

BlueMedicare Value (PPO) ofrecido por Florida Blue

Notificación anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de BlueMedicare Value (PPO).

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

- **Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre podrá hacer cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en BlueMedicare Value (PPO).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista que aparece al dorso de su manual *Medicare y Usted 2026*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre costos, beneficios y normas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en www.floridablue.com/medicare/forms o llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) para recibir una copia por correo postal.

Más recursos

- Este material está disponible de manera gratuita en español.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) para obtener más información. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales. Esta llamada es gratis.
- Esta información está disponible en formatos alternativos, lo que incluye letra grande, audio y braille. Si necesita información sobre el plan en otro formato, llame a Servicios para Miembros al número que se indica arriba.

Acerca de BlueMedicare Value (PPO)

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

- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, quiere decir Florida Blue. Cuando se hace referencia a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a BlueMedicare Value (PPO).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, será inscrito automáticamente en BlueMedicare Value (HMO).** A partir del 1.º de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de BlueMedicare Value (PPO). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar un cambio.

Índice de contenido

Resumen de costos importantes para 2026.....	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	7
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual del plan.....	7
Sección 1.2: Cambios en los gastos máximos a su cargo	7
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores.....	8
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias.....	9
Sección 1.5: Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos	9
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	30
Sección 1.7: Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados.....	30
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	35
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....	35
Sección 3.1: Plazo para el cambio de plan.....	36
Sección 3.2: ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?	36
SECCIÓN 4 Reciba ayuda para pagar los medicamentos recetados.....	36
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?.....	38
Obtenga ayuda de BlueMedicare Value (PPO).....	38
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	38
Cómo obtener ayuda de Medicare	38

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$0	\$0
Deducible	<u>Dentro de la red</u> \$0 <u>Fuera de la red</u> \$0 por servicios cubiertos por Medicare recibidos fuera de la red.	<u>Dentro de la red</u> \$0 <u>Fuera de la red</u> \$950 por servicios cubiertos por Medicare recibidos fuera de la red.
Gastos máximos a su cargo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información.)	De proveedores de la red: \$5,100 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$10,100	De proveedores de la red: \$6,750 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$10,100
Visitas al consultorio de atención primaria	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por visita <u>Fuera de la red</u> Visitas de atención primaria: 42% del costo total por visita	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por visita <u>Fuera de la red</u> Visitas de atención primaria: 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Visitas al consultorio de un especialista	<u>Dentro de la red</u> \$45 de copago por visita <u>Fuera de la red</u> 42% del costo total por visita	<u>Dentro de la red</u> \$60 de copago por visita <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por visita después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Atención para pacientes hospitalizados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	<u>Dentro de la red</u> \$320 de copago por día para los días 1 a 6; \$0 de copago por día para los días 7 a 90 <u>Fuera de la red</u> 42% del costo total por visita	<u>Dentro de la red</u> \$385 de copago por día para los días 1 a 7 \$0 de copago por día para los días 8 a 90 <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por visita después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950.
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más información.)	\$175 Se aplica a los Niveles 3 (medicamentos de marca preferidos), 4 (medicamentos no preferidos) y 5 (medicamentos especializados), excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.	\$615 Se aplica a los Niveles 3 (medicamentos de marca preferidos), 4 (medicamentos no preferidos) y 5 (medicamentos especializados), excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más información, incluidas las etapas de deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: \$0 Nivel de medicamento 2: \$0 Nivel de medicamento 3: 25% Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel Nivel de medicamento 4: 25% Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel Nivel de medicamento 5: 30% Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel Nivel de medicamento 6: \$0 Etapas de cobertura para eventos médicos catastróficos: Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.	Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Nivel de medicamento 1: \$0 Nivel de medicamento 2: \$0 Nivel de medicamento 3: 21% Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel Nivel de medicamento 4: 30% Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel Nivel de medicamento 5: 25% Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel Nivel de medicamento 6: \$0 Etapas de cobertura para eventos médicos catastróficos: Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 1

Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0 No hay cambios para el próximo año

Factores que podrían cambiar su monto de la prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía: su prima mensual del plan será *mayor* si se le pide que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Sobrecargo por mayores ingresos: si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos de Medicare.

Sección 1.2: Cambios en los gastos máximos a su cargo

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

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Gasto máximo a su cargo dentro de la red Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como copagos) de los proveedores de la red cuentan para su monto máximo de gastos que paga de su bolsillo dentro de la red.	\$5,100	\$6,750 Una vez que haya pagado \$6,750 en costos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya no pagará ningún monto por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B de los

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de gastos que paga de su bolsillo.		proveedores de la red durante el resto del año calendario.
Cantidad combinada de gastos máximos a su cargo	\$10,100	\$10,100
Los costos por los servicios médicos cubiertos (tales como copagos y deducibles) de los proveedores dentro y fuera de la red cuentan para su monto máximo de gastos combinados que paga de su bolsillo.		Una vez que haya pagado \$10,100 en costos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya no pagará ningún monto por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B de los proveedores dentro y fuera de la red durante el resto del año calendario.
Sus costos por medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cuentan para el monto máximo de gastos que paga de su bolsillo por servicios médicos.		

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores de 2026* <https://providersearch.floridablue.com/> para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. Aquí le explicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en <https://providersearch.floridablue.com/>.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores* por correo.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio en nuestros proveedores a mitad de año le afecta, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773) para obtener ayuda.

Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados *solo* están cubiertos si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias de 2026* <https://providersearch.floridablue.com> para ver qué farmacias forman parte de nuestra red. Aquí le explicamos cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en <https://providersearch.floridablue.com/>.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773) para obtener información actualizada sobre las farmacias o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias* por correo.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio en nuestras farmacias a mitad de año le afecta, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773) para obtener ayuda.

Sección 1.5: Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Acupuntura	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes	<u>Dentro de la red</u> Paga \$75 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes en un Centro de Evaluación de Diagnóstico Independiente (IDTF) Paga \$150 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes que se	<u>Dentro de la red</u> Paga \$100 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes en un Centro de Evaluación de Diagnóstico Independiente (IDTF) Paga \$250 de copago para los servicios avanzados de

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	brindan en un hospital para pacientes ambulatorios Paga \$75 de copago por una ecografía de diagnóstico en el consultorio de un médico Paga \$75 de copago por una ecografía de diagnóstico en un Centro de Evaluación de Diagnóstico Independiente (IDTF) Paga \$150 de copago por una ecografía de diagnóstico en una instalación hospitalaria para pacientes ambulatorios <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	diagnóstico por imágenes que se brindan en un hospital para pacientes ambulatorios Paga \$0 de copago por una ecografía de diagnóstico en el consultorio del médico, en un Centro de Evaluación de Diagnóstico Independiente (IDTF) o en un hospital para pacientes ambulatorios <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Pruebas de alergia (consultorio)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Ambulancia	<u>Dentro de la red</u> Paga \$260 de copago por cada viaje de ida en ambulancia terrestre o aérea <u>Fuera de la red</u> Paga \$260 por cada viaje de ida en ambulancia terrestre o aérea	<u>Dentro de la red</u> Paga \$0 de copago por traslado de centro a centro en ambulancia terrestre Paga \$330 de copago por cada viaje de ida en ambulancia terrestre Paga el 20% del costo total del viaje de ida en ambulancia aérea <u>Fuera de la red</u> Paga \$330 de copago por cada viaje de ida en ambulancia terrestre

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		Paga el 20% del costo total del viaje de ida en ambulancia aérea
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC). Paga \$160 de copago por una broncoscopia de diagnóstico en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC) Paga \$160 de copago por todos los demás servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Dentro de la red</u> Paga \$295 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC) Paga \$0 de copago por una broncoscopia de diagnóstico en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC) Paga \$295 de copago por todos los demás servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Enema de bario	<u>Dentro de la red</u> Paga \$0 de copago por un enema de bario <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	El enema de bario <u>no</u> está cubierto

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de sangre (no se aplica el deducible de 3 pintas)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios de rehabilitación cardíaca	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Apoyo del cuidador	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago La cobertura proporciona apoyo digital para que los cuidadores compartan actualizaciones, administren tareas y encuentren recursos de atención para personas mayores usando nuestro proveedor participante. Los beneficios incluyen lo siguiente: • Una herramienta basada en la web que incluye contenido educativo. ◦ Acceso para que los cuidadores y familiares publiquen actualizaciones y videos; ◦ herramientas para administrar documentos, ◦ herramientas de búsqueda (es decir, búsqueda de viviendas para adultos mayores y de atención en el hogar). Vea la "Evidencia de cobertura" para conocer los detalles de los beneficios.	El apoyo del cuidador <u>no</u> está cubierto

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<u>Fuera de la red</u> La cobertura se limita a los servicios de proveedores aprobados por el plan	
Servicios quiroprácticos	<u>Dentro de la red</u> Paga \$20 de copago por servicios quiroprácticos	<u>Dentro de la red</u> Paga \$15 de copago por servicios quiroprácticos
	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales* (beneficios adicionales)		
Coronas	<u>Dentro de la red</u> Hasta 1 corona por año, y solo cuando se proporciona con un tratamiento de conducto cubierto (mismo diente).	<u>Dentro de la red</u> <u>Sin cobertura</u>
Tratamientos de conducto	Hasta 1 tratamiento de conducto por año.	<u>Sin cobertura</u>
Sarro y alisado radicular (D4341, D4342)	Hasta 1 por cuadrante por período de 36 meses.	<u>Sin cobertura</u>
Extracciones	Hasta 2 extracciones por año.	Limitado a 1 extracción por año.
	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 58% de las tarifas no participantes.	<u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 50% de las tarifas no participantes
Capacitación para el automanejo de la diabetes	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total
Programa de prevención de la diabetes	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total
Examen de retina para diabéticos	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total
Suministros para la diabetes y zapatos y plantillas terapéuticas para diabéticos	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	El reembolso total está sujeto al subsidio máximo anual de beneficios del plan	subsidio máximo anual de beneficios del plan. El reembolso total está sujeto al subsidio máximo anual de beneficios del plan
Exámenes de detección del glaucoma	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total
Audífonos	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 58%	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 50%
Exámenes auditivos (de rutina), incluido el ajuste de los audífonos	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 58% del máximo permitido.	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 50% del máximo permitido
Servicios de salud en el hogar	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Hospital para pacientes hospitalizados, críticos	<u>Dentro de la red</u> \$320 de copago por día para los días 1 a 6 \$0 de copago por día para los días 7 a 90 El copago por estadía cubierta por Medicare incluye el día de admisión y el día del alta. <u>Fuera de la red</u> 42% del costo total por visita	<u>Dentro de la red</u> \$385 de copago por día para los días 1 a 7 \$0 de copago por día para los días 8 a 90 El copago por estadía cubierta por Medicare incluye el día de admisión y el día del alta. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por visita después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Laboratorio	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Terapia de linfedema	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Insumos médicos	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un coseguro del 0% por los insumos médicos <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un coseguro del 20% por los insumos médicos <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios dentales cubiertos por Medicare (que no sean de rutina)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$45 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare (que no sean de rutina) <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Dentro de la red</u> Paga \$60 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare (que no sean de rutina) <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Exámenes de la vista cubiertos por Medicare (que no sean de rutina)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$45 de copago por servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.	<u>Dentro de la red</u> Paga \$60 de copago por servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Artículos para la visión cubiertos por Medicare (que no son de rutina)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Exámenes de la audición cubiertos por Medicare (que no sean de rutina)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$45 de copago por un examen de la audición cubierto por Medicare (que no sea de rutina)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$60 de copago por un examen de la audición cubierto por Medicare (que no sea de rutina)
	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (medicamentos de quimioterapia)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (incluidos los medicamentos de insulina a través de equipo médico duradero)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Avastin® (bevacizumab)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (Inyección antialérgica)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (todos los demás medicamentos de la Parte B)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Rehabilitación de terapia ocupacional	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$40 de copago por rehabilitación de terapia ocupacional <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$50 por rehabilitación de terapia ocupacional <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Programa de tratamiento con opioides	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$20 de copago por cada tratamiento con opioides <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$40 de copago por cada tratamiento con opioides <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Otro profesional de atención médica	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Establecimiento de cuidados ambulatorios (por visita) (Cirugía y otros procedimientos)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$295 de copago por visita <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Dentro de la red</u> Paga \$350 de copago por visita <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Observación en un hospital de cuidados ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$125 de copago por observación en un hospital para pacientes ambulatorios <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Dentro de la red</u> Paga \$130 de copago por observación en un hospital para pacientes ambulatorios <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios de atención ambulatoria	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un hospital para pacientes ambulatorios Usted paga \$295 de copago por una broncoscopia de diagnóstico en un hospital para pacientes ambulatorios Usted paga \$295 de copago por todos los demás servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$350 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un hospital para pacientes ambulatorios Usted paga \$0 de copago por una broncoscopia de diagnóstico en un hospital para pacientes ambulatorios Usted paga \$350 de copago por todos los demás servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Terapia de salud mental para pacientes ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$20 de copago por cada terapia de salud mental para pacientes ambulatorios (sesión grupal o individual) <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$30 de copago por cada sesión grupal de terapia de salud mental para pacientes ambulatorios Usted paga \$40 de copago por cada sesión individual de terapia de salud mental para pacientes ambulatorios <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$20 de copago por cada servicio de trastornos por consumo de sustancias (sesión grupal o individual) <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$30 de copago por cada sesión grupal de servicio de trastornos por consumo de sustancias Usted paga \$40 de copago por cada sesión individual de servicio de trastornos por consumo de sustancias <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Artículos de venta libre	<u>Dentro de la red</u> \$47 cada 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> \$30 cada 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.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	Disponible por teléfono, correo y catálogo. <u>Fuera de la red</u> La cobertura se limita a los servicios de proveedores aprobados por el plan	Disponible por teléfono, correo y catálogo. <u>Fuera de la red</u> La cobertura se limita a los servicios de proveedores aprobados por el plan
Hospitalización parcial (sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$20 de copago por hospitalización parcial (sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios) <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$50 de copago por hospitalización parcial (sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios) <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Rehabilitación de fisioterapia	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$40 de copago por rehabilitación de fisioterapia <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$45 por rehabilitación de fisioterapia <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Médico especialista	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$45 de copago por los servicios de un médico especialista <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$60 de copago por los servicios de un médico especialista <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Podología	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios médicos preventivos (cubiertos por Medicare)	<u>Dentro de la red</u> Paga \$0 de copago por servicios preventivos cubiertos por Medicare • Prueba de detección de cáncer colorrectal <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Dentro de la red</u> Paga \$0 de copago por servicios preventivos cubiertos por Medicare • Exámenes de detección de cáncer colorrectal ◦ Pruebas de biomarcadores en sangre ◦ Colonoscopias ◦ Colonografía por tomografía computarizada (CT) ◦ Pruebas de sangre oculta en heces ◦ Sigmoidoscopias flexibles ◦ Pruebas de ADN en heces de múltiples cadenas • Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (VHB) • Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Médico de atención primaria	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Prótesis, ortopedia y suministros relacionados	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios psiquiátricos	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$20 de copago por cada servicio psiquiátrico (sesión grupal o individual)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$30 de copago por cada sesión grupal de servicios psiquiátricos Usted paga \$40 de copago por cada sesión individual de servicios psiquiátricos <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Servicios de rehabilitación pulmonar	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago para los días 1 a 20 Un \$214 de copago para los días 21 a 100 <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago para los días 1 a 20 Un \$218 de copago para los días 21 a 100 <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Rehabilitación de terapia del habla	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$40 de copago por rehabilitación de terapia del habla <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$45 por rehabilitación de terapia del habla <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950
Terapia de ejercicio supervisado (SET)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 42% del costo total	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de Telesalud	<u>Dentro de la red</u> Usted paga lo siguiente por cada beneficio que se indica a continuación: • Servicios que se necesitan con urgencia: \$30 de copago • Proveedor de su elección: \$0 de copago • Terapia ocupacional: \$40 de copago • Fisioterapia: \$40 de copago • Terapia del habla: \$40 de copago • Servicios de dermatología: \$45 de copago • Servicios especializados de salud mental: \$20 de copago • Servicios especializados de psiquiatría: \$20 de copago • Tratamiento con opioides: \$20 de copago • Servicios para trastornos por consumo de sustancias: \$20 de copago • Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 de copago • Servicios de nutricionistas: \$0 de copago <u>Fuera de la red</u> Usted paga lo siguiente por cada beneficio que se indica a continuación: • Servicios que se necesitan con urgencia: \$30 de copago	<u>Dentro de la red</u> Usted paga lo siguiente por cada beneficio que se indica a continuación: • Servicios que se necesitan con urgencia: \$50 de copago • Proveedor de su elección: \$0 de copago • Terapia ocupacional: \$50 de copago • Fisioterapia: \$45 de copago • Terapia del habla: \$45 de copago • Servicios de dermatología: \$60 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 <u>Fuera de la red</u> Usted paga lo siguiente por cada beneficio que se indica a continuación:

2025 (este año)	2026 (próximo año)
• Proveedor de su elección: 42% del costo total • Terapia ocupacional: 42% del costo total • Fisioterapia: 42% del costo total • Terapia del habla: 42% del costo total • Servicios de dermatología: 42% del costo total • Servicios especializados de salud mental: 42% del costo total • Servicios especializados de psiquiatría: 42% del costo total • Tratamiento con opioides: 42% del costo total • Servicios para trastornos por consumo de sustancias: 42% del costo total • Capacitación para el autocontrol de la diabetes: 42% del costo total • Servicios de nutricionistas: 42% del costo total	• Servicios que se necesitan con urgencia: \$50 de copago • Proveedor de su elección: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950 • Terapia ocupacional: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950 • Fisioterapia: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950 • Terapia del habla: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950 • Servicios de dermatología: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950 • Servicios especializados de salud mental: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950 • Servicios especializados de psiquiatría: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950 • Tratamiento con opioides: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$950 • Servicios para trastornos por consumo de sustancias:

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Radiografías	Fuera de la red Usted paga el 42% del costo total	Fuera de la red Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$950

Sección 1.6: 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. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos en forma electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos 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 ha pasado a otro nivel de costo compartido.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo 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 tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con la persona autorizada a dar recetas para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o encontrar un medicamento nuevo. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) para obtener más información.

Sección 1.7: Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

¿Recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplica a usted.** Le hemos enviado un material por separado denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados*, que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no recibió este material antes del 30 de septiembre de 2025, llame a Servicios para

Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773) y solicite la *cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay **3 etapas de pago de medicamentos**: la etapa del deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapas de pago de medicamentos***
 - ***Etapas de pago de medicamentos***

Comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de marca preferidos, medicamentos no preferidos y medicamentos especializados hasta que alcance el deducible anual.

- ***Etapas de pago de medicamentos***
 - ***Etapas de pago de medicamentos***
 - ***Etapas de pago de medicamentos***

Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. En esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, puede permanecer en esta etapa hasta que el total de los costos de los medicamentos del año a la fecha alcancen \$2,100.

- ***Etapas de pago de medicamentos***
 - ***Etapas de pago de medicamentos***
 - ***Etapas de pago de medicamentos***
 - ***Etapas de pago de medicamentos***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. Durante esta etapa, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente, usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura ha sido sustituido por el Programa de Descuentos del Fabricante. Conforme al Programa de Descuentos del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro 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 situaciones catastróficas. Los descuentos que pagan los fabricantes dentro del Programa de Descuentos del Fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por medicamento recetado durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	\$175 Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 por medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos); de \$0 por medicamentos en el Nivel 2 (medicamentos genéricos); \$0 por medicamentos en el Nivel 6 (medicamentos de cuidados seleccionados) y el costo total de medicamentos en el Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual.	\$615 Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 por los medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos); de \$0 por los medicamentos en el Nivel 2 (medicamentos genéricos); de \$0 por los medicamentos en el Nivel 6 (medicamentos de cuidados seleccionados); y el costo total de los medicamentos en el Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, los costos de un suministro a largo plazo o para recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 1 – medicamentos Genéricos preferido: Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	\$0 El costo de una receta de pedido por correo para un mes es de \$0.	\$0 El costo de una receta de pedido por correo para un mes es de \$0.
Nivel 2 – medicamentos genéricos: Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	\$0 El costo de una receta de pedido por correo para un mes es de \$0.	\$0 El costo de una receta de pedido por correo para un mes es de \$0.
Nivel 3 – medicamentos de marca preferidos: Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	25% del costo total. Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel. El costo de una receta de pedido por correo para un mes es del 25% del costo total.	21% del costo total. Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel. El costo de una receta de pedido por correo para un mes es del 21% del costo total.
Nivel 4 – medicamentos no preferidos: Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente,	25% del costo total Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.	30% del costo total. Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
búsquelos en la Lista de medicamentos.	El costo de una receta de pedido por correo para un mes es del 25% del costo total.	El costo de una receta de pedido por correo para un mes es del 30% del costo total.
Nivel 5 - Medicamentos especializados Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	30% del costo total. Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.	25% del costo total. Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
Nivel 6 - Medicamentos de cuidados seleccionados Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	El costo de una receta de pedido por correo para un mes es del 30% del costo total. \$0 El costo de una receta de pedido por correo para un mes es de \$0.	El costo de una receta de pedido por correo para un mes es del 25% del costo total. \$0 El costo de una receta de pedido por correo para un mes es de \$0.

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a gestionar los costos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, ya que los distribuye a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Es posible que participe en esta opción de pago.	Si está participando en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para conocer más sobre esta opción de pago, llámenos al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Si desea mantener BlueMedicare Value (PPO), no necesita hacer nada. A menos que se inscriba en un plan distinto o cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre de 2025, automáticamente quedará inscrito en nuestro plan BlueMedicare Value (PPO).

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

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbese en el plan nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare Value (PPO).
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare Value (PPO).
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 1.1).

- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y Usted 2026*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, Florida Blue Medicare ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta médica de Medicare. Estos otros planes pueden tener coberturas, primas mensuales y montos de costos compartidos diferentes.

Sección 3.1: Plazo para el cambio de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre** de cada año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o a Original Medicare (con o sin cobertura por separado para medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2: ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

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

- Tengo Medicaid
- Reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos.
- Tiene o dejará de recibir la cobertura de un empleador
- Se mudan fuera del área de servicio del plan.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o a Original Medicare (con o sin cobertura por separado de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si salió recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de cambiarse a Original Medicare durante 2 meses completos después de que se haya mudado.

SECCIÓN 4 Reciba ayuda para pagar los medicamentos recetados

Puede reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales del

plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - Al Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - O a la oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia de costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, incluido un comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia del costo compartido de los medicamentos recetados mediante el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA de Florida. Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al ADAP de Florida directamente al 1-800-352-2437 (TTY: 1-888-503-7118) o escríbales por correo postal a: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399. Asegúrese, cuando llame, de informarles el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.
 - **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a gestionar los costos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan que debe pagar de su bolsillo y distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **La nueva opción de pago podría ayudarlo a gestionar sus gastos pero no le ahorrará dinero ni reducirá el costo de sus medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica y del ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para conocer más sobre esta opción de pago, llámenos al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Obtenga ayuda de BlueMedicare Value (PPO)

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

Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura* para 2026**

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

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

En nuestro sitio web se encuentra la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores/Directorio de farmacias) y nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

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

Llame al SHINE para obtener asesoramiento personalizado y gratuito sobre seguros médicos. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a SHINE al 1-800-963-5337. Puede conocer más de SHINE visitando (www.FLORIDASHINE.org).

Cómo obtener ayuda de Medicare

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

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

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite www.medicare.gov**

El sitio web oficial de Medicare tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y Usted 2026***

El manual *Medicare y Usted 2026* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Consiga una copia en www.Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Notificación de la Sección 1557: La discriminación es ilegal

Cumplimos con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. No discriminamos a las personas o las tratamos de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Proporcionamos:

- Ayudas auxiliares gratuitas, modificaciones razonables y servicios para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles)
- Servicios gratuitos de asistencia lingüística para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con:

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

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

Cobertura de salud y visión (incluidos miembros de FEP):

Section 1557 Coordinator
4800 Deerwood Campus Parkway, DCC 1-7
Jacksonville, FL 32246
1-800-477-3736 ext. 29070
1-800-955-8770 (TTY)
Fax: 1-904-301-1580
Section1557Coordinator@bcbsfl.com

Cobertura dental, de vida y de discapacidad:

Civil Rights Coordinator
17500 Chenal Parkway
Little Rock, AR 72223
1-800-260-0331
1-800-955-8770 (TTY)
civilrightscordinator@fclife.com

Puede presentar una queja en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de la Sección 1557 o el Coordinador de Derechos Civiles están disponibles para ayudarlo. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), de manera electrónica a través del Portal para Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services

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

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

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

87768 0625R

Form Approved
OMB# 0938-1421

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

T'áa free yínílt'a'go saad bee áká anilyeedígíí, álk'ida'ánígíí, dóó t'áa ajiłii hane' bee áká anilyeedígíí t'éiyá éí hołne'. 1-800-352-2583 bich'í' náhodooni, FEP bich'í' 1-800-333-2227 bich'í' náhodooni,

Medicare bich'í' 1-800-926-6565 bich'í' náhodoonih, (TTY 711).