

Resumen de beneficios de 2026

Plan Medicare Advantage con la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

BlueMedicare Preferred (HMO) H1035-052

1/1/2026 – 12/31/2026

Nuestra área de servicio incluye:
Condados de Hillsborough y Polk

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 exclusiones, puede consultar la “**Evidencia de cobertura**”. Para obtener una lista completa de los medicamentos que cubrimos, llámenos y solicite la Lista de medicamentos cubiertos (“**Formulario**”). También puede consultar la “Evidencia de cobertura” y el “Formulario” para 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 costos de Original Medicare, consulte su Manual de *Medicare y Usted* 2026. Consúltelo en línea en www.medicare.gov o consiga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Quién puede inscribirse?

Para unirse, usted debe hacer lo siguiente:

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

Nuestra área de cobertura incluye los siguientes condados de Florida: **Hillsborough y Polk**

¿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 nuestro directorio de farmacias y proveedores 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

Prima mensual del plan	• \$0 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible anual	• \$0 por año para los servicios médicos • \$615 por año para medicamentos recetados de la Parte D, se aplica al nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), al nivel 4 (medicamentos no preferidos) y al nivel 5 (nivel especializado) • No hay deducible para insulinas.
Responsabilidad de desembolso directo máximo (MOOP) (no incluye medicamentos recetados)	• \$3,300 • Esto es lo máximo que paga por los servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año. • Una vez que alcance el desembolso directo máximo (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

Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados ◊	• \$210 de copago por día del día 1 al 7
---	--

(Cubre un número ilimitado de días de estadía para pacientes hospitalizados)	• \$0 de copago por día del día 8 al 90
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios	• Servicios cubiertos por Medicare◊: \$190 de copago por visita • Servicios de observación: \$150 de copago por visita
Servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)	• Servicios quirúrgicos◊: \$135 de copago
Visitas al médico	• Proveedor de atención primaria: \$0 de copago • Especialista*: \$25 de copago
Atención preventiva (Servicios cubiertos por Medicare)	\$0 de copago • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol • Densitometría ósea • Detección de enfermedades cardiovasculares • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal • Exámenes de detección de cáncer colorrectal - 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 • Exámenes de detección de la depresión • Examen de detección de la diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Exámenes 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 • Exámenes de detección de VIH • Exámenes 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 • Exámenes de detección de cáncer de próstata • Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento • Vacunas: - 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	• \$150 de copago No se aplica un copago si ingresa al hospital dentro de 48 horas de una visita a la sala de emergencia.
Atención de emergencia a nivel mundial (no incluye transporte de emergencia)	• \$150 de copago • Los servicios que se necesitan con urgencia y de emergencia en todo el mundo tienen restricciones respecto de la cobertura de \$25,000. Se exime el copago si se le ingresa en el hospital. • No se cubre la atención fuera de la sala de emergencias ni la admisión en un hospital de emergencia.
Servicios de urgencia necesarios	• Centro de atención de urgencias: \$65 de copago • Centro de consulta médica: \$65 de copago
Atención de urgencia en todo el mundo (no incluye transporte de emergencia)	• \$150 de copago Los servicios que se necesitan con urgencia y de emergencia en todo el mundo 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	• Centro independiente de exámenes de diagnóstico (IDTF): \$110 de copago • Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: \$110 de copago • Pruebas para la alergia: \$0 de copago
Servicios de laboratorio	• Laboratorios clínicos independientes: \$0 de copago • Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: \$0 de copago
Radiografías	• Consultorio del médico: \$0 de copago • IDTF: \$0 de copago • Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: \$110 de copago
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (MRI, MRA, PET, TC, pruebas de medicina nuclear)	• 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 en el consultorio de un médico. • \$100 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes en un centro independiente de exámenes de diagnóstico (IDTF). • \$250 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.
Radioterapia	• 20% del costo total
Servicios de la audición cubiertos por Medicare*	• \$25 de copago
Servicios de la audición adicionales	• Examen de audición de rutina: \$0 de copago • Evaluación y ajuste: \$0 de copago • Consulte la tabla a continuación para ver el copago de cada audífono para un máximo de 2 audífonos cada año.

Nivel de tecnología	Copago por audifono
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

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 dentales ◇

- Atención que no sea de rutina: \$25 de copago

Cubierto por Medicare

Servicios dentales adicionales

- Preventivos e integrales: Usted recibe hasta \$3,000 por año para usar en servicios dentales. Puede usar este subsidio para atención dental cubierta, por ejemplo:
Exámenes, limpiezas, tratamientos con flúor y radiografías
Empastes, coronas y tratamientos de conducto
Dentaduras postizas, extracciones y otras necesidades dentales.
- No se puede utilizar el subsidio para implantes, ortodoncia ni servicios relacionados con cosmética.
- *Consulte la Evidencia de cobertura para obtener detalles completos, incluidos los límites de frecuencia y la información de la red de proveedores.*

Servicios de la vista

Cubierto por Medicare

- Servicios médicos*: \$25 de copago
- Exámenes de detección de glaucoma: \$0 de copago
- Examen de la retina para diabéticos: \$0 de copago
- Anteojos o lentes de contacto: \$0 de copago por un par después de la cirugía de cataratas

Servicios de la vista adicionales (sujetos al subsidio máximo de beneficios anual)	- 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 de beneficios anual del plan de \$225.
Servicios de salud mental ♦	
Hospitales psiquiátricos para pacientes hospitalizados	\$350 de copago por día del día 1 al 7 \$0 de copago por día del día 8 al 90 Un máximo de 90 días por estadía con un máximo de por vida de 190 días
Terapia de salud mental para pacientes ambulatorios	- 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)	\$0 de copago por día desde el día 1 hasta el día 20 \$218 de copago por día del día 21 al 100
Fisioterapia *♦	- Consultorio del médico: \$55 de copago - Consultorio del médico especialista: \$55 de copago - Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: \$55 de copago - Hospital para pacientes ambulatorios: \$55 de copago
Terapia del habla *♦	- Consultorio del médico: \$55 de copago - Consultorio del médico especialista: \$55 de copago - Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: \$55 de copago - Hospital para pacientes ambulatorios: \$55 de copago
Terapia ocupacional *♦	- Consultorio del médico: \$50 de copago - Consultorio del médico especialista: \$50 de copago - Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: \$50 de copago - Hospital para pacientes ambulatorios: \$50 de copago
Terapia de linfedema *♦	\$0 de copago por terapia de linfedema
Ambulancia♦ (viaje de ida)	- Terrestre: \$375 de copago - Traslado de centro a centro: \$0 de copago por traslado en ambulancia terrestre

	• Aérea: 20% del costo total
Transporte	• <u>Sin</u> cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	• Inyecciones para la alergia: \$0 de copago • Medicamentos de quimioterapia: Hasta el 20% del costo total • Otros medicamentos de la Parte B: Hasta el 20% del costo total • Insulina de la Parte B: Hasta \$35 de copago

Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D

Etapas de deducible

- La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Pagará un deducible anual de \$615 por los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados). Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados), hasta alcanzar el monto del deducible de la cobertura. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para los viajes. Para todos los otros medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El costo total suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.
- Una vez que haya pagado \$615 en sus medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados), saldrá de la etapa del deducible y pasará a la etapa de cobertura inicial.

Etapas de cobertura inicial

- Usted comienza en esta etapa después de alcanzar su deducible (si corresponde). Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo 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.

	Venta minorista/a largo plazo (LTC)/pedido por correo estándar (suministro para 31 días)	Venta minorista/pedido por correo estándar (suministro para 90 a 100 días)
Nivel 1 - Genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago

Nivel 2 - Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	21% de coseguro	21% de coseguro
Nivel 4 - Medicamentos no preferidos	30% de coseguro	30% de coseguro
Nivel 5 - Medicamentos especializados	25% de coseguro	No corresponde
Nivel 6 - Medicamentos de cuidados seleccionados	\$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.

Etapas de cobertura para eventos médicos catastróficos

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

Información adicional sobre la cobertura de medicamentos

- Para obtener una lista completa de los medicamentos que cubrimos, consulte el **“Formulario”** del plan y para obtener información sobre el costo de los medicamentos, consulte la **“Evidencia de cobertura”** del plan. Estos documentos se encuentran en nuestro sitio web, (www.floridablue.com/medicare/forms) o puede llamarnos. Si solicita una excepción del formulario y el plan aprueba dicha excepción, usted pagará el costo compartido del **Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)**.
- Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de cuidado a largo plazo, una farmacia de infusión en casa o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento.
- Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

- El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago para ayudar a los beneficiarios de Medicare a distribuir los gastos de desembolso directo de sus medicamentos durante el año calendario (de enero a diciembre). La participación es voluntaria y la inscripción no tiene costo. Puede inscribirse en el plan de pago hablando con su agente de registro (AOR) o llamando a nuestra línea de asistencia dedicada a la Elección al 1-800-926-6565 o al 1-833-696-2087, (TTY: 711) de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes (correos de voz monitoreados los fines de semana), de 8 a. m. a 11 p. m., hora del este, los 7 días de la semana (durante el período de

inscripción anual (AEP)).

- Para obtener más información sobre el plan de pago, hable con el agente o visite nuestro sitio web en <https://www.floridablue.com/medicare/member/prescription-drug-payments>.

Beneficios médicos adicionales

Podología \$30 de copago

Cubierto por Medicare

Quiropráctico \$20 de copago

(manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones)

Telesalud *0

Es posible que se necesite una derivación para determinados servicios.

Es posible que se requiera una autorización previa para ciertos servicios.

- Servicios que se necesitan con urgencia: \$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: \$25 de copago
- Servicios especializados de salud mental: \$40 de copago
- Servicios especializados de psiquiatría: \$40 de copago
- Tratamiento con opioides: \$40 de copago
- Servicios para trastornos por consumo de sustancias: \$40 de copago
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 de copago
- Servicios de nutricionistas: \$0 de copago

Suministros para la diabetes

- \$0 de copago

Disponible en farmacias minoristas o de pedido por correo contratadas por Florida Blue Medicare.

Marcas preferidas:

- Medidores de glucosa y tiras reactivas Abbott (p. ej., Freestyle Lite) y Ascensia (Contour ®)
- Lancetas
- Monitores de glucosa continuos (Continuous Glucose Monitors, 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 DME participante.

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

**Programa de
prevención de la
diabetes de
Medicare
(Medicare
Diabetes
Prevention
Program, MDPP)**

- \$0 de copago

**Equipo médico
duradero (DME) y
suministros ♦**

- Sillas de ruedas motorizadas y scooters eléctricos: 20% del costo total
- Todos los demás DME: 20% del costo total

Beneficios adicionales

**Programa de
acondicionamiento
físico
SilverSneakers®**

- 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

- Subsidio de beneficios de \$75 cada 3 meses en su tarjeta prepaga Blue Dollars Benefits de 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.

Beneficios dentales y de la audición Flex

- Subsidio anual de \$300 en su tarjeta prepaga Blue Dollars Benefits de MasterCard® que puede utilizarse para cubrir cualquier desembolso directo relacionado con los servicios dentales o de la audición cubiertos de sus planes, como atención dental, y audífonos, si están cubiertos por su plan. Cualquier saldo no utilizado no se transferirá al año siguiente.

HealthyBlue Rewards

- Su plan BlueMedicare lo recompensa por cuidar su salud. Los dólares de recompensa se cargarán en su tarjeta prepaga Blue Dollars Benefits de MasterCard® por completar o informar cierta atención preventiva y exámenes de detección.
- Las recompensas están disponibles después de suscribirse al programa.

Tarjeta prepaga Blue Dollars Benefits de Mastercard®

- **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 aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.
- La tarjeta Blue Dollars se le enviará directamente por correo y se reabastecerá según los beneficios de su plan.
- *Consulte Artículos de venta libre, Beneficios dentales y de la audición Flex, y Healthy Blue Rewards*

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 Blue Dollars Benefits de 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 el plan. 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 de derechos civiles vigentes y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. No excluimos a las personas ni las tratamos diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Proporcionamos:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese al siguiente número telefónico:

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

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

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

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

Cobertura dental, de vida y discapacidad:

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

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

U.S. Department of Health and Human Services

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

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

Visite www.floridablue.com/disclaimer/ndnotice para ver una versión electrónica de este aviso.
87768 0625R

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TTY: 1-800-352-2583 (لذوي الإعاقة السمعية) Medicare: 1-800-926-6565 برنامج FEP: 1-800-333-2227 برنامج 1-800-352-2583 (711)

Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Telefono: 1-800-352-2583, FEP: 1-800-333-2227, Medicare: 1-800-926-6565, (TTY 711).

Kostenloser Service für Sprachen, Hilfsmittel und alternative Formate verfügbar. Telefon 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, Medicare 1-800-926-6565 (TTY 711).

무료 언어, 보조 기구 및 대체 형식 서비스를 이용할 수 있습니다. 전화 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, 메디케어 1-800-926-6565, (TTY 711).

Bezpłatna pomoc językowa, pomoc dodatkowa oraz usługi różnego rodzaju są dostępne. Zadzwoń pod numer 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, Medicare 1-800-926-6565, (TTY 711).

મફત ભાષા, સહાયક મદદ અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે.

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

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

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

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

T'áá free yíníłta'go saad bee áká anilyeedígíí, alk'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).