

Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) ofrecido por Florida Complete Care

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente está inscrito como afiliado de Florida Complete Care Duals VIP (HMO-POS D-SNP). El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.

Consulte la página 5 para ver un resumen de los costos importantes, incluida la prima.

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, revise la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en FC2healthplan.com. También puede llamar a Servicios para Afiliados para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Consulte los cambios en 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 cobertura y los costos compartidos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente todavía estén cubiertos.
 - Compare la información del plan 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a otras restricciones, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad, para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si es elegible para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir “Extra Help” (ayuda adicional) de Medicare.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes de su área. Utilice el buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista al final de su manual *Medicare y usted 2025*. Para obtener ayuda adicional, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura entrará en vigor el **1 de enero del 2025**. Esto finalizará su inscripción en Florida Complete Care.
- Infórmese más en la Sección 4.1, página 20 acerca de sus opciones.
- Si se mudó hace poco o actualmente vive en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se muda.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratis en *español*.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526 para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita
- Esta información se puede recibir en formatos diferentes, entre ellos braille, impresión en letras grandes y audio. Si necesita la información del plan en otro formato, llame a Servicios a los Afiliados al número de teléfono antes mencionado.
- **La cobertura bajo este plan califica como cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)

- Florida Complete Care es un HMO-POS DSNP con un contrato de Medicare y un contrato de Medicaid de Florida. La inscripción en Florida Complete Care depende de la renovación del contrato. Cuando en este documento se habla de “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Florida Complete Care. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP).
-

H9986_2025ANOC0042V1sp_M Aceptado el 9/10/24

Aviso anual de cambios para 2025 Índice

Resumen de Costos Importantes para 2025.....	5
SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan.....	8
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se lo inscribirá automáticamente en Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) en 2025.....	8
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	9
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	9
Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo	9
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias	10
Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	11
Sección 2.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	166
SECCIÓN 3 Cambios administrativos.....	199
SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir	20
Sección 4.1 – Si desea permanecer Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)	20
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan	21
SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan	22
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	22
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	23
SECCIÓN 8 ¿Preguntas?	244
Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)	244
Sección 8.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	255
Sección 8.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	25

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos del 2024 y los del 2025 de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) en diversas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para recibir asistencia para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio médico y estadías en el hospital para pacientes internados.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año) Todos los segmentos 004
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser superior a este monto. Consulte los detalles en la Sección 2.1.</p>	\$37.70	\$20.30
<p>Deducible</p>	<p>\$240.00</p> <p>Excepto para la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>\$240.00</p> <p>Excepto para la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero.</p> <p>Estos son los montos de costos compartidos de 2024 y pueden cambiar para 2025. Florida Complete Care proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p>
<p>Consultas médicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Visitas de atención primaria:</i> \$0,00 por visita • <i>Visitas a especialistas:</i> 20% de coseguro <p>Si es elegible para recibir asistencia para compartir los costos de Medicare</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Visitas de atención primaria:</i> \$0,00 por visita • <i>Visitas a especialistas:</i> 20% de coseguro <p>Si es elegible para recibir asistencia para compartir los costos de Medicare</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año) Todos los segmentos 004
	bajo Medicaid, usted paga \$0 por visita.	bajo Medicaid, usted paga \$0 por visita.
Hospitalizaciones	<ul style="list-style-type: none"> • \$1,632 de deducible • Días 1–60: \$0 de copago • Días 61–90: \$408 de copago diario <p>A partir del día 91: Copago de \$816 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • (hasta 60 días durante toda su vida). <p>Después de los días de reserva de por vida: todos los costos.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$1,632 de deducible • Días 1–60: \$0 de copago • Días 61–90: \$408 de copago diario <p>A partir del día 91: Copago de \$816. por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • (hasta 60 días durante toda su vida). <p>Después de los días de reserva de por vida: todos los costos.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p> <p>Estos son los montos de costos compartidos de 2024 y pueden cambiar para 2025. Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año) Todos los segmentos 004
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la sección 2.5 para conocer los detalles).</p>	<p>Deducible: \$545.00 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos del nivel 1: 25% <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Usted no paga nada. 	<p>Deducible: \$590.00 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos del nivel 1: 25% <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Cobertura catastrófica:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>
<p>Monto máximo de gastos directos de bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que usted paga de bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la sección 2.2 para conocer los detalles).</p>	<p>\$3,400.00</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo de los servicios cubiertos de las Partes A y B.</p>	<p>\$,3400.00</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo de los servicios cubiertos de las Partes A y B.</p> <p>A partir del 1 de enero de 2025, los servicios dentro y fuera de la red se descontarán de su MOOP.</p>

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2025, el nombre de nuestro plan cambiará de Florida Complete Care (HMO D-SNP) a Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP).

Recibirá una nueva tarjeta de identificación que reflejará el nuevo nombre del plan y el cambio de nombre afectará a cualquier otra comunicación con los miembros.

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se lo inscribirá automáticamente en *Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)* en 2025

Si no hace nada en 2024, lo inscribiremos automáticamente en nuestro Florida Complete Care Duals VIP (HMO-POS D-SNP). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2025, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de Florida Complete Care Duals VIP (HMO-POS D-SNP). Si desea cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original y obtener su cobertura de medicamentos recetados a través de un Plan de medicamentos recetados, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2025.

<i>Número del plan 2024</i>	<i>Nuevos números del plan para 2025</i>	<i>Condados</i>
<i>H9986-003</i>	<i>H9986-04 (Segmento 2)</i>	<i>Broward, Duval, Hillsborough, Orange, Osceola, Palm Beach, Pinellas, Marion, Indian River y St. Lucie</i>

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1 - Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 004-002
Prima mensual (Usted debe también seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a no ser que esta sea pagada por Medicaid).	\$37.70	\$20.30
Rebaja en la prima de la Parte B	N/C	N/C

Sección 2.2 - Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten lo que usted paga de bolsillo por año. Este límite se conoce como “monto máximo de gastos directos de bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la B por el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Monto máximo de gastos directos de bolsillo</p> <p>Como nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos afiliados alcanzan alguna vez este máximo de gastos directos.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan a los efectos de su monto máximo de gastos directos. La prima de su plan y sus costos por medicamentos recetados no cuentan a los efectos de su monto máximo de gastos directos.</p>	<p><i>\$3,400.00</i></p>	<p style="text-align: center;"><i>\$3,400.00</i></p> <p>Una vez que usted haya pagado \$3,400.00 de bolsillo por servicios cubiertos, no pagará nada más por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Monto MOOP combinado (dentro y fuera de la red)</p>

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que usted use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas estarán cubiertas solo cuando se adquieran en una de nuestras farmacias de la red.

Los directorios actualizados también se encuentran en nuestro sitio web en FC2healthplan.com. También puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio por correo, lo cual haremos en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2025*** FC2healthplan.com **para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

No hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

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 a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicios para Afiliados para que podamos ayudarle.

Sección 2.4 - Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare y Medicaid.

Estamos cambiando los costos y beneficios para ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 004-002
<i>Transporte</i>	<i>No están cubiertos.</i>	<i>Viajes de ida y vuelta ilimitados a las ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan.</i> <i>No se requiere autorización.</i>

Costo	2024 (este año)	2025 004-002
<p><i>Alimentos y productos agrícolas</i> <i>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)</i> <i>No todos los miembros califican.</i></p>	<p><i>\$180.00 por trimestre</i></p>	<p><i>\$185.00 al mes</i></p>
<p><i>Sin receta (OTC)</i></p>	<p><i>\$275.00 por trimestre</i></p>	<p><i>\$85.00 al mes</i></p>
<p><i>Dental</i> <i>Preventivos e integrales</i></p>	<p><i>\$3,500 al año</i></p>	<p><i>\$4,380 al año</i> <i>Si es elegible para recibir asistencia para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de \$0.</i></p>

Costo	2024 (este año)	2025 004-002
<i>Opción de Punto de Servicio (POS)</i>	<i>No están cubiertos.</i>	<p><i>Servicios de especialidades médicas proporcionados por un doctor en medicina.</i></p> <p><i>Paga el 20% del costo total.</i></p> <p><i>Si es elegible para recibir asistencia para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de \$0.</i></p> <p><i>No se requiere autorización.</i></p>
<i>Los medicamentos de la Parte B de Medicare</i>	<i>Sujeto al deducible del nivel del plan.</i>	<i>NO sujeto al deducible del nivel del plan.</i>

Costo	2024 (este año)	2025 004-002
<i>Podología</i>	<i>Los costos compartidos no se contabilizaron para el MOOP.</i>	<p><i>Los costos compartidos de podología se contabilizarán para el MOOP.</i></p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

<p><i>Atención avanzada a domicilio (visitas domiciliarias especializadas)</i></p> <p><i>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)</i></p> <p><i>No todos los miembros califican.</i></p>	<p><i>No están cubiertos.</i></p>	<p><i>Cubre la atención médica en el hogar del miembro que de otra manera no está cubierta por Medicare. Beneficio otorgado para las siguientes enfermedades crónicas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>Diabetes</i><i>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)</i><i>Insuficiencia cardíaca congestiva (IC)</i><i>Paciente con accidente cerebrovascular previo</i><i>Hipertensión</i><i>Arteriopatía coronaria</i><i>Trastornos del estado de ánimo</i><i>Artritis reumatoide</i><i>Demencia</i> <p><i>Usted paga el 20% del costo total</i></p> <p><i>Si es elegible para recibir asistencia para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de \$0.</i></p>
--	-----------------------------------	--

Costo	2024 (este año)	2025 004-002
		<i>Se requiere autorización previa.</i>

Sección 2.5 - 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. Ofrecemos una copia de nuestra Lista de Medicamentos electrónicamente si llama a Servicios para Afiliados (consulte la contraportada) o visita nuestro sitio web (FC2healthplan.com).

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos durante el año, revise 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 y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede llamar a Servicios para Afiliados si desea más información.

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o trasladarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus fármacos estarán cubiertos el próximo año y ver si habrá alguna restricción, o si se ha trasladado su medicamento a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le avisaremos sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise 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 y/o trabajar para

encontrar un nuevo medicamento. También puede llamar a Servicios para Afiliados si desea más información.

Actualmente podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica del medicamento y con las mismas restricciones o menos que el medicamento de marca que reemplaza. Además, al agregar un nuevo genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos o agregar nuevas restricciones

A partir de 2025, podremos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales con ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o del producto biológico original con las mismas restricciones o con menos. Además, al agregar una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra Lista de medicamentos.

Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que se reemplaza con uno biosimilar, es posible que no reciba notificación del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni que no obtenga un suministro de 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, aún recibirá información sobre el cambio específico que realizamos, pero es posible que llegue después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (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 para Afiliados o pedirle más información a su proveedor de atención médica, médico o farmacéutico.

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

Nota: Si recibe “Extra Help” (ayuda adicional) para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, puede calificar para una reducción o eliminación del costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no se aplique a su caso. Le enviamos un documento por separado, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben “Extra Help” (ayuda adicional) para pagar los medicamentos recetados* (también llamada *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Anexo LIS*), que le informa sobre sus costos de medicamentos. Si recibe “Extra Help” (ayuda adicional) y no recibió este documento con este paquete antes del 30 de septiembre de 2024, llame a Servicios para Afiliados y solicite el *Anexo LIS*.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos**: la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. La etapa de interrupción de

cobertura y el Programa de descuento por interrupción de cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuento por interrupción de cobertura también será reemplazado por el Programa de descuento del fabricante. En virtud del Programa de descuento del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de descuento del fabricante no cuentan para los costos de bolsillo.

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes.</p>	<p>El deducible es de \$545.00</p>	<p>El deducible es de \$590.00</p>

Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2024 a 2025.

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasará a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1:</p> <p>Paga el 25% del costo total.</p> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1:</p> <p>Paga el 25% del costo total.</p> <p>Una vez que haya pagado \$2000 de bolsillo para los medicamentos de la Parte D,</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>corresponde y usted paga la suya.</p> <p>Los costos de esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>la siguiente etapa (etapa de interrupción de cobertura). <i>O</i> ha pagado \$8000 de bolsillo para los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (etapa de cobertura catastrófica).</p>	<p>pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).</p>

Cambios en la etapa de cobertura catastrófica

La etapa de cobertura catastrófica 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 los productos biológicos durante la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de descuento del fabricante no cuentan para los costos de bolsillo.

Para obtener información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura catastrófica, consulte el Capítulo 6, Sección 6 en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

*En la Sección I, se le informó que el nombre de su Plan cambiará de **Florida Complete Care (HMO D-SNP)** a **Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)**, vigente a partir del 1 de enero de 2025. Junto con el nuevo nombre del Plan también habrá un nuevo número de Paquete de beneficios del plan (PBP), que entrará en vigencia a partir del 1 de enero de 2025.*

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Cambio de número de beneficio del plan y área de cobertura</p>	<p>H9986-003 Todas las áreas de servicio aprobadas. (Todos los condados)</p>	<p>H9986-004 Segmento 2 Condados: <i>Broward, Duval, Hillsborough, Orange, Osceola, Palm Beach, Pinellas, Marion, Indian River y St. Lucie</i></p>
<p>Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare</p>	<p>No corresponde</p>	<p>El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, contáctenos al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526). Los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si desea permanecer en Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)

Para permanecer en nuestro plan usted no necesita hacer nada. Si usted no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, continuará automáticamente inscrito en nuestro Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP).

Sección 4.2 - Si desea cambiar de plan

Esperamos conservarlo como afiliado el próximo año, pero si desea cambiar de plan para el 2025 siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede incorporarse a un plan de salud de Medicare diferente,
- – *O* – puede cambiarse a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los distintos tipos de planes de Medicare, utilice el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

Le recordamos que Florida Complete Care ofrece otros planes de salud de Medicare *Y/O* planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de gastos compartidos.

Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente, inscribáse en el nuevo plan. Su inscripción en Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados, inscribáse en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados, debe:
 - Enviarnos por escrito una solicitud para darse de baja o visitar nuestro sitio web para cancelar su inscripción en línea. Comuníquese con Servicios para Afiliados si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – *O* – 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 cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan por separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare podría inscribirle en un plan de medicamentos, salvo que usted haya declinado la inscripción automática.

SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde **el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2025.

¿Se puede hacer un cambio en otro momento del año?

En determinadas situaciones, también es posible realizar cambios en otras épocas del año. Los ejemplos incluyen a personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Extra Help” (ayuda adicional) para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o dejarán de tener una cobertura del empleador y aquellos que se mudan fuera del área de servicio.

Debido a que tiene el **Programa de Medicaid de Florida**, puede terminar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, incluidos:

- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare,
- Medicare Original sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare (si elige esta opción, Medicare podría inscribirle en un plan de medicamentos, salvo que usted haya declinado la inscripción automática) o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no está satisfecho con su elección de plan, también puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó hace poco o actualmente vive en una institución (como un centro de enfermería especializada o un 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 (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En *Florida*, al SHIP se le llama *Serving Health Insurance Needs of Elders* (SHINE) (Orientación a Personas Mayores sobre Seguros Médicos).

Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare. Los asesores de *Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)* pueden responder sus preguntas y ayudarlo en los problemas que tenga en cuanto a Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca del cambio de planes. Puede llamar a *Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)* al número que aparece en el “Anexo A” en la parte posterior de este folleto.

Para preguntas sobre sus beneficios de la [Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud \(AHCA\)](#), comuníquese al 1-877-711-3662, [711 TTY](#), de 8 a. m. a 5 p. m., hora del Este, de lunes a viernes. Pregunte cómo incorporarse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura [AHCA](#).

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Puede ser elegible para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Estos son los diferentes tipos de ayuda:

- **“Extra Help” (ayuda adicional) de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en el programa “Extra Help” (ayuda adicional), también llamado subsidio para bajos ingresos. “Extra Help” (ayuda adicional) paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Como reúne los requisitos, no se le aplica una penalización por inscripción tardía. Si tiene preguntas acerca de “Extra Help” (ayuda adicional), llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Las personas que utilizan dispositivos TTY deberán llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, entre 8:00 a. m. y 7:00 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - A la Oficina Estatal de Medicaid que le corresponda.
- **Asistencia para compartir los costos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvar la vida. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen constancia de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estado sin seguro/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también tienen cobertura de ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o,

si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al 1-800-FLA-AIDS, TTY 1-888-503-7118. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre de su plan o el número de póliza de la Parte D de Medicare.

- **El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que le ayudará a administrar sus costos de bolsillo en medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

La “Extra Help” (ayuda adicional) de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados 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 obtener más información sobre esta opción de pago, contáctenos al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526). Los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Afiliados al 833-FC2-PLAN (1-833-322-7526. Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números de teléfono son gratuitas.

Lea su documento de *Evidencia de Cobertura* para el 2025 (tiene detalles acerca de los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2025* para Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Este documento le explica sus derechos y las reglas que necesita cumplir para recibir los servicios cubiertos y adquirir los medicamentos recetados. Puede ver una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en FC2healthplan.com. También puede llamar a Servicios para Afiliados para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en FC2healthplan.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 8.2 - Cómo obtener ayuda de Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

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

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 web de Medicare

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

Lea *Medicare y Usted 2025*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Cada otoño, este documento se envía por correo postal a los beneficiarios de Medicare. Este documento trae un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes. Si no tiene una copia de este documento, puede verlo e imprimirlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o 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.

Sección 8.3 - Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Florida Community Care puede llamar a Florida Community Care al 1-833-FCC-PLAN (1-833-322-7526). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Sección 9 – Anexo A

Anexo A - Información de contacto de la Agencia Estatal

Esta sección proporciona la información de contacto de las agencias estatales a las que se hace referencia en este Aviso anual de cambios. Si tiene problemas para encontrar la información que busca, comuníquese con Servicios para Afiliados al número de teléfono que aparece en la contraportada de este folleto.

Florida	
Nombre e información de contacto de SHIP	Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) 4040 Esplanade Way Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000 1-800-963-5337 (sin cargo) 1-800-955-8770 (TTY) 1-850-414-2150 (fax) http://www.floridaSHINE.org
Organización de Mejoramiento de la Calidad	Acentra Health (anteriormente KEPRO) 5201 W. Kennedy Blvd Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-317-0751 711 (TTY) 1-844-878-7921 (fax) https://www.acentraqio.com
Oficina estatal de Medicaid	Florida Medicaid 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308 1-877-711-3662 (sin cargo) 1-850-412-3600 (local) 1-866-886-4342 (fax) http://www.ahca.myflorida.com
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA	Programa ADAP de Florida Sección de VIH/SIDA 4052 Bald Cypress Way Tallahassee, FL 32399 1-850-245-4422 (número principal) 1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS) (inglés) 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) (español) 1800-2437-101 (1-800-AIDS-101) (criollo) 1-888-503-7118 (TTY) http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html

Formulario aprobado
OMB N.º 0938-1421

Introducción en varios idiomas Servicios de intérprete multilingüe

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 1-833-322-7526; TTY: 711. 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 1-833-322-7526; TTY: 711. 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 1-833-322-7526; TTY: 711。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 1-833-322-7526; TTY: 711。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 1-833-322-7526; TTY: 711. 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 1-833-322-7526; TTY: 711. 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 1-833-322-7526; TTY: 711 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 1-833-322-7526; TTY: 711. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

(Expires 12/31/25)

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-322-7526; TTY: 711 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 1-833-322-7526; TTY: 711. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-833-322-7526، TTY: 711. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-833-322-7526; TTY: 711 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता 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 1-833-322-7526; TTY: 711. Un nostro incaricato che parla Italianovi 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 1-833-322-7526; TTY: 711. 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 oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-322-7526; TTY: 711. 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 1-833-322-7526; TTY: 711. 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、
1-833-322-7526; TTY: 711 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。

Aviso de no discriminación

Florida Complete Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual descrita en 45 CFR § 92.101(a)(2)) (o sexo, incluidas las características sexuales, los rasgos intersexuales; embarazo o condiciones relacionadas; orientación sexual; identidad de género y estereotipos sexuales). **Florida Complete Care** no excluye a las personas o las trata diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Florida Complete Care:

- Brinda a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos y apropiados para que se comuniquen de manera eficaz, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios gratuitos de asistencia lingüística 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 apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con **Jennifer Fagundo**.

Si cree que **Florida Complete Care** no ha brindado estos servicios o ha discriminado por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a:

Jennifer Fagundo, directora sénior de operaciones de Medicare

4601 SW 77th Avenue

Miami, FL 33166

(888) 262-1292, 711 (TTY)

1-800-887-2838 fax

JFagundo@ilshealth.com

Puede presentar una queja personalmente o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, **Jennifer Fagundo, directora sénior de operaciones de Medicare**, está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

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

Los formularios de quejas están disponibles en

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.