

## ***FHCP Medicare Classic (HMO) ofrecido por Florida Blue Medicare, Inc. (DBA FHCP Medicare)***

### **Notificación anual de cambios para 2026**

Usted está inscrito como miembro de FHCP Medicare Premier Advantage (HMO).

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 FHCP Medicare Classic (HMO).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite [www.Medicare.gov](http://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.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com) o llame a Servicios para Miembros al 1-833-866-6559 (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 1-833-866-6559 (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 FHCP Medicare Classic (HMO)**

- FHCP Medicare es un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en FHCP Medicare depende de la renovación del contrato.
- Cuando este material dice "nosotros", "nos" o "nuestro", quiere decir Florida Blue Medicare, Inc. (cuyo nombre comercial es FHCP Medicare). Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa FHCP Medicare Classic (HMO).

- El 1.º de enero de 2026, el nombre de nuestro plan cambiará de FHCP Medicare Premier Advantage (HMO) a FHCP Medicare Classic (HMO). Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro con nuestro nombre nuevo. De aquí en adelante, nuestro nombre nuevo, FHCP Medicare Classic (HMO), estará en todos los materiales.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, será inscrito automáticamente en FHCP Medicare Classic (HMO).** A partir del 1.º de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de FHCP Medicare Classic (HMO). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar un cambio.

## Índice de contenido

|                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para 2026.....</b>                                | <b>4</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>      | <b>7</b>  |
| 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 .....                                  | 8         |
| 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 ..... | 15        |
| Sección 1.7: Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados..... | 16        |
| <b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....</b>                                      | <b>21</b> |
| <b>SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan .....</b>                                        | <b>23</b> |
| Sección 3.1: Plazo para el cambio de plan .....                                    | 23        |
| Sección 3.2: ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio? .....               | 24        |
| <b>SECCIÓN 4 Reciba ayuda para pagar los medicamentos recetados .....</b>          | <b>24</b> |
| <b>SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas? .....</b>                                           | <b>25</b> |
| Obtenga ayuda de FHCP Medicare Classic (HMO) .....                                 | 25        |
| Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare .....                                | 26        |
| Cómo obtener ayuda de Medicare .....                                               | 26        |

**Resumen de costos importantes para 2026**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2025 (este año)                                                                                | 2026 (próximo año)                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br><br>* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0                                                                                            | \$0                                                                                                                     |
| <b>Gastos máximos a su cargo</b><br><br>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.<br>(Consulte la Sección 1.2 para obtener más información.)                                                                                                                                                                                                                   | \$5,100                                                                                        | \$9,250                                                                                                                 |
| <b>Visitas al consultorio de atención primaria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$0 de copago por visita                                                                       | <b>\$0 de copago por visita</b>                                                                                         |
| <b>Visitas al consultorio de un especialista</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$0 de copago - \$30 por visita                                                                | <b>\$5 de copago - \$50 por visita</b>                                                                                  |
| <b>Atención para pacientes hospitalizados</b><br><br>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. | \$320 de copago por día para los días 1 a 6 y \$0 de copago luego del día 6.                   | <b>\$480 de copago por día para los días 1 a 5 y \$0 de copago luego del día 5.</b>                                     |
| <b>Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D</b><br><br>(Consulte la Sección 1.7 para obtener más información)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$295<br><br>(Se aplica a los Niveles 4 y 5) excepto para productos de insulina cubiertos y la | <b>\$615</b><br><br><b>(Se aplica a los Niveles 4 y 5) excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de</b> |

|                                                                                                                                                                    | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                    | mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | las vacunas para adultos de la Parte D.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Cobertura de medicamentos de la Parte D</b>                                                                                                                     | Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| (Consulte la Sección 1.7 para obtener más información, incluidas las etapas de deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas). | <p><b>Nivel de medicamento 1:</b><br/> <i>Costo compartido estándar:</i><br/>           \$17 de copago<br/> <i>Costo compartido preferido:</i><br/>           \$0 de copago</p> <p><b>Nivel de medicamento 2:</b><br/> <i>Costo compartido estándar:</i><br/>           \$20 de copago<br/> <i>Costo compartido preferido:</i><br/>           \$5 de copago</p> <p><b>Nivel de medicamento 3:</b><br/> <i>Costo compartido estándar:</i><br/>           \$47 de copago<br/>           Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.<br/> <i>Costo compartido preferido:</i><br/>           \$44 de copago<br/>           Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><b>Nivel de medicamento 4:</b><br/> <i>Costo compartido estándar:</i><br/>           25% del costo total. Paga \$35 por suministro mensual de</p> | <p><b>Nivel de medicamento 1:</b><br/> <i>Costo compartido estándar:</i><br/>           \$17 de copago<br/> <i>Costo compartido preferido:</i><br/>           \$0 de copago</p> <p><b>Nivel de medicamento 2:</b><br/> <i>Costo compartido estándar:</i><br/>           \$20 de copago<br/> <i>Costo compartido preferido:</i><br/>           \$10 de copago</p> <p><b>Nivel de medicamento 3:</b><br/> <i>Costo compartido estándar:</i><br/>           \$47 de copago<br/>           Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.<br/> <i>Costo compartido preferido:</i><br/>           \$44 de copago<br/>           Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><b>Nivel de medicamento 4:</b><br/> <i>Costo compartido estándar:</i><br/>           25% del costo total. Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de</p> |

|  | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/>25% del costo total. Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><b>Nivel de medicamento 5:</b><br/><i>Costo compartido estándar:</i><br/>29% del costo total. Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/>29% del costo total<br/>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><b>Nivel de medicamento 6:</b><br/><i>Costo compartido estándar:</i><br/>\$0 de copago<br/><i>Costo compartido preferido:</i><br/>\$0 de copago</p> <p><b>Etapas de cobertura para eventos médicos catastróficos:</b><br/>Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> | <p><b>insulina cubierto de este nivel.</b></p> <p><b><i>Costo compartido preferido:</i></b><br/><b>25% del costo total. Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</b></p> <p><b>Nivel de medicamento 5:</b><br/><b><i>Costo compartido estándar:</i></b><br/><b>25% del costo total. Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</b></p> <p><b><i>Costo compartido preferido:</i></b><br/><b>25% del costo total</b><br/><b>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</b></p> <p><b>Nivel de medicamento 6:</b><br/><b><i>Costo compartido estándar:</i></b><br/><b>\$0 de copago</b><br/><b><i>Costo compartido preferido:</i></b><br/><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>Etapas de cobertura para eventos médicos catastróficos:</b><br/><b>Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</b></p> |

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)                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare). | \$0             | <i>No hay cambios para el próximo año.</i> |

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.

|                                                                                                                                            | 2025 (este año) | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Gastos máximos a su cargo</b>                                                                                                           | \$5,100         | \$9,250                                                                                                                                                                                                                                          |
| Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como copagos) <b>cuentan</b> para su monto máximo de gastos que paga de su bolsillo. |                 | <b>Una vez que haya pagado \$9,250 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 durante el resto del año calendario.</b> |
| Sus costos por medicamentos recetados <b>no cuentan</b> para el monto máximo de gastos que paga de su bolsillo.                            |                 |                                                                                                                                                                                                                                                  |

---

### 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://fhcpmedicare.com/providersearch>) 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://fhcpmedicare.com/providersearch>
- Llame a Servicios para Miembros al 1-833-866-6559 (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 1-833-866-6559 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773) para obtener ayuda.

Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de su *Evidencia de cobertura*.

---

### 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 incluye farmacias con costo compartido preferido, lo que puede ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias dentro de la red para ciertos medicamentos.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias de 2026* (<https://fhcpmedicare.com/pharmacysearch>) para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red. Aquí le explicamos cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en <https://fhcpmedicare.com/pharmacysearch>
- Llame a Servicios para Miembros al 1-833-866-6559 (los usuarios de TTY deben 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 1-833-866-6559 (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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de ambulancia</b>                                 | <b><u>Dentro y Fuera de la Red</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paga \$265 de copago por cada viaje de ida en ambulancia aérea</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                     | <b><u>Dentro y Fuera de la Red</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paga un coseguro del 20% por cada viaje de ida en ambulancia aérea</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Paga \$20 de copago por sesión de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare en todos los lugares de servicios para pacientes ambulatorios</li> <li>Paga \$20 de copago por sesión de visitas de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare en todos los lugares de servicios para pacientes ambulatorios</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Paga \$25 de copago por sesión de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare en todos los lugares de servicios para pacientes ambulatorios</li> <li>Paga \$25 de copago por sesión de visitas de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare en todos los lugares de servicios para pacientes ambulatorios</li> </ul> |
| <b>Servicios quiroprácticos</b>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Paga \$20 de copago por consulta para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Paga \$15 de copago por consulta para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Servicios dentales</b>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Paga \$20 de copago por visita para atención dental cubierta por Medicare que no sea de rutina</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Paga \$50 de copago por visita para atención dental cubierta por Medicare que no sea de rutina</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Paga el 0% del costo de nebulizadores cubiertos por Medicare en una farmacia minorista preferida</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Paga el 20% del costo de nebulizadores cubiertos por Medicare en una farmacia minorista preferida</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Servicios de emergencia</b>                                 | <b><u>Dentro y Fuera de la Red</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paga \$125 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare</li> </ul>                                                                                                                                                                                                | <b><u>Dentro y Fuera de la Red</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paga \$115 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare</li> </ul>                                                                                                                                                                                                |

|                                                                                                 | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Atención hospitalaria para pacientes internados, aguda</b>                                   | <p>Para cada internación cubierta por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1 a 6: \$320 de copago por día</li> <li>• Después del día 6, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.</li> </ul>                                                                                                                       | <p>Para cada internación cubierta por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1 a 5: \$480 de copago por día</li> <li>• Después del día 5, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos</li> </ul>        |
| <b>Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados</b>                                    | <p>Para cada internación cubierta por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1 a 5: \$320 de copago por día</li> <li>• Después del día 5, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos</li> </ul>                                                                                                                        | <p>Para cada internación cubierta por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1 a 4: \$480 de copago por día</li> <li>• Días 5 a 90: \$0 de copago por día</li> </ul>                                     |
| <b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b>                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga un coseguro del 0% para los siguientes medicamentos de la Parte B. Albuterol, ipratropio, albuterol-ipratropio</li> </ul>                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga un coseguro del 20% para los siguientes medicamentos de la Parte B. Albuterol, ipratropio, albuterol-ipratropio</li> </ul>                                                                               |
| <b>Servicios del programa de tratamiento con opioides</b>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$30 de copago por servicios del Programa de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$50 de copago por servicios del Programa de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare</li> </ul>                                                                                                  |
| <b>Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios</b> | <p>Por servicios terapéuticos de radiología (radioterapia) cubiertos por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10 de copago por visita a un Centro de Evaluación de Diagnóstico Independiente o un consultorio médico dentro de la red; es posible que se aplique un copago adicional por visita al consultorio</li> </ul> | <p>Por servicios terapéuticos de radiología (radioterapia) cubiertos por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 20% por visita en todas las ubicaciones de servicio dentro de la red.</li> </ul> |

| 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$50 de copago por visita a un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o a un departamento de un proveedor de un hospital/una clínica dentro de la red; es posible que se aplique un copago adicional por visita al consultorio</li> </ul> <p>Por las pruebas y los procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <p>Ecocardiograma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por visita a un centro contratado dentro de la red o al consultorio del médico.</li> </ul> <p>Estudios del sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$200 de copago por visita en un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o en un departamento de un proveedor de un hospital/una clínica dentro de la red.</li> </ul> <p>Por todo servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <p>Servicios intervencionistas, estudios avanzados de</p> | <p><b>Por las pruebas y los procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare, usted paga lo siguiente:</b></p> <p><b>Ecocardiograma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$10 de copago por visita a un centro contratado dentro de la red o al consultorio del médico</b></li> </ul> <p><b>Estudios del sueño</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$480 de copago por visita a un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o a un departamento de un proveedor de un hospital/una clínica dentro de la red</b></li> </ul> <p><b>Por todo servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare, usted paga lo siguiente:</b></p> <p><b>Servicios intervencionistas, estudios avanzados de diagnóstico por imágenes y medicina nuclear</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$380 de copago por visita a un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o a un departamento de un proveedor de un hospital/una clínica dentro</b></li> </ul> |

|                                                               | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                               | <p>diagnóstico por imágenes y medicina nuclear</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$200 de copago por visita a un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o a un departamento de un proveedor de un hospital/una clínica dentro de la red; es posible que se aplique un copago adicional por visita al consultorio</li> </ul> | <p><b>de la red; es posible que se aplique un copago adicional por visita al consultorio</b></p>                                                                                                                          |
| <b>Observación en un hospital para pacientes ambulatorios</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Usted paga \$250 de copago por hospitalización en un hospital de cuidados ambulatorios</li> </ul>                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Usted paga \$480 de copago por hospitalización en un hospital de cuidados ambulatorios</b></li> </ul>                                                                           |
| <b>Servicios de hospital para pacientes ambulatorios</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Paga \$250 de copago por servicios hospitalarios de cuidados ambulatorios cubiertos por Medicare</li> </ul>                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Paga \$480 de copago por servicios hospitalarios de cuidados ambulatorios cubiertos por Medicare</b></li> </ul>                                                                 |
| <b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Usted paga \$30 de copago por visita de terapia individual o grupal de servicios especializados de salud mental o servicios psiquiátricos cubiertos por Medicare</li> </ul>                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Usted paga \$50 de copago por visita de terapia individual o grupal de servicios especializados de salud mental o servicios psiquiátricos cubiertos por Medicare</b></li> </ul> |

|                                                                                                                                                                             | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de rehabilitación ambulatoria (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje)</b>                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$20 de copago por visita de fisioterapia cubierta por Medicare</li> <li>• Paga \$20 de copago por visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare</li> <li>• Paga \$20 de copago por visita de terapia del habla y el lenguaje cubierta por Medicare</li> <li>• Paga \$0 de copago por los servicios de atención médica a domicilio para linfedema cubiertos por Medicare</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Usted paga \$25 de copago por visita de fisioterapia cubierta por Medicare</b></li> <li>• <b>Usted paga \$25 de copago por visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare</b></li> <li>• <b>Usted paga \$25 de copago por visita de terapia del habla y el lenguaje cubierta por Medicare</b></li> <li>• <b>Usted paga \$25 de copago por los servicios de atención médica a domicilio para linfedema cubiertos por Medicare</b></li> </ul> |
| <b>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b>                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$30 de copago por visita de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Usted paga \$50 de copago por visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare</b></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Cirugías para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios que brindan los centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y los centros de cirugía ambulatoria</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$250 de copago por todos los demás servicios proporcionados en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</li> <li>• Usted paga \$200 de copago por todos los demás servicios en un centro quirúrgico ambulatorio cubiertos por Medicare</li> </ul>                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Usted paga \$480 de copago por los servicios proporcionados en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</b></li> <li>• <b>Usted paga \$380 de copago por los servicios en un centro quirúrgico ambulatorio cubiertos por Medicare</b></li> </ul>                                                                                                                                                               |
| <b>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</b>                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$55 de copago por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Usted paga \$100 de copago por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare</b></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                                                                        | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                               | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de médicos generales o de atención primaria, incluidas visitas a consultorios médicos</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 de copago por la siguiente visita a un especialista cubierta por Medicare: Fisiatra</li> <li>• Usted paga \$30 de copago por todas las demás visitas a médicos especialistas cubiertas por Medicare</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Usted paga \$5 de copago por las siguientes visitas a médicos especialistas cubiertas por Medicare: Fisiatra</b></li> <li>• <b>Usted paga \$50 de copago por todas las demás visitas a médicos especialistas cubiertas por Medicare</b></li> </ul>     |
| <b>Servicios de podología</b>                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$30 de copago por cada visita cubierta por Medicare cuando los servicios los brinda un podiatra</li> </ul>                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Usted paga \$50 de copago por cada visita cubierta por Medicare cuando los servicios los brinda un podiatra</b></li> </ul>                                                                                                                             |
| <b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$20 de copago por sesiones de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</li> </ul>                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Usted paga \$25 de copago por sesiones de rehabilitación pulmonar cubiertas por Medicare</b></li> </ul>                                                                                                                                                |
| <b>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)</b>                                           | <p>Para cada internación cubierta por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1 a 20: \$0 de copago por día (por período de beneficios)</li> <li>• Días 21 a 100: \$172 de copago por día (por período de beneficios)</li> </ul> | <p><b>Para cada internación cubierta por Medicare, usted paga lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Días 1 a 20: \$0 de copago por día (por período de beneficios)</b></li> <li>• <b>Días 21 a 100: \$218 de copago por día (por período de beneficios)</b></li> </ul> |
| <b>Servicios de urgencia necesarios</b>                                                                | <p><b><u>Dentro y Fuera de la Red</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$30 de copago por visitas de atención de urgencia necesaria cubiertas por Medicare cuando los servicios son brindados en un centro de atención de urgencias.</li> </ul>    | <p><b><u>Dentro y Fuera de la Red</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Usted paga \$40 de copago por visitas que se necesitan con urgencia cubiertas por Medicare cuando los servicios son brindados en un centro de atención de urgencias</b></li> </ul>                       |

|                                                              | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cuidados de la vista</b>                                  | <p>Por exámenes cubiertos por Medicare para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago por visita cuando la realiza un oftalmólogo; se requiere una derivación.</li> </ul>                                       | <p><b>Por exámenes cubiertos por Medicare para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos, usted paga lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$50 de copago por visita cuando la realiza un oftalmólogo; se requiere derivación</b></li> </ul>                                            |
| <b>Cobertura de servicios de emergencia/urgencia mundial</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$125 de copago por servicios de emergencia cubiertos por el plan recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios</li> <li>• Paga \$30 de copago por servicios de urgencia necesarios cubiertos por el plan recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Paga \$115 de copago por servicios de emergencia cubiertos por el plan recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios</b></li> <li>• <b>Paga \$40 de copago por servicios de urgencia necesarios cubiertos por el plan recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios</b></li> </ul> |

## 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

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 1-833-866-6559 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) para obtener más información.

**¿Recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura 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 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible anual</b> | <div>El deducible es \$295</div> <div>(Solo aplica a los Niveles 4 y 5)</div> <div>Durante esta etapa, usted paga lo siguiente:</div> <div>Costo compartido estándar:<br/>\$17 por suministro para un mes</div> <div>Costo compartido preferido:<br/>\$0 por suministro para un mes para medicamentos del <b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)</b></div> <div>Costo compartido estándar:<br/>\$20 por suministro para un mes</div> <div>Costo compartido preferido:<br/>\$5 por suministro para un mes para medicamentos del <b>Nivel 2 (medicamentos genéricos)</b></div> <div>Costo compartido estándar:<br/>\$47 por suministro para un mes</div> | <div>El deducible es \$615</div> <div>(Solo aplica a los Niveles 4 y 5)</div> <div>Durante esta etapa, usted paga lo siguiente:</div> <div>Costo compartido estándar:<br/>\$17 por suministro para un mes</div> <div>Costo compartido preferido:<br/>\$0 por suministro para un mes para medicamentos del <b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)</b></div> <div>Costo compartido estándar:<br/>\$20 por suministro para un mes</div> <div>Costo compartido preferido:<br/>\$10 por suministro para un mes para medicamentos del <b>Nivel 2 (medicamentos genéricos)</b></div> <div>Costo compartido estándar:<br/>\$47 por suministro para un mes</div> |

|  | 2025 (este año)                                                                                                                                                      | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                   |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <i>Costo compartido preferido:</i><br>\$44 por suministro para un mes para medicamentos del <b>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)</b>                        | <i>Costo compartido preferido:</i><br>\$44 por suministro para un mes para medicamentos del <b>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)</b>                        |
|  | <i>Costo compartido estándar:</i><br>\$0 por suministro para un mes                                                                                                  | <i>Costo compartido estándar:</i><br>\$0 por suministro para un mes                                                                                                  |
|  | <i>Costo compartido preferido:</i><br>\$0 por suministro para un mes para medicamentos del <b>Nivel 6 (vacunas [\$0 de costo compartido])</b>                        | <i>Costo compartido preferido:</i><br>\$0 por suministro para un mes para medicamentos del <b>Nivel 6 (vacunas)</b>                                                  |
|  | Y el costo total de los medicamentos en el Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual. | Y el costo total de los medicamentos en el 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

La tabla muestra su costo por medicamento recetado por un suministro para un mes (31 días) obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar y 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, 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, en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)</b></p> <p>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.</p> | <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>Usted paga \$17 de copago por receta médica</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/>Usted paga \$0 de copago por receta médica</p>                                                                                                                                                                                      | <p><b><i>Costo compartido estándar:</i></b><br/><b>Usted paga \$17 de copago por receta médica</b></p> <p><b><i>Costo compartido preferido:</i></b><br/><b>Usted paga \$0 de copago por receta médica</b></p>                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</b></p> <p>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.</p>           | <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>Usted paga \$20 de copago por receta médica</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/>Usted paga \$5 de copago por receta médica</p>                                                                                                                                                                                      | <p><b><i>Costo compartido estándar:</i></b><br/><b>Usted paga \$20 de copago por receta médica</b></p> <p><b><i>Costo compartido preferido:</i></b><br/><b>Usted paga \$10 de copago por receta médica</b></p>                                                                                                                                                                                                   |
| <p><b>Nivel 3 (medicamentos de marca preferida):</b></p> <p>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.</p>  | <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>Usted paga \$47 de copago por receta médica<br/>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/>Usted paga \$44 de copago por receta médica<br/>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> | <p><b><i>Costo compartido estándar:</i></b><br/><b>Usted paga \$47 de copago por receta médica</b><br/><b>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</b></p> <p><b><i>Costo compartido preferido:</i></b><br/><b>Usted paga \$44 de copago por receta médica</b><br/><b>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</b></p> |

|                                                                                                                                                                                                                                             | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</b><br>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.  | <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/> Usted paga el 25% del costo total<br/> Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/> Usted paga el 25% del costo total<br/> Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> | <p><b>Costo compartido estándar:</b><br/> <b>Usted paga el 25% del costo total</b><br/> <b>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</b></p> <p><b>Costo compartido preferido:</b><br/> <b>Usted paga el 25% del costo total</b><br/> <b>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</b></p> |
| <b>Nivel 5 (medicamentos especializados):</b><br>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. | <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/> Usted paga el 29% del costo total<br/> Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/> Usted paga el 29% del costo total<br/> Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> | <p><b>Costo compartido estándar:</b><br/> <b>Usted paga el 25% del costo total</b><br/> <b>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</b></p> <p><b>Costo compartido preferido:</b><br/> <b>Usted paga el 25% del costo total</b><br/> <b>Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</b></p> |
| <b>Nivel 6 (vacunas):</b><br>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.                     | <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/> Usted paga \$0 de copago por receta médica</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/> Usted paga \$0 de copago por receta médica</p>                                                                                                                                                                     | <p><b>Costo compartido estándar:</b><br/> <b>Usted paga \$0 de copago por receta médica</b></p> <p><b>Costo compartido preferido:</b><br/> <b>Usted paga \$0 de copago por receta médica</b></p>                                                                                                                                                                                   |

**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**

| Descripción                                               | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare</b> | <p>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.</p>                                                                                                                                                                       | <p><b>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.</b></p> <p><b>Para conocer más sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-866-6559 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773) o visite <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a>.</b></p>                                                                                                                                                   |
| <b>Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare</b> | <p>Capital Rx, un proveedor contratado por FHCP Medicare, administra el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. A continuación se encuentra la información de contacto de Capital Rx.</p> <p><b>Por teléfono: 1-877-282-2779</b><br/>Las llamadas a este número son gratuitas. La línea atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p><b>TTY: 1-877-955-8773</b><br/>Las llamadas a este número son gratuitas. La línea atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> | <p><b>Optum Rx, un proveedor contratado por FHCP Medicare, administrará el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare para 2026. A continuación se encuentra la información de contacto de Optum Rx.</b></p> <p><b>Por teléfono: 1-844-368-8729</b><br/><b>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 5:00 a. m. a 10:00 p. m., hora estándar del centro, los 7 días a la semana.</b></p> <p><b>TTY: 1-877-955-8773</b><br/><b>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 5:00 a. m. a</b></p> |

| Descripción                                                                                     | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                               | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                 | <p><b>Por correo postal:</b><br/> Capital Rx<br/> Attn: M3P Elections<br/> 9450 SW Gemini Dr., Suite 87234<br/> Beaverton, Oregon 97008-7105</p> <p>Las solicitudes de elección también se pueden enviar por correo electrónico a M3P-Election@cap-rx.com</p> | <p><b>10:00 p. m., hora estándar del centro, los 7 días de la semana.</b></p> <p><b>Por correo postal:</b><br/> <b>Optum Rx</b><br/> <b>Attn: M3P Election Processes</b><br/> <b>PO Box 650287 Dallas, TX 75265-0287</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>Cómo solicitarle a FHCP Medicare que le reembolse o pague una factura que recibió</b></p> | <p>Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:</p> <p>FHCP Medicare<br/> Attn: Claims Department<br/> P.O. Box 10348 Daytona Beach, FL 32120-0348</p>                                                         | <p><b>Envíenos por correo su solicitud de pago, junto con cualquier factura o recibo pago, a estas direcciones:</b></p> <p><b><u>Solicitudes de pago de la Parte C (servicios médicos):</u></b><br/> <b>FHCP Medicare</b><br/> <b>Attn: Claims Department</b><br/> <b>P.O. Box 10348</b><br/> <b>Daytona Beach, FL 32120-0348</b></p> <p><b>Debe enviarnos su reclamación en los 12 meses</b> posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.</p> <p><b><u>Solicitudes de pago de la Parte D (medicamentos recetados):</u></b><br/> <b>Optum Rx Claims Department</b><br/> <b>PO Box 650287</b><br/> <b>Dallas, TX 75265-0287</b></p> <p><b>Debe enviarnos su reclamación en los 36 meses</b> posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.</p> |

## SECCIÓN 3      Cómo cambiar de plan

**Para permanecer en FHCP Medicare Classic (HMO), no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe en un plan distinto ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente quedará inscrito en nuestro plan FHCP Medicare Classic (HMO).

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

- Para cambiarse **a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en FHCP Medicare Classic (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con una cobertura de medicamentos de Medicare**, debe inscribirse en el plan de medicamentos nuevo de Medicare. Automáticamente se cancelará su inscripción en FHCP Medicare Classic (HMO).
- 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 1-833-866-6559 (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](http://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). Le recordamos que Florida Blue Medicare, Inc., que opera bajo el nombre de FHCP Medicare, ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos de Medicare. Estos otros planes pueden tener coberturas, primas mensuales del plan 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 muda 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

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. 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:
  - o 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.
  - o 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 pueden llamar al 1-800-325-0778.
  - o 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 escribales 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 la opción de pago del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para conocer más sobre esta opción de pago, llámenos al 1-844-368-8729 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773) o visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

## SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

### Obtenga ayuda de FHCP Medicare Classic (HMO)

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-833-866-6559. (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 de FHCP Medicare Classic (HMO). 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.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com) o llame a Servicios para Miembros al 1-833-866-6559 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo postal.

- **Visite [www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com)**

En nuestro sitio web se encuentra la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorío 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](http://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](http://www.Medicare.gov)**

Puede chatear en vivo en [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone)

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite [www.Medicare.gov](http://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](http://www.Medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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, edad, discapacidad o sexo (conforme al alcance de la discriminación sexual descrito en el título 45 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR] § 92.101(a)(2)). No excluimos a las personas ni las tratamos de manera menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Proporcionamos:

- Modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos adecuados a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)
- Servicios de asistencia lingüística gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, que pueden incluir:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con:

- Florida Health Care Plans (grupal e individual): 1-877-615-4022
- FHCP Medicare: 1-833-866-6559

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

### **Florida Health Care Plans (grupal y miembros individuales):**

Florida Health Care Plans  
Civil Rights Coordinator  
PO Box 9910  
Daytona Beach, FL 32120-0910  
Teléfono: 1-844-219-6137  
TTY: 1-877-955-8773  
Fax: 386-676-7149  
Correo electrónico: [rights@fhcp.com](mailto:rights@fhcp.com)

### **Miembros de FHCP Medicare:**

FHCP Medicare:  
Civil Rights Coordinator  
PO Box 9910  
Daytona Beach, FL 32120-0910  
Teléfono: 1-844-219-6137  
TTY: 1-877-955-8773  
Fax: 386-676-7149  
Correo electrónico: [rights@fhcp.com](mailto:rights@fhcp.com)

Puede presentar un reclamo en persona, por correo, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles; electrónicamente a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.  
11718 0725

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 1-877-615-4022, a Medicare al 1-833-866-6559, (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 1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559, (TTY 711).

Gen èd oksilyè pou ede w nan lòt lang ak sèvis nan lòt fòm ki disponib gratis. Rele nan 1-877-615-4022, oswa rele Medicare nan 1-833-866-6559 (TTY 711).

Estão disponíveis, gratuitamente, serviços de tradução, assistência e formatos alternativos. Ligue para 1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559 (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1-877-615-4022 医疗保险 □Medicare)1-833-866-6559 听障专线□TTY)711。

Des services linguistiques, d'aide auxiliaire et de supports alternatifs vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-615-4022, le Medicare au 1-833-866-6559 (ATS 711).

May makukuhang mga libreng serbisyo sa wika, karagdagang tulong at mga alternatibong anyo. Tumawag sa 1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559, (TTY 711).

Предоставляются бесплатные языковые услуги, вспомогательные материалы и услуги в альтернативных форматах. Звоните 1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559 (номер для текст-телефонных устройств (TTY) 711).

الخدمات المجانية للغة، والمساعدة الإضافية، وتنسيقات بديلة متاحة. يرجى الاتصال على  
1-877-615-4022 برنامج Medicare: 1-833-866-6559 (لذوي الإعاقة السمعية) TTY: 711)

Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Telefono: 1-877-615-4022, Medicare: 1-833-866-6559, (TTY 711).

Kostenloser Service für Sprachen, Hilfsmittel und alternative Formate verfügbar. Telefon 1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559 (TTY 711).

무료 언어, 보조 기구 및 대체 형식 서비스를 이용할 수 있습니다. 전화 1-877-615-4022, 메디케어 1-833-866-6559, (TTY 711).

Bezpłatna pomoc językowa, pomoc dodatkowa oraz usługi różnego rodzaju są dostępne. Zadzwoń pod numer 1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559, (TTY 711).

Form Approved  
OMB# 0938-1421

મફત ભાષા, સહાયક મદદ અને વૈકલ્પિક ફોર્મટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે.  
1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559, (TTY 711) પર કોલ કરો.

มีบริการภาษา ความช่วยเหลือเพิ่มเติม และบริการในรูปแบบอื่น ๆ ฟรี โทร 1-877-615-4022, Medicare  
1-833-866-6559 (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。  
1-877-615-4022、メディケア 1-833-866-6559 (TTY 711) までお電話ください。

T'áá free yíníłta'go saad bee áká anilyeedígíí, ałk'ida'ánígíí, dóó t'áá ajilii hane' bee áká anilyeedígíí t'éiyá éí  
hołne'. 1-877-615-4022 bich'í' náhodoonih, Medicare bich'í' 1-833-866-6559 bich'í' náhodoonih, (TTY 711).