

Resumen de beneficios de 2026

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

BlueMedicare Patriot (PPO) H5434-046

1/1/2026 – 12/31/2026

Nuestra área de servicio incluye:

Condados de Baker, Bradford, Columbia, DeSoto, Dixie, Gilchrist, Glades, Gulf, Hamilton, Hardee, Hendry, Holmes, Jackson, Lafayette, Levy, Madison, Monroe, Okeechobee, Putnam, Suwannee, Taylor, Union y Washington

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**” de este plan 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 para H5434-046 incluye los siguientes condados de Florida: Baker, Bradford, Columbia, DeSoto, Dixie, Gilchrist, Glades, Gulf, Hamilton, Hardee, Hendry, Holmes, Jackson, Lafayette, Levy, Madison, Monroe, Okeechobee, Putnam, Suwannee, Taylor, Union y Washington

¿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 el símbolo “◊”. Los servicios con este símbolo pueden requerir autorización previa del plan antes de recibir los servicios de los proveedores de la red. Si no obtiene una autorización previa cuando se requiere, es posible que tenga que pagar el costo compartido fuera de la red, aunque haya recibido los servicios de un proveedor de la red. Consulte la “Evidencia de cobertura” para obtener más información sobre los servicios que requieren una 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.

Reducción de la prima de la Parte B

- BlueMedicare Patriot reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare hasta en \$75.

Deducible anual

- \$0 por año por servicios médicos dentro de la red (INN)
- \$950 por año para servicios médicos fuera de la red (OON)
- Este plan no incluye los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D.

Responsabilidad de desembolso directo máximo (MOOP)

(no incluye medicamentos recetados)

- \$6,750 es lo máximo que paga por los servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año.
 - \$10,100 es lo máximo que paga por los servicios médicos cubiertos por Medicare que recibe de proveedores dentro y fuera de la red combinados.
 - Una vez que alcance el desembolso directo máximo (MOOP), nuestro plan paga el 100% de los servicios médicos cubiertos.
 - Los costos de la prima no cuentan para su MOOP.
-

Beneficios médicos y hospitalarios

	Dentro de la red	Fuera de la red
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados ◊ (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red) (Cubre un número ilimitado de días de estadía para pacientes hospitalizados)	<ul style="list-style-type: none"> • \$385 de copago por día del día 1 al 7 • \$0 de copago por día del día 8 al 90 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de observación: \$130 de copago • Todos los demás servicios◊: \$350 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos◊: \$300 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Visitas al médico	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de su elección: \$0 de copago • Especialista: \$55 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de su elección: 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950 • Especialista: 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Atención preventiva (Servicios cubiertos por Medicare)	\$0 de copago <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol • Densitometría ósea • Detección de enfermedades cardiovasculares 	50 % del costo total

Dentro de la red**Fuera de la red**

- 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

	Dentro de la red	Fuera de la red
	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de detección de cáncer de próstata • Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento • Vacunas: <ul style="list-style-type: none"> o Vacunas contra la COVID-19. o Vacunas contra la gripe o Vacunas contra la hepatitis B o Vacunas antineumocócicas • Consulta anual de bienestar 	
Atención de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • \$130 de copago <p>No se aplica un copago si ingresa al hospital dentro de 48 horas de una visita a la sala de emergencia.</p>	
Atención de emergencia a nivel mundial (no incluye transporte de emergencia)	<ul style="list-style-type: none"> • \$130 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	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de atención de urgencias: \$50 de copago • Centro de consulta médica: \$50 de copago 	
Servicios de urgencia necesarios mundiales (no incluye transporte de emergencia)	<ul style="list-style-type: none"> • \$130 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 se le ingresa en el hospital. 	

	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio/ diagnóstico por imágenes ♦ (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)		
Pruebas y procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Centro independiente de exámenes de diagnóstico (IDTF): \$75 de copago • Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: \$75 de copago • Pruebas para la alergia: \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorios clínicos independientes: \$0 de copago • Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: \$40 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Radiografías	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio del médico: \$15 de copago • IDTF: \$15 de copago • Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: \$150 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (MRI, MRA, PET, TC, pruebas de medicina nuclear)	<ul style="list-style-type: none"> Los estudios avanzados de diagnóstico por imagen incluyen lo siguiente: Imágenes de resonancia magnética (MRI), angiografía de resonancia magnética (MRA), tomografía por emisión de positrones (PET), tomografía computarizada (CT) o exámenes de medicina nuclear. \$0 de copago para ecografías de radiología de diagnóstico. \$75 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes 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. 	<ul style="list-style-type: none"> 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Radioterapia	<ul style="list-style-type: none"> 20% del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios de la audición		
Cubierto por Medicare	<ul style="list-style-type: none"> \$55 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios de la audición adicionales	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<ul style="list-style-type: none"> El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 50% del máximo permitido para un examen auditivo de rutina por año.

Dentro de la red	Fuera de la red
------------------	-----------------

Nivel de tecnología	Copago por audífono
Inicial	\$350.00 por dispositivo
Básicos	\$525.00 por dispositivo
Principal	\$825.00 por dispositivo
Preferido	\$1,125.00 por dispositivo
Avanzado	\$1,425.00 por dispositivo
Prima	\$1,825.00 por dispositivo

- El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 50% del máximo permitido para la evaluación y la adaptación de los audífonos.
- El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 50% del precio habitual de los audífonos de nivel básico aprobados. Hasta 2 dispositivos al año.

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 ◇

Cubierto por Medicare
(La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)

- Atención que no sea de rutina: \$55 de copago
- 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales adicionales	<ul style="list-style-type: none"> Atención preventiva: \$0 de copago por servicio. Los servicios dentales preventivos incluyen exámenes de rutina, limpiezas y radiografías por año calendario. Atención integral: \$0 de copago por servicio. Los servicios dentales integrales incluyen un ajuste de la dentadura postiza y una extracción por año calendario. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener detalles completos, incluidos los límites de frecuencia y la información de la red de proveedores. 	<ul style="list-style-type: none"> El miembro pagará por adelantado y recibirá un reembolso del 50% de las tarifas de los proveedores no participantes por los servicios dentales preventivos cubiertos, que incluyen exámenes de rutina, limpiezas y radiografías por año calendario. El miembro pagará por adelantado y recibirá un reembolso del 50% de las tarifas de los proveedores no participantes por los servicios dentales integrales cubiertos, que incluyen un ajuste de la dentadura postiza y una extracción por año calendario. 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	<ul style="list-style-type: none"> Servicios médicos: \$55 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. Un par después de una cirugía de cataratas. 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios médicos: 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950 Examen de detección de glaucoma: 50% del costo total Examen de retina para diabéticos: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950 Anteojos o lentes de contacto: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950. Un par después de una cirugía de cataratas.

	Dentro de la red	Fuera de la red
--	------------------	-----------------

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 \$200.

- El miembro debe pagar el 100% de los cargos y enviar los recibos detallados para el reembolso del 50% de la cantidad permitida dentro de la red.
- El miembro es responsable de todas las cantidades que excedan el 50% del monto permitido dentro de la red o de cualquier monto que exceda el subsidio máximo anual de beneficios del plan.
- El reembolso total está sujeto al subsidio máximo anual de beneficios del plan.

Servicios de salud mental

(La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)

Hospitales psiquiátricos para pacientes hospitalizados ◊

- \$350 de copago por día del día 1 al 6
- \$0 de copago por día del día 7 al 90 para un máximo de 90 días por estadía con un máximo de por vida de 190 días

- 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

Terapia de salud mental para pacientes ambulatorios ◊

Sesiones individuales

- \$40 de copago

Sesiones grupales

- \$30 de copago

Sesiones individuales

- 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

Sesiones grupales

- 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Centros de cuidados médicos especializados (SNF) ◊</p> <p>(La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)</p> <p>(Cubre un máximo de 100 días por período de beneficios)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día desde el día 1 hasta el día 20 • \$218 de copago por día del día 21 al 100 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
<p>Fisioterapia ◊</p> <p>(La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio del médico: \$40 de copago • Consultorio del médico especialista: \$40 de copago • Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: \$40 de copago • Hospital para pacientes ambulatorios: \$40 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
<p>Terapia del habla ◊</p> <p>(La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio del médico: \$40 de copago • Consultorio del médico especialista: \$40 de copago • Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: \$40 de copago • Hospital para pacientes ambulatorios: \$40 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
<p>Terapia ocupacional ◊</p> <p>(La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio del médico: \$40 de copago • Consultorio del médico especialista: \$40 de copago • Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios: \$40 de copago • Hospital para pacientes ambulatorios: \$40 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	Dentro de la red	Fuera de la red
Terapia de linfedema ◊ (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por terapia de linfedema 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950.
Ambulancia◊ (viaje de ida) (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)	<ul style="list-style-type: none"> • Terrestre: \$275 de copago • Traslados de centro a centro: \$0 de copago por traslado en ambulancia terrestre • Aérea: 20% del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> • Terrestre: \$275 de copago • Aérea: 20% del costo total
Transporte	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sin</u> Cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sin</u> Cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Inyecciones para la alergia: \$0 de copago • Medicamentos de quimioterapia ◊: Hasta el 20% del costo total • Otros medicamentos de la Parte B◊: Hasta el 20% del costo total • Insulina de la Parte B ◊: Hasta \$35 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

Beneficios médicos adicionales

	Dentro de la red	Fuera de la red
Podología Cubierto por Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • \$35 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Quiropráctico</p> <p>(manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$15 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
<p>Telesalud ◊</p> <p>Es posible que se requiera una autorización previa para ciertos servicios dentro de la red.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios que se necesitan con urgencia: \$50 de copago • Proveedor de su elección: \$0 de copago • Terapia ocupacional: \$40 de copago • Fisioterapia: \$40 de copago • Terapia del habla: \$40 de copago • Servicios de dermatología: \$55 de copago • Servicios especializados de salud mental: \$40 de copago • Servicios especializados de psiquiatría: \$40 de copago • Tratamiento con opioides: \$40 de copago • Servicios para trastornos por consumo de sustancias: \$40 de copago • Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 de copago • Servicios de nutricionistas: \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios que se necesitan con urgencia: \$50 de copago • Proveedor de su elección: 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950 • Terapia ocupacional: 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950. • Fisioterapia: 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950. • Terapia del habla: 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950. • Servicios dermatológicos: 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950. • Servicios especializados de salud mental: 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950. • Servicios especializados de psiquiatría: 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950. • Tratamiento con opioides: 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950. • Servicios para trastornos por consumo de sustancias: 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950. • Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes: 50% del costo total

	Dentro de la red	Fuera de la red
		<ul style="list-style-type: none"> Servicios de nutricionistas: 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950.
Suministros para la diabetes	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago Disponible en farmacias minoristas o de pedido por correo contratadas por Florida Blue Medicare. Marcas preferidas: <ul style="list-style-type: none"> 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) <p>Nota importante: El llenado inicial de un CGM o insulina cuando se utiliza con una bomba de insulina puede obtenerse a través de nuestro proveedor de DME participante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> 50 % del costo total

	Dentro de la red	Fuera de la red
Equipo médico duradero (DME) y suministros  (La autorización se aplica solo a los servicios dentro de la red)	<ul style="list-style-type: none"> Sillas de ruedas motorizadas y scooters eléctricos: 20% del costo total Todos los demás DME: 20% del costo total Suministros médicos: 0% del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

Beneficios adicionales

	Dentro de la red	Fuera de la red
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®	<ul style="list-style-type: none"> Obtiene una membresía básica en cualquier centro de acondicionamiento físico participante de SilverSneakers®. Membresía a gimnasios y clases disponibles en establecimientos de acondicionamiento físico en todo el país, incluidas cadenas nacionales y gimnasios locales. Acceso a equipos de ejercicios y otros servicios, clases para todos los niveles y capacidades, eventos sociales y más. 	<ul style="list-style-type: none"> La cobertura se limita a los servicios de proveedores aprobados por el plan
Artículos de venta libre	<ul style="list-style-type: none"> Subsidio de beneficios de \$50 cada 3 meses para utilizar para la compra de artículos elegibles. Puede comprar productos elegibles en línea o por teléfono mediante nuestros proveedores participantes. Cualquier monto de subsidio no utilizado se pierde y no se transfiere al siguiente trimestre. 	<ul style="list-style-type: none"> Subsidio de beneficios de \$50 cada 3 meses para utilizar para la compra de artículos elegibles. Puede comprar productos elegibles en línea o por teléfono mediante nuestros proveedores participantes. Cualquier monto de subsidio no utilizado se pierde y no se transfiere al siguiente trimestre.
HealthyBlue Rewards	<ul style="list-style-type: none"> Su plan BlueMedicare lo recompensa por cuidar su salud. Los dólares de recompensa se cargarán en su tarjeta prepaga Blue Dollars Benefits de MasterCard® por completar o informar cierta atención preventiva y exámenes de detección. 	<ul style="list-style-type: none"> Su plan BlueMedicare lo recompensa por cuidar su salud. Los dólares de recompensa se cargarán en su tarjeta prepaga Blue Dollars Benefits de MasterCard® por completar o informar cierta atención preventiva y exámenes de detección.

	Dentro de la red	Fuera de la red
	<ul style="list-style-type: none"> Las recompensas están disponibles después de suscribirse al programa. 	<ul style="list-style-type: none"> Las recompensas están disponibles después de suscribirse al programa.
Tarjeta prepaga Blue Dollars Benefits de Mastercard®	<ul style="list-style-type: none"> En función de las cantidades de subsidio y frecuencia de su plan, los fondos se cargarán automáticamente en su tarjeta Blue Dollars. Use su tarjeta Blue Dollars para acceder fácilmente a recompensas y seleccionar beneficios de subsidio que podrían formar parte de su plan. Los beneficios, la cobertura y los montos varían según el plan. Pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones. La tarjeta Blue Dollars se le enviará directamente por correo y se reabastecerá según los beneficios de su plan. <i>Consulte Healthy Blue Rewards</i> 	<ul style="list-style-type: none"> En función de las cantidades de subsidio y frecuencia de su plan, los fondos se cargarán automáticamente en su tarjeta Blue Dollars. Use su tarjeta Blue Dollars para acceder fácilmente a recompensas y seleccionar beneficios de subsidio que podrían formar parte de su plan. Los beneficios, la cobertura y los montos varían según el plan. Pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones. La tarjeta Blue Dollars se le enviará directamente por correo y se reabastecerá según los beneficios de su plan. <i>Consulte Healthy Blue Rewards</i>

Descargos de responsabilidad

Florida Blue es un Plan PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción a Florida Blue depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red/que no estén contratados no tienen la obligación de proporcionar tratamiento a los miembros de Florida Blue, excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de atención al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro número de Servicios para miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.

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

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.

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

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.

© 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).

تتبديلة متاحة. يرجى الاتصال على المجانية للغة، والمساعدة في الخدمات

TTY: 1-800-352-2583 برنامج FEP: 1-800-333-2227 Medicare: 1-800-926-6565
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 ફોર્મટ 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。

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

T'áá free yíníłta'go saad bee áká anilyeedígíí, al'k'ida'ánígíí, dóó t'áá ajilii hane' bee áká anilyeedígíí t'éiyá éí holne'. 1-800-352-2583 bich'j' náhodoonih, FEP bich'j' 1-800-333-2227 bich'j' náhodoonih, Medicare bich'j' 1-800-926-6565 bich'j' náhodoonih, (TTY 711).