Cobertura).</p>	<p>Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos): Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5 (medicamentos de nivel de especialidad): Usted paga el 30 % del costo total.</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 6 (medicamentos de atención seleccionados): Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe).</p>

Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe

La Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe es la tercera y última etapa. A partir del 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en caso de catástrofe. Los descuentos pagados por fabricantes bajo el Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	No corresponde	<p>El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-800-926-6565 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Decisión del Plan a Elegir

Sección 3.1: Si desea permanecer en BlueMedicare Value

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o no se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, automáticamente será inscrito en nuestro BlueMedicare Value.

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que permanezca como miembro el próximo año, pero si desea cambiarse de plan el 2025, siga los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud Medicare diferente,
- – O -- puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes Medicare, use el Buscador de planes Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025* (Medicare & You 2025), llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la sección 5) o llame a Medicare (consulte la sección 7.2).

Como recordatorio, Florida Blue ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Es posible que estos otros planes tengan coberturas, primas mensuales y montos de costos diferentes.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en BlueMedicare Value.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en BlueMedicare Value.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - - O - comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para Cambiar de Planes

Si usted quiere cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, lo puede hacer desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. Este cambio entrará en vigor el 1 de enero del 2025.

¿Existen otros períodos en el año para realizar cambios?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros periodos del año. Los ejemplos incluyen a las personas con Medicaid, las que obtienen “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o están abandonando la cobertura de su empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicios.

Si se inscribió en un Plan Medicare Advantage antes del 1 de enero del 2025 y no le gusta su elección de

plan, puede cambiarse a otro plan de salud Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo del 2025.

Si se mudó hace poco tiempo a una institución o actualmente vive en una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare) cuando lo desee. Si recientemente se fue de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se fue.

SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa independiente del Gobierno que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Florida, el SHIP se llama Servicios de Seguros Médicos para Personas Mayores (SHINE).

Es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno Federal para brindar asesoramiento **gratuito** de seguro de salud local a personas con Medicare. Los consejeros de SHINE lo pueden ayudar con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Lo pueden ayudar a entender las opciones de su plan Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de planes. Puede llamar a SHINE al 1-800-963-5337. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773. Puede obtener más información sobre SHINE visitando su sitio web (www.FLORIDASHINE.org).

SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados

Usted puede reunir los requisitos para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, indicamos diversos tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Adicionalmente, aquellos que califican no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - La oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia de los Costos Compartidos de los Medicamentos Recetados para Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que

los individuos elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos para el VIH que pueden salvar sus vidas. Para ser elegibles para el ADAP que opera en su Estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia en el Estado y la condición de paciente con VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado, y condición de persona sin seguro o con un seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con el costo compartido en recetas a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el sida de Florida (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o si actualmente está inscrito y cómo continuar recibiendo asistencia, llame directamente al ADAP de Florida al 1-800-352-2437 (TTY: 1-888-503-7118) o escriba a: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399 Asegúrese, cuando llame, de informarles el nombre o número de póliza de su plan Medicare Parte D.

- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo por medicamentos a partir del 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de los programas SPAP y ADAP, para quienes califican, ofrecen más ventajas que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos Medicare y los planes de salud Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-800-926-6565 o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de BlueMedicare Value

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarte. Llame a Servicios al Miembro al 1-800-926-6565. (Solo 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, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto durante el Día de Acción de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de oficina es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, excepto durante los principales feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de Cobertura para el 2025* (contiene detalles sobre los beneficios y costos para el año próximo)

Este *Aviso Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2025. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura para 2025* de BlueMedicare Value. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe cumplir para recibir medicamentos recetados y servicios cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* está disponible en nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare/forms. También puede llamar a Servicios al Miembro a fin de solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro Sitio Web

También puede visitar nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

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

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.

Visite el Sitio Web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad con estrellas, que lo ayudarán a comparar los planes de salud Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, ingrese a www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2025*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Este documento se les envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. El manual incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no dispone de una copia de este documento, puede conseguirla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Cumplimos con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Puede ver la notificación, además de información sobre nuestros servicios gratuitos de asistencia lingüística en floridablue.com/es/ndnotice. O llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773).

Form Approved
OMB# 0938-1421

Servicios de intérprete en varios idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-926-6565. (TTY users should call 1-800-955-8770). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-926-6565 (TTY: 1-877-955-8773). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-926-6565。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-926-6565。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-926-6565. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-926-6565. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-926-6565. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmeterservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-926-6565. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-926-6565. 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-926-6565. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Form Approved
OMB# 0938-1421

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على **Arabic:** بمساعدتك. هذه خدمة مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-926-6565. سيقوم شخص ما يتحدث العربية
مجانية.

Hindi: हमारे सास या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी पश्के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ़ दुभाकिया सेवाएँ उपिब है. एक दुभाकिया पाप करने के लिए, बस हमें 1-800-926-6565 पर फोन करे. कोई वक् जो कहनी बोिता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ़ सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-926-6565. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-926-6565. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-926-6565. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-926-6565. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-926-6565 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)