

BlueMedicare Select (PPO) ofrecido por Florida Blue

Notificación anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de BlueMedicare Select (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 Select (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 Select (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 Select (PPO).*
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, será inscrito automáticamente en BlueMedicare Select (HMO).** *A partir del 1.º de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de BlueMedicare Select (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
<i>Sección 1.1: Cambios en la prima mensual del plan.....</i>	<i>7</i>
<i>Sección 1.2: Cambios en los gastos máximos a su cargo</i>	<i>7</i>
<i>Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores.....</i>	<i>8</i>
<i>Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias.....</i>	<i>9</i>
<i>Sección 1.5: Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos.....</i>	<i>9</i>
<i>Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</i>	<i>30</i>
<i>Sección 1.7: Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados.....</i>	<i>31</i>
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	34
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	35
<i>Sección 3.1: Plazo para el cambio de plan</i>	<i>35</i>
<i>Sección 3.2: ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?.....</i>	<i>36</i>
SECCIÓN 4 Reciba ayuda para pagar los medicamentos recetados	36
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?	37
<i>Obtenga ayuda de BlueMedicare Select (PPO)</i>	<i>37</i>
<i>Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.....</i>	<i>38</i>
<i>Cómo obtener ayuda de Medicare.....</i>	<i>38</i>

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* <i>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.</i>	\$112.90	\$153.70
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> \$1,500 por servicios cubiertos por Medicare recibidos fuera de la red.
Gastos máximos a su cargo <i>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.)</i>	<i>De proveedores de la red:</i> \$5,900 <i>De proveedores de la red y fuera de la red combinados:</i> \$10,100	<i>De proveedores de la red:</i> \$6,750 <i>De proveedores de la red y fuera de la red combinados:</i> \$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: 40% 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 \$1,500

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Visitas al consultorio de un especialista	<u>Dentro de la red</u> \$45 de copago por visita	<u>Dentro de la red</u> \$60 de copago por visita \$0 de copago por exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio
	<u>Fuera de la red</u> 40% del costo total por visita	<u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por visita después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Atención para pacientes hospitalizados <i>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.</i>	<u>Dentro de la red</u> \$225 de copago por día para los días 1 a 7 después del día 7 \$0 de copago por día para los días 8 a 90 <u>Fuera de la red</u> \$200 de copago para los días 1 a 27 \$0 de copago para los días 28 a 90	<u>Dentro de la red</u> \$350 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> \$200 de copago por día para los días 1 a 27 después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500 \$0 de copago por día del día 28 al día 90
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más información.)	\$290 <i>Se aplica a los Niveles 1 (medicamentos genéricos preferidos), 2 (medicamentos genéricos), 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.</i>	\$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	<i>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</i>	Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:
<i>(Consulte la Sección 1.7 para obtener más información, incluidas las etapas de deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).</i>	<i>Medicamentos de Nivel 1:</i> \$3	Nivel de medicamento 1: \$0
	<i>Nivel de medicamento 2:</i> \$10	Nivel de medicamento 2: \$0
	<i>Nivel de medicamento 3:</i> 25%	Nivel de medicamento 3: 20%
	<i>Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel</i>	Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel
	<i>Nivel de medicamento 4:</i> 25%	Nivel de medicamento 4: 30%
	<i>Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel</i>	Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel
	<i>Nivel de medicamento 5:</i> 28%	Nivel de medicamento 5: 25%
	<i>Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel</i>	Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel
	<i>Nivel de medicamento 6:</i> \$0	Nivel de medicamento 6: \$0
	<i>Etapas de cobertura para eventos médicos catastróficos: Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</i>	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	\$112.90	\$153.70
(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).		

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.
- Ayuda adicional: la prima mensual del plan será menor si recibe Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos. Consulte la Sección 4 para obtener más información sobre la Ayuda Adicional 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.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Gasto máximo a su cargo dentro de la red	\$5,900	\$6,750
		Una vez que haya pagado \$6,750 en costos de su bolsillo por los servicios cubiertos de

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<i>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.</i> <i>La prima de nuestro plan y sus costos por medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de gastos que paga de su bolsillo.</i>		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 de la red durante el resto del año calendario.
Cantidad combinada de gastos máximos a su cargo <i>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como copagos) de proveedores dentro y fuera de la red cuentan para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo.</i> <i>Sus primas del plan y costos por medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cuentan para el monto máximo de gastos que paga de su bolsillo por servicios médicos.</i>	\$10,100	\$10,100 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.

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	Fuera de la red Usted paga el 40% del costo total	Fuera de la red Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes	<u>Dentro de la red</u> <i>Paga \$50 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes en el consultorio de un médico</i>	<u>Dentro de la red</u> Paga \$75 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes en el consultorio de un médico
	<i>Paga \$150 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes que se brindan en un hospital para pacientes ambulatorios</i>	Paga \$250 de copago para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes que se brindan en un hospital para pacientes ambulatorios
	<i>Paga \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico en el consultorio del médico, en un Centro de Evaluación de Diagnóstico Independiente (IDTF) o en un hospital para pacientes ambulatorios</i>	Paga \$75 de copago por una mamografía de diagnóstico en el consultorio de un médico
	<i>Paga \$50 de copago por una ecografía de diagnóstico en el consultorio de un médico</i>	Paga \$100 de copago por una mamografía de diagnóstico en un Centro de Evaluación de Diagnóstico Independiente (IDTF)
	<i>Paga \$100 de copago por una ecografía de diagnóstico en un Centro de Evaluación de Diagnóstico Independiente (IDTF)</i>	Paga \$250 de copago por una mamografía de diagnóstico en una instalación hospitalaria para pacientes ambulatorios
	<i>Paga \$150 de copago por una ecografía de diagnóstico en una instalación hospitalaria para pacientes ambulatorios</i>	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> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Pruebas de alergia (consultorio)	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Ambulancia	<u>Dentro de la red</u> <i>Paga \$150 de copago por cada viaje de ida en ambulancia terrestre o aérea</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Paga \$150 por cada viaje de ida en ambulancia terrestre o aérea</i>	<u>Dentro de la red</u> Paga \$0 de copago por traslado de centro a centro en ambulancia terrestre Paga \$300 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 \$300 de copago por cada viaje de ida en ambulancia terrestre Paga el 20% del costo total del viaje de ida en ambulancia aérea

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC).</i> <i>Paga \$150 de copago por una broncoscopia de diagnóstico en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC)</i> <i>Paga \$150 de copago por todos los demás servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Paga \$275 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 \$275 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 \$1,500
Enema de bario	<u>Dentro de la red</u> <i>Paga \$0 de copago por un enema de bario</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	El enema de bario <u>no</u> está cubierto
Servicios de sangre (no se aplica el deducible de 3 pintas)	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Apoyo del cuidador	<u>Dentro de la red</u> <i>\$0 de copago</i> <i>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:</i> • <i>Una herramienta basada en la web que incluye contenido educativo</i> ◦ <i>Acceso para que los cuidadores y familiares publiquen actualizaciones y videos,</i> ◦ <i>herramientas para administrar documentos,</i> ◦ <i>herramientas de búsqueda (es decir, búsqueda de viviendas para adultos mayores y de atención en el hogar).</i> <i>Vea la “Evidencia de cobertura” para conocer los detalles de los beneficios.</i> <u>Fuera de la red</u> <i>La cobertura se limita a los servicios de proveedores aprobados por el plan</i>	El apoyo del cuidador <u>no</u> está cubierto

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios quiroprácticos	<u>Dentro de la red</u> <i>Paga \$20 de copago por servicios quiroprácticos</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Paga \$15 de copago por servicios quiroprácticos <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Servicios dentales* (beneficios adicionales)	<u>Fuera de la red</u> <i>El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 58% de las tarifas no participantes</i>	<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> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<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> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total
Examen de retina para diabéticos	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<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> <i>Usted paga el 20% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Examen de tacto rectal	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<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> <i>Paga 0% de coseguro por equipo médico duradero</i>	<u>Dentro de la red</u> Paga 20% de coseguro por equipo médico duradero
	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	Paga un coseguro del 0% por asiento elevado estándar para el inodoro o asiento estándar para la bañera
		<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
ECG después de la visita de bienvenida	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total
Servicios de emergencia	<u>Dentro y Fuera de la Red</u> <i>Usted paga \$125 de copago por visita</i>	<u>Dentro y Fuera de la Red</u> Usted paga \$130 de copago por visita

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Marcos y lentes de anteojos (materiales para la visión)	<u>Fuera de la red</u> <i>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.</i> <i>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.</i> <i>El reembolso total está sujeto al subsidio máximo anual de beneficios del plan</i>	<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 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> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total
Audífonos	<u>Fuera de la red</u> <i>El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 58%</i>	<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> <i>El miembro debe presentar los recibos para el reembolso del 58% del máximo permitido.</i>	<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> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Hospital para pacientes hospitalizados, críticos	<u>Dentro de la red</u> \$225 de copago por día para los días 1 a 7 y un \$0 de copago después del día 7	<u>Dentro de la red</u> \$350 de copago por día para los días 1 a 7 y un \$0 de copago después del día 7

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	\$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> \$200 de copago por día para los días 1 a 27 \$0 de copago por día para los días 28 a 90	\$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> \$200 de copago por día para los días 1 a 27 después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500 \$0 de copago por día del día 28 al día 90
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 \$200 de copago por día para los días 1 a 27 \$28 de copago por día para los días 90 a	<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 \$200 de copago por día para los días 1 a 27 después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500 \$0 de copago por día del día 28 al día 90

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Rehabilitación cardíaca intensiva	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$55 de copago para la rehabilitación cardíaca intensiva</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<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 \$1,500
Servicios de programas intensivos para pacientes ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> <i>Paga \$20 de copago por servicios de programas intensivos para pacientes ambulatorios</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<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 \$1,500
Servicios de educación para enfermedades de los riñones	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total
Laboratorio	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Terapia de linfedema	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Insumos médicos	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga un coseguro del 0% por los insumos médicos</i>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un coseguro del 20% por los insumos médicos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Servicios dentales cubiertos por Medicare (que no sean de rutina)	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$45 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare (que no sean de rutina)</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<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 \$1,500
Exámenes de la vista cubiertos por Medicare (que no sean de rutina)	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$45 de copago por servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<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 <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Artículos para la visión cubiertos por Medicare (que no son de rutina)	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Exámenes de la audición cubiertos por Medicare (que no sean de rutina)	<u>Dentro de la red</u>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por las pruebas básicas de equilibrio

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<i>Usted paga \$45 de copago por un examen de la audición cubierto por Medicare (que no sea de rutina)</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	Usted paga \$60 de copago por la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un especialista <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (medicamentos de quimioterapia)	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
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> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Avastin® (bevacizumab)	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (Inyección antialérgica)	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (todos los demás medicamentos de la Parte B)	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 42% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Rehabilitación de terapia ocupacional	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Programa de tratamiento con opioides	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$20 de copago por cada tratamiento con opioides</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<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 \$1,500
Otro profesional de atención médica	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Establecimiento de cuidados ambulatorios (por visita) (Cirugía y otros procedimientos)	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$130 de copago por visita</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$325 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 \$1,500

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Observación en un hospital de cuidados ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$125 de copago por observación en un hospital para pacientes ambulatorios</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<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 \$1,500
Servicios de atención ambulatoria	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un hospital para pacientes ambulatorios</i> <i>Usted paga \$130 de copago por una broncoscopia de diagnóstico en un hospital para pacientes ambulatorios</i> <i>Usted paga \$130 de copago por todos los demás servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$325 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 \$325 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 \$1,500
Terapia de salud mental para pacientes ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$20 de copago por cada terapia de salud mental para pacientes ambulatorios (sesión grupal o individual)</i>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$30 de copago por cada sesión grupal de terapia de salud mental para pacientes ambulatorios

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	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 \$1,500
Servicios de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$20 de copago por cada servicio de trastornos por consumo de sustancias (sesión grupal o individual)</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<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 \$1,500
Hospitalización parcial (sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios)	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$20 de copago por hospitalización parcial (sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios)</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<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 \$1,500

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Rehabilitación de fisioterapia	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Médico especialista	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$45 de copago por los servicios de un médico especialista</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$60 de copago por los servicios de un médico especialista Paga \$0 de copago por exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio <u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Podología	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Servicios médicos preventivos (cubiertos por Medicare)	<u>Dentro de la red</u> <i>Paga \$0 de copago por servicios preventivos cubiertos por Medicare</i> Exámenes de detección de cáncer colorrectal <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<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)

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		o Pruebas de sangre oculta en heces
		- o Sigmoidoscopias flexibles - o 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
Médico de atención primaria	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Prótesis, ortopedia y suministros relacionados	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga un coseguro del 20% por medias de compresión</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un coseguro del 0% por medias de compresión <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Servicios psiquiátricos	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$20 de copago por cada servicio psiquiátrico (sesión grupal o individual)</i>	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$30 de copago por cada sesión grupal de servicios psiquiátricos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		Usted paga \$40 de copago por cada sesión individual de servicios psiquiátricos
	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Servicios de rehabilitación pulmonar	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga \$0 de copago para los días 1 a 20</i> <i>Un \$214 de copago para los días 21 a 100</i> <u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<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> Usted paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Rehabilitación de terapia del habla	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Terapia de ejercicio supervisado (SET)	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de Telesalud	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga lo siguiente por cada beneficio que se indica a continuación:</i> • Servicios que se necesitan con urgencia: \$25 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 • Trastorno por abuso de sustancias de psiquiatría: \$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> <i>Usted paga lo siguiente por cada beneficio que se indica a continuación:</i>	<u>Dentro de la red</u> <i>Usted paga lo siguiente por cada beneficio que se indica a continuación:</i> • Servicios que se necesitan Servicios: \$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: \$60 de copago • Servicios especializados de salud mental: \$40 de copago • Tratamiento con opioides: \$40 de copago • Trastorno por abuso de sustancias de salud mental: \$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> <i>Usted paga lo siguiente por cada beneficio que se indica a continuación:</i>

2025 (este año)	2026 (próximo año)
• <i>Servicios que se necesitan con urgencia: \$25 de copago</i> • <i>Proveedor de su elección: 40% del costo total</i> • <i>Terapia ocupacional: 40% del costo total</i> • <i>Fisioterapia: 40% del costo total</i> • <i>Terapia del habla: 40% del costo total</i> • <i>Servicios de dermatología: 40% del costo total</i> • <i>Servicios especializados de salud mental: 40% del costo total</i> • <i>Servicios especializados de psiquiatría: 40% del costo total</i> • <i>Tratamiento con opioides: 40% del costo total</i> • <i>Trastorno por abuso de sustancias</i> <i>Servicios: 40% del costo total</i> • <i>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: 40% del costo total</i> • <i>Servicios de nutricionistas: 40% del costo total</i>	• 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 \$1,500 • Terapia ocupacional: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$1,500 • Fisioterapia: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$1,500 • Terapia del habla: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$1,500 • Servicios de dermatología: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$1,500 • Servicios especializados de salud mental: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$1,500 • Servicios especializados de psiquiatría: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$1,500

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		• Tratamiento con opioides: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$1,500 • Servicios para trastornos por consumo de sustancias: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de \$1,500 • 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 \$1,500
Servicios de radiología terapéutica	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500
Atención que se necesita con urgencia	<u>Dentro y Fuera de la Red</u> <i>Usted paga \$25 de copago por cada visita de atención de urgencia a un centro de atención de urgencia o un centro de consultas sin cita previa</i>	<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> <i>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.</i>	<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.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de atención médica inmediata/de emergencia en todo el mundo	<u>Dentro y Fuera de la Red</u> <i>Paga \$125 de copago para servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo</i>	<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
Radiografías	<u>Fuera de la red</u> <i>Usted paga el 40% del costo total</i>	<u>Fuera de la red</u> Paga el 50% del costo total después de alcanzar el deducible fuera de la red de \$1,500

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 1: Deducible anual***

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 2: Cobertura inicial***

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 3: Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos***

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	\$290 Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 por los medicamentos en el Nivel 6 (medicamentos de cuidados seleccionados) y el costo total de los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), Nivel 2 (medicamentos genéricos), 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, de \$0 por los medicamentos en el Nivel 2, 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, búsquelos 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 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.	\$3 El costo de una receta de pedido por correo para un mes es de \$3.	\$0 El costo de una receta de pedido por correo para un mes es de \$0.
Nivel 2 – medicamentos genérico: 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.	\$10 El costo de una receta de pedido por correo para un mes es de \$10.	\$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.	20% 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 20% del 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)
<i>búsquelos en la Lista de medicamentos.</i>	<i>El costo de una receta de pedido por correo para un mes es del 25% del costo total.</i>	El costo de una receta de pedido por correo para un mes es del 30% del costo total.
Nivel 5 - Medicamentos especializados <i>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.</i>	<i>28% del costo total.</i> <i>Paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</i> <i>El costo de una receta de pedido por correo para un mes es del 28% del total.</i>	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.
Nivel 6: Medicamentos de cuidados seleccionados <i>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.</i>	<i>\$0</i> <i>El costo de una receta de pedido por correo para un mes es de \$0.</i>	\$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	<i>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</i>	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.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<i>calendario (de enero a diciembre). Es posible que participe en esta opción de pago.</i>	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 Select (PPO), no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan distinto ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre de 2025, automáticamente quedará inscrito en nuestro plan BlueMedicare Select (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 Select (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 Select (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 ayudarlo 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 Select (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 Select (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 કૌંઈ 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 yíníłta'go saad bee áká anilyeedígíí, ałk'ida'ánígíí, dóó t'áa ajíłii hane' bee áká anilyeedígíí t'éiyá éí hołne'. 1-800-352-2583 bich'í' náhodoonih, FEP bich'í' 1-800-333-2227 bich'í' náhodoonih, Medicare bich'í' 1-800-926-6565 bich'í' náhodoonih, (TTY 711).