

FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) ofrecido por Florida Blue Medicare, Inc. (DBA FHCP Medicare)

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente usted está inscrito como un miembro de FHCP Medicare Rx Plus. El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para ver un Resumen de costos importantes, incluidos los costos de las primas.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.fhcpmedicare.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

- **Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre podrá hacer cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Revise los cambios de nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de dicha cobertura y los costos compartidos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Verifique los cambios en la "Lista de medicamentos" de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare la información del plan 2024 y 2025 para ver si en 2025 alguno de estos medicamentos pasa a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a diferentes restricciones, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si califica para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir Ayuda Adicional de Medicare.
- Considere si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Infórmese sobre otras opciones de planes

- Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare

en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que se encuentra en la parte de atrás de su manual *Medicare y Usted 2025* (Medicare & You 2025). Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia en Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.

- Una vez que defina su elección de un plan preferido, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en FHCP Medicare Rx Plus.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en FHCP Medicare Rx Plus.
- Si se mudó recientemente a una institución, o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento. Si salió recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de cambiarse a Original Medicare durante dos meses después de que se haya mudado.

Recursos Adicionales

- Esta información está disponible sin costo en *inglés*.
- Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-866-6559 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). 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.
- **La cobertura bajo este plan califica como una cobertura de salud elegible (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio de Internet del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS)

en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de FHCP Medicare Rx Plus

- FHCP Medicare es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en FHCP Medicare depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, quiere decir Florida Blue Medicare, Inc. (cuyo nombre comercial es FHCP Medicare). Cuando se hace referencia a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a FHCP Medicare Rx Plus.

Aviso Anual de Cambios para 2025
Índice de contenido

Resumen de Costos importantes para 2025.....	5
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	8
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	8
Sección 1.2: Cambios en los gastos máximos a su cargo	9
Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias	9
Sección 1.4: Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos	10
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	14
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	18
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....	19
Sección 3.1: Si desea continuar en FHCP Medicare Rx Plus	19
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	19
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	20
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare	20
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta médica	21
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?.....	22
Sección 7.1: Recibir ayuda de FHCP Medicare Rx Plus	22
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	23

Resumen de Costos importantes para 2025

El siguiente cuadro compara los costos de 2024 y los costos de 2025 para FHCP Medicare Rx Plus en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
FHCP Medicare Rx Plus		
Prima mensual del plan*	\$49	\$49
*Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener mayor información		
Gastos máximos a su cargo	\$3,400	\$3,400
Esto es lo <u>máximo</u> que pagará como gastos a su cargo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Vea la Sección 1.2 para obtener mayor información).		
FHCP Medicare Rx Plus POS		
Prima mensual del plan*	\$119	\$119
*Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener mayor información		
Gastos máximos a su cargo	<u>Dentro de la red</u>	<u>Dentro de la red</u>
Esto es lo <u>máximo</u> que pagará como gastos a su cargo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Vea la Sección 1.2 para obtener mayor información).	\$3,400	\$3,400
	<u>Fuera de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
	\$8,000	\$8,000

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
BENEFICIOS MÉDICOS DENTRO DE LA RED		
Visitas al consultorio médico	<u>Dentro de la red</u> Visitas al médico de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$20 de copago por visita	<u>Dentro de la red</u> Visitas al médico de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$20 de copago por visita
Atención para pacientes hospitalizados	<u>Dentro de la red</u> Días 1 a 6: \$300 de copago por día (por hospitalización cubierta por Medicare). Después del día 6, el plan paga el 100 % de los gastos cubiertos.	<u>Dentro de la red</u> Días 1 a 6: \$300 de copago por día (por hospitalización cubierta por Medicare). Después del día 6, el plan paga el 100 % de los gastos cubiertos.
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Vea la Sección 1.5 para obtener mayor información).	Deducible: \$0 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Nivel de medicamento 1: <i>Costo compartido estándar:</i> \$17 de copago <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 de copago Nivel de medicamento 2: <i>Costo compartido estándar:</i> \$20 de copago <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 de copago Nivel de medicamento 3: <i>Costo compartido estándar:</i> \$47 de copago Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.	Deducible: \$0 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Nivel de medicamento 1: <i>Costo compartido estándar:</i> \$17 de copago <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 de copago Nivel de medicamento 2: <i>Costo compartido estándar:</i> \$20 de copago <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 de copago Nivel de medicamento 3: <i>Costo compartido estándar:</i> \$47 de copago Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p><i>Costo compartido preferido:</i> \$42 de copago Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p>Nivel de medicamento 4: <i>Costo compartido estándar:</i> \$100 de copago Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> \$92 de copago Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p>Nivel de medicamento 5: <i>Costo compartido estándar:</i> 33 % del costo total Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> 33 % del costo total Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> \$42 de copago Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p>Nivel de medicamento 4: <i>Costo compartido estándar:</i> 25 % del costo total Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> 25 % del costo total Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p>Nivel de medicamento 5: <i>Costo compartido estándar:</i> 33 % del costo total Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> 33 % del costo total Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Nivel de medicamento 6: <i>Costo compartido estándar:</i> \$0 de copago <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 de copago</p> <p>Cobertura para casos catastróficos: Durante esta etapa de cobertura, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>	<p>Nivel de medicamento 6: <i>Costo compartido estándar:</i> \$0 de copago <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 de copago</p> <p>Cobertura para casos catastróficos: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Prima mensual para FHCP Medicare Rx Plus (Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).</p>	\$49	\$49
<p>Prima mensual para FHCP Medicare Rx Plus POS (Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).</p>	\$119	\$119

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se requiere que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida si no posee otra cobertura de medicamentos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, podría tener que pagar un monto adicional todos los meses directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será menor si está recibiendo “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos recetados. Consulte la Sección 6 sobre “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 1.2: Cambios en los gastos máximos a su cargo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad de gastos a su cargo que debe realizar durante el año. Este límite se denomina “gastos máximos a su cargo”. Una vez que alcanza esta cantidad, por lo general, no paga ninguna cantidad por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Monto máximo de gastos dentro de la red Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos) de los proveedores de la red cuentan para su cantidad máxima de gastos a su cargo dentro de la red. La prima de su plan y sus costos para medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo.</p>	<p>\$3,400</p>	<p style="text-align: center;">\$3,400</p> <p>Una vez que pague \$3,400 en gastos a su cargo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B de los proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>
<p>Cantidad máxima de cargos a su cargo fuera de la red (solo para FHCP Medicare Rx Plus POS) Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) de los proveedores fuera de la red cuentan para la cantidad máxima a su cargo. La prima de su plan y sus costos por medicamentos con receta médica no cuentan para sus gastos máximos a su cargo.</p>	<p>\$8,000</p>	<p style="text-align: center;">\$8,000</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,000 de gastos a su cargo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B de los proveedores fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicinas recetadas pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicinas 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, que puede ofrecerle un costo compartido menor que el costo compartido estándar en otras farmacias dentro de la red.

Encontrará Directorios de farmacia actualizados en nuestro sitio web www.fhcpmedicare.com. Haga clic en Encontrar un proveedor o Encontrar una farmacia. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada del proveedor o la farmacia, o para pedirnos que le enviemos un directorio por correo postal, que recibirá en un plazo de tres días hábiles.

Se han introducido cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores de 2025 (www.fhcpmedicare.com) para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Se han introducido cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de farmacias de 2025 (www.fhcpmedicare.com) para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicios para Miembros para que podamos ayudarle.

Sección 1.4: Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios dentales (beneficios adicionales)	<u>Dentro de la red</u> <u>Evaluaciones orales clínicas</u> Evaluación bucal limitada Usted paga \$0 de copago por evaluaciones orales limitadas.	<u>Dentro de la red</u> <u>Evaluaciones orales clínicas</u> Evaluación bucal limitada Sin cobertura
	<u>Imágenes de diagnóstico (radiografías)</u> Radiografía intraoral periapical Usted paga \$0 de copago. 1 juego por año calendario.	<u>Imágenes de diagnóstico (radiografías)</u> Radiografía intraoral periapical Sin cobertura.
	<u>Profilaxis dental (limpiezas)</u> Profilaxis Límite combinado de 2 limpiezas por año calendario para profilaxis y mantenimiento periodontal.	<u>Profilaxis dental (limpiezas)</u> Profilaxis 2 por año calendario.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Flúor Usted paga \$0 de copago. 2 por año calendario.</p> <p><u>Otros servicios preventivos (aplicación de medicamento para detener caries)</u> Usted paga \$0 de copago. 2 por año calendario.</p> <p><u>Servicios de rehabilitación</u> Usted paga \$0 de copago. 2 restauraciones por año calendario.</p>	<p>Flúor Sin cobertura</p> <p><u>Otros servicios preventivos (aplicación de medicamento para detener caries)</u> Sin cobertura</p> <p><u>Servicios de rehabilitación</u> Sin cobertura</p>
	<p><u>Coronas</u> Usted paga \$0 de copago. 1 corona por año calendario solo junto con un procedimiento de conducto radicular cubierto.</p> <p>Usted paga \$0 de copago. 1 por año calendario para reconstrucción de muñón, incluye clavillos cuando sea requerido.</p> <p><u>Endodoncia (tratamiento de conducto)</u> Usted paga \$0 de copago. 1 por año calendario.</p>	<p><u>Coronas</u> Sin cobertura</p> <p><u>Endodoncia (tratamiento de conducto)</u> Sin cobertura</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p><u>Periodoncia</u> Raspado periodontal y alisado radicular Usted paga \$0 de copago. 1 por cuadrante por 24 meses.</p> <p>Desbridamiento de toda la boca para permitir una evaluación oral y un diagnóstico integrales Usted paga \$0 de copago. 1 por período de 36 meses que no se debe completar el mismo día de la limpieza o la evaluación oral integral.</p> <p>Mantenimiento periodontal Usted paga \$0 de copago. 2 limpiezas por año calendario (límite combinado para profilaxis dental y mantenimiento periodontal)</p> <p><u>Prostodoncia, removible</u> Dentadura postiza maxilar completa o mandibular, dentadura postiza maxilar inmediata o mandibular, dentadura postiza parcial maxilar o mandibular Usted paga \$0 de copago. 1 juego cada 60 meses.</p> <p>Reparación o reemplazo de dentaduras postizas Usted paga \$0 de copago. 2 por año calendario, máximo de 5 cada 5 años.</p>	<p><u>Periodoncia</u> Sin cobertura</p> <p><u>Prostodoncia, removible</u> Dentadura postiza maxilar completa o mandibular, dentadura postiza maxilar inmediata o mandibular, dentadura postiza parcial maxilar o mandibular Sin cobertura</p> <p>Reparación o reemplazo de dentaduras postizas Sin cobertura</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Rebasado o recubrimiento de prótesis dentales Usted paga \$0 de copago. 1 por año calendario.</p> <p><u>Cirugía maxilofacial y bucal</u> Extracción, pieza dental brotada o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps) Máximo de 4 por año calendario.</p> <p>Extracción quirúrgica de diente que requiera la extracción del hueso y/o seccionamiento del diente, e incluida la elevación de colgajo mucoperióstico, si se indica, extracción del diente impactado o eliminación de las raíces residuales Usted paga \$0 de copago. Máximo de 4 por año calendario.</p>	<p>Rebasado o recubrimiento de prótesis dentales Sin cobertura</p> <p><u>Cirugía maxilofacial y bucal</u> Extracción, pieza dental brotada o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps) Máximo de 1 por año calendario.</p> <p>Extracción quirúrgica de diente que requiera la extracción del hueso y/o seccionamiento del diente, e incluida la elevación de colgajo mucoperióstico, si se indica, extracción del diente impactado o eliminación de las raíces residuales Sin cobertura</p>
<p>Servicios, suministros y capacitación para el automanejo de la diabetes</p>	<p><u>No</u> se requiere autorización previa para recibir ciertos servicios. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p>	<p>Se requiere autorización previa para recibir ciertos servicios. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Para cada artículo cubierto por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 % del costo por cada artículo. 	<p><u>Dentro de la red</u> Para cada artículo cubierto por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 % del costo para nebulizadores en una farmacia minorista preferida. • 20 % del costo para todos los demás artículos.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios	Se requiere autorización previa para recibir ciertos servicios. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.	No se requiere autorización previa para recibir ciertos servicios. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información.
Servicios de rehabilitación ambulatoria (terapia física, ocupacional, y del habla y lenguaje)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$20 de copago por visita cubierta por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago para los servicios de atención médica a domicilio para linfedema cubiertos por Medicare. Usted paga \$20 de copago para la terapia física, ocupacional y del habla/lenguaje cubierta por Medicare.

Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios a nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de Medicamentos cubiertos se llama Formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos en forma electrónica.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos” que podría incluir la eliminación o adición de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o el traslado de estos 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 en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos mensualmente para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de farmacia al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

Actualmente, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de

medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión de medicamento genérico en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca al que reemplaza. Además, al agregar un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costos compartidos diferente o agregar nuevas restricciones o ambos.

A partir de 2025, podemos reemplazar de inmediato los productos biológicos originales por ciertos productos biológicos similares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que se reemplazará por un producto biológico similar, es posible que no reciba aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o no consiga un suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que realizamos, pero puede llegar después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA:

<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>.

También puede comunicarse con Servicios a Miembros o pedirle más información a su proveedor de atención médica, el profesional que emite recetas o el farmacéutico.

Cambios a los beneficios y costos de los medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.** Le hemos enviado por separado una información adicional denominada “*Cláusula adicional de la evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados*” (también llamada *Cláusula de subsidio por bajos ingresos* o la *Cláusula LIS*), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido esta información al 30 de septiembre de 2024, llame a Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula LIS*.

A partir del 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos:** la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura para casos catastróficos. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de descuento para el período sin cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuento para el período sin cobertura también se reemplazará por el Programa de descuento para fabricantes. En virtud del Programa de descuento para fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del 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 para casos catastróficos. Los descuentos que los fabricantes pagan en virtud del Programa de descuento para fabricantes no cuentan para los costos de bolsillo.

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Ya que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica a usted.	Ya que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la etapa inicial de cobertura

Para los medicamentos en el *Nivel 4 - Medicamentos no preferidos*, su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial cambiará de copago a coseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios del 2024 al 2025.

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Para el 2024, usted pagó un <i>Costo compartido estándar</i> \$100 de copago por un suministro para un mes <i>Costo compartido preferido</i> \$92 de copago por un suministro para un mes para medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos)</p> <p>Para el 2025, pagará <i>Costo compartido estándar</i> 25 % de coseguro por un suministro de un mes <i>Costo compartido preferido</i> 25 % de coseguro por un suministro de un mes para medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos)</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes es de:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$17 por medicamento recetado. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento recetado <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento recetado. Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes es de:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$17 por medicamento recetado. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento recetado <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento recetado. Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra "Lista de medicamentos". Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la "Lista de medicamentos".</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$42 por medicamento recetado</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$92 por medicamento recetado</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p>Nivel 5 (medicamentos especializados): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$42 por medicamento recetado</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25 % del costo total</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 25 % del costo total</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p>Nivel 5 (medicamentos especializados): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total</p> <p>Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Nivel 6 (vacunas [\$0 de costo compartido]): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 por medicamento recetado. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha en la cobertura).</p>	<p>Nivel 6 (vacunas [\$0 de costo compartido]): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 por medicamento recetado. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez que ha pagado \$2,000 de gastos de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D, pasará a la etapa siguiente (la Etapa de cobertura para casos catastróficos).</p>

Cambios en la etapa de cobertura para casos catastróficos

La etapa de cobertura para casos catastróficos es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la etapa de cobertura para casos catastróficos. Los descuentos que los fabricantes pagan en virtud del Programa de descuento para fabricantes no cuentan para los costos de bolsillo.

Para obtener información específica acerca de sus costos en esta Etapa de cobertura para casos catastróficos, consulte el Capítulo 6, Secciones 6, en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare</p>	<p>No es aplicable</p>	<p>El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos entre los pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero a diciembre).</p>

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		Para conocer más sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-877-282-2779 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea continuar en FHCP Medicare Rx Plus

Para quedarse en nuestro plan, no necesita hacer 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 Rx Plus.

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare,
- --O-- Puede cambiarse a Original Medicare. Si usted se cambia a Original Medicare, deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 relacionada a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, llame a su Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Como recordatorio, Florida Blue Medicare, Inc. (DBA FHCP Medicare) ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, los pagos mensuales y las cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se dará de baja de FHCP Medicare Rx Plus automáticamente.

- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Se dará de baja de FHCP Medicare Rx Plus automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, entonces deberá hacer lo siguiente:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para dar de baja su inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto.
 - --O-- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se dé de baja su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero 2025.

¿Se pueden realizar cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben la “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o dejan la cobertura de su empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2025 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó recientemente a una institución, o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta por separado 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 dos meses después de que se haya mudado.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (SHIP, en inglés) es un programa gubernamental que tiene asesores capacitados en cada estado. En Florida, SHIP se denomina SHINE (Atención de Necesidades de Seguro Médico de Ancianos).

Es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer asesoramiento **gratuito** sobre seguros médicos a las personas de la comunidad que tienen Medicare. Los asesores de SHINE pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a

entender sus opciones de planes de Medicare y responder sus preguntas acerca de pasarse a otros planes. Puede llamar a SHINE al 1-800-963-5337 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). Puede conocer más de SHINE visitando su sitio de Internet (www.FLORIDASHINE.org).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta médica

Usted puede calificar para obtener ayuda para pagar sus medicinas recetadas. A continuación, una lista de los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas que poseen ingresos limitados pueden calificar para la “Ayuda Adicional” para pagar sus costos de los medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas para medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califican no tendrán una multa por inscripción tardía. Para ver si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes entre las 8 a. m. y las 7 p. m. para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778.
 - Su oficina estatal de Medicaid.
- **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 los individuos que viven con VIH/sida elegibles para ADAP tengan acceso a los medicamentos vitales contra el VIH/sida. Para ser elegible para el Programa de Asistencia con Medicamentos para Personas con Sida (ADAP) que opera en su Estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluido una prueba de residencia en el Estado y la condición de VIH, bajos ingresos de acuerdo con como lo define el Estado, y la condición de no asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para una asistencia de costos compartidos de medicamentos a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Florida. Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, o si está inscrito actualmente, cómo recibir asistencia, llame al Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP) de Florida directamente al 1-800-352-2437 (TTY: 1-888-503-7118) o escríbales por correo postal a: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399. Asegúrese, cuando llame, de informarles el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.
- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que comenzará en 2025 para ayudarlo a

administrar sus gastos de bolsillo para medicamentos. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos entre los **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero a diciembre). **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 de su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP), para aquellos que califican, son más ventajosas que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para conocer más sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-877-282-2779 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Recibir ayuda de FHCP Medicare Rx Plus

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-866-6559. (Los usuarios de TTY solamente 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 2025* (contiene información sobre los costos y los beneficios para el próximo año)

Esta *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* de FHCP Medicare Rx Plus. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de sus beneficios del plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.fhcpmedicare.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Constancia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio de Internet

También puede visitar nuestro sitio web en www.fhcpmedicare.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos)*.

Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener más información directamente de Medicare:

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

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio de Internet de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Posee información sobre los costos, la cobertura, y las calificaciones de estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2025*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025 (Medicare & You 2025)*. Durante el otoño, se envía por correo este documento a las personas con Medicare. Este incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Cumplimos con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Puede ver la notificación, además de información sobre nuestros servicios gratuitos de asistencia lingüística en [//fhcpmedicare.com/ndnotice_SPA](https://fhcpmedicare.com/ndnotice_SPA). O llame al 1-833-866-6559 (TTY: 1-877-955-8773).

Form Approved
OMB# 0938-1421

Servicios de intérprete en varios idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-833-866-6559. (TTY users should call 1-800-955-8770). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-866-6559. (TTY: 1-877-955-8773). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电1-833-866-6559。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電1-833-866-6559。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-833-866-6559. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-833-866-6559. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-833-866-6559. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-866-6559. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-866-6559 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-833-866-6559. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

1-833-866-6559. سيقوم . **Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على

Form Approved
OMB# 0938-1421

بمساعتك. هذه خدمة مجانية شخص ما يتحدث العربية

Hindi: हमारे सास या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी पश्के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाकिया पाप करने के लिए, बस हमें 1-833-866-6559 पर फोन करें। कोई वक्ता जो कहनी बोड़िता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-833-866-6559. Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-833-866-6559. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal ouwa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-866-6559. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-833-866-6559. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-833-866-6559. にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)