Florida Complete Care ofrece este plan, *Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP)*

Aviso anual de cambios para 2026

*[**Opcional**: Insertar nombre del afiliado]*
*[**Opcional**: Insertar dirección del afiliado]*

Usted está inscrito como afiliado de Florida Complete Care Duals VIP (HMO-POS D-SNP).

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

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en Florida Complete Care Duals VIP.
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2026*.
- Tenga en cuenta que este solo es un resumen de los cambios. Puede encontrar más información sobre costos, beneficios y reglas en la *Evidencia de cobertura***.** Puede solicitar una copia en FC2healthplan.com o llamar a Servicios para afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526. Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información adicional. Para recibir una copia por correo, atendemos 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.

Más recursos

- Este documento está disponible gratis en español.
- Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y en al menos los 15 idiomas más comúnmente hablados por personas con dominio limitado del inglés en el estado o los estados relevantes en el área de servicio de nuestro plan, y debe proporcionar el aviso en formatos alternativos para las personas con discapacidades que requieren ayudas y servicios auxiliares a fin de garantizar una comunicación efectiva.
- Llame a Servicios para afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526. Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información adicional. Atendemos 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. La llamada es gratuita.

- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluido braille, en letra grande y audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Servicios para afiliados al número que aparece arriba.

Acerca de Florida Complete Care-Duals VIP

- Florida Complete Care-Duals VIP es un plan de 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. Nuestro plan también tiene un contrato escrito con el programa Medicaid de Florida para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando en este material se usan los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Florida Complete Care. Cuando se dice “plan” o “nuestro plan”, significa Florida Complete Care-Duals VIP.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP). Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

Índice

Resumen de costos importantes para 2026 4

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 7
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de gastos directos de bolsillo 8
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 9
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 9
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 10
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D 10
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados 11

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 14

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan 14
Sección 3.1 Fecha límite para cambiar de plan 15
Sección 3.2 ¿Se puede hacer un cambio en otro momento del año? 15

SECCIÓN 4 Obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados 16

SECCIÓN 5 ¿Preguntas? 17
Obtenga ayuda de Florida Complete Care-Duals VIP 17
Obtenga ayuda de Medicare 18
Obtenga ayuda de Medicaid 19

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor [*Los planes con una prima de $0 no deben incluir*: o menor] a este monto. Vaya a la Sección 1 para obtener más detalles.	$20.30 por mes	**$0 por mes**
Deducible	$257.00 Excepto la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero. Si es elegible para recibir ayuda para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga $0.	**$0**
Monto máximo de gastos directos de bolsillo Este es el máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vaya a la Sección 1 para obtener más detalles).	$3,400.00 Usted no es responsable de pagar ningún gasto directo de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de gastos directos de bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B.	**No habrá cambios para el próximo año de beneficios.** **Usted no es responsable de pagar ningún gasto directo de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de gastos directos de bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B.**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Visitas al consultorio de atención primaria	Visitas de atención primaria: $0.00 por visita	**No habrá cambios para el próximo año de beneficios.** **Si es elegible para recibir ayuda para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga $0 por visita.**
Visitas al consultorio de especialistas	20 % por visita Si es elegible para recibir ayuda para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga $0 por visita.	**$0 por visita**
Hospitalizaciones Incluye hospitalización de pacientes con enfermedad aguda, rehabilitación, hospitales de atención médica a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención de pacientes hospitalizados comienza el día en que es admitido formalmente con una orden médica. El día anterior al alta es su último día de internación.	• $1,676 de deducible • Días 1–60: $0 de copago • Días 61–90: $419 de copago por día A partir del día 91: $838 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 de cada período de beneficios • (hasta 60 días durante toda su vida). Después de los días de reserva de por vida: todos los costos.	***Paga $0 por la atención de pacientes hospitalizados cubiertos por Medicare.*** **Se requiere autorización previa para atención hospitalaria y servicios de trasplante dentro de la red.**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Si es elegible para recibir ayuda para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga $0.	
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya a la Sección 1 para obtener más detalles).	$590.00 Excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.	**$615.00** **Excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.** **Si recibe Extra Help (Ayuda adicional), no tiene deducible.**
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya a la Sección 1 para obtener detalles, incluidas las Etapas de deducible anual, de Cobertura inicial y de Cobertura en caso de catástrofe).	Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos del nivel 1: 25 % Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapa de cobertura en caso de catástrofe: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada	**Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:** **Usted paga el menor de los siguientes medicamentos de nivel 1: 25 % o su copago de Extra Help (Ayuda adicional).**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	por los medicamentos cubiertos de la Parte D.	**Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Si recibe Extra Help (Ayuda adicional), pagará el menor de los dos valores siguientes: 25 % o su copago de Extra Help (Ayuda adicional).** **Etapa de cobertura en caso de catástrofe:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que sea pagada por Medicaid).	$20.30 por mes	**$0 por mes**

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de gastos directos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo de gastos directos de bolsillo. Una vez que haya pagado esta cantidad, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (y otros servicios de salud no cubiertos por Medicare) durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Monto máximo de gastos directos de bolsillo Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos afiliados alcanzan este monto máximo de gastos directos de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto directo de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de gastos directos de bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B. Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) **cuentan** para el monto máximo de gastos directos de bolsillo. La prima de nuestro plan y los costos de sus medicamentos recetados **no cuentan** para el monto máximo de gastos directos de bolsillo.	$3,400.00	**No habrá cambios para el próximo año de beneficios.**

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores* de 2026 en FC2healthplan.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. A continuación le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en FC2healthplan.com.
- Llame a Servicios para afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526. Los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*. Atendemos 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.

Durante el año, podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llame a Servicios para afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526. Los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, vaya al Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

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

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias* de 2026 en FC2healthplan.com para ver qué farmacias están en nuestra red. A continuación le indicamos cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.FC2healthplan.com.
- Llame a Servicios para afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526. Los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para obtener información actualizada sobre farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*.

Durante el año, podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame a Servicios para afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526. Los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para obtener ayuda.

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

El Aviso anual de cambios le informa sobre los cambios en los beneficios y costos de Medicare y Medicaid. Consulte el Resumen de beneficios y la Evidencia de cobertura para obtener información adicional sobre los beneficios de Medicaid.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Sin receta (OTC)	$85.00	**$75.00**

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en 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.

Realizamos 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 medicamentos estén cubiertos el próximo año y saber si habrá alguna restricción, o bien determinar si sus medicamentos fueron trasladados 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 realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de 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. Llame a Servicios para afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526. Los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para obtener información adicional. Atendemos 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.

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

¿Recibe Extra Help (Ayuda adicional) para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar medicamentos (Extra Help [Ayuda adicional]), **es posible que la información de los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique en su caso.** Le enviamos un documento por separado, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Extra Help (Ayuda adicional) para pagar los medicamentos recetados,* que le informa sobre sus costos de medicamentos. Si recibe Extra Help (Ayuda adicional) y no recibe este material antes del 1 de octubre de 2025, llame a Servicios para afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526. Los usuarios de TTY deben llamar al *711*) y solicite el *Anexo LIS*.

Etapas del pago de medicamentos

Existen 3 **etapas de pago de medicamentos:** la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en caso de catástrofe. La Etapa de interrupción de cobertura y el Programa de descuento por interrupción de cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

  Usted comienza cada año calendario en esta etapa de pago. Durante esta etapa, paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

  Una vez que pague el deducible anual, pasará a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que *el total de sus gastos directos de bolsillo por medicamentos* acumulados en el año *alcance $2,100.00.*

- ***Etapa 3: Cobertura en caso de catástrofe***

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

El Programa de descuento por interrupción de cobertura ha sido reemplazado por el Programa de descuento del fabricante. Según el Programa de descuento del fabricante, los

fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan para los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en caso de catástrofe. Los descuentos pagados por los fabricantes conforme al Programa de descuentos del fabricante no cuentan para los gastos directos de bolsillo.

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	**2026 (el próximo año)**
Deducible anual	*$590.00*	**$615.00** **Excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.** **Si recibe Extra Help (Ayuda adicional), no tiene deducible.**

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra el costo por receta para un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos o sobre las recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado $2,100.00 para los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en caso de catástrofe).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Nivel 1	25 % del costo total	**Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:** **Usted paga el menor de los siguientes medicamentos de nivel 1: 25 % o su copago de Extra Help (Ayuda adicional).** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Si recibe Extra Help (Ayuda adicional), pagará el menor de los dos valores siguientes: 25 % o su copago de Extra Help (Ayuda adicional).** **Etapa de cobertura en caso de catástrofe:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Cambios en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, consulte el Capítulo 6, Sección 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a administrar sus gastos directos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Es posible que esté participando en esta opción de pago.	**Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** **Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526. Los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.**

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en Florida Complete Care-Duals VIP, usted no necesita hacer nada. A menos que se inscriba en un plan diferente o cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro plan Florida Complete Care-Duals VIP.

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

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Florida Complete Care-Duals VIP.

- **Para cambiar a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en Florida Complete Care-Duals VIP.
- **Para cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Llame a Servicios para afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526. Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información adicional sobre cómo hacer esto. Atendemos 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. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que le den de baja. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D (vaya a la Sección 4).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los distintos tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, lea el manual *Medicare y Usted 2026*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la Sección *5*), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Fecha límite para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cobertura **desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no está satisfecho con su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare separada) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Se puede hacer un cambio en otro momento del año?

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

- Tienen Medicaid
- Reciben Extra Help (Ayuda adicional) para pagar sus medicamentos
- Tienen o están dejando una cobertura del empleador
- Se mudaron fuera del área de servicio de nuestro plan

Debido a que usted tiene Medicaid, puede cancelar su afiliación en nuestro plan al elegir una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- 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 puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de 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 recientemente se mudó 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 cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare separada) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiar a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 4 Obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados

Puede ser elegible para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Extra Help (Ayuda adicional) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir Extra Help (Ayuda adicional) para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, lo que incluye primas mensuales de planes de medicamentos, deducibles anuales y coseguro. Además, las personas que reúnen los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - El Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
  - La oficina de Medicaid de su estado.

- **Asistencia para compartir el costo de los 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 tengan acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvar la vida. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, usted debe 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 de Florida. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al 1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS) Inglés / 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) Español / TTY: 1-888-503-7118, o bien visite la web en http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/. Al llamar, asegúrese de informar el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.
- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar sus gastos directos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus costos de medicamentos.**

  Extra Help (Ayuda adicional) de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas elegibles, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los afiliados son elegibles para participar del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, independientemente del nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526. Los usuarios de TTY deben llamar al *711*) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Obtenga ayuda de Florida Complete Care-Duals VIP

- **Llame a Servicios para afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526. Los usuarios de TTY deben llamar al *711*).**

Atendemos 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. La llamada es gratuita.

- **Lea su *Evidencia de cobertura* de 2026**

  Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Si necesita más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2026 de Florida Complete Care-Duals VIP (HMO-POS D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en FC2healthplan.com o llame a Servicios para afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526. Los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite FC2healthplan.com**

  Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En Florida, SHIP se llama Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

Llame a Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) para obtener asesoramiento gratuito sobre seguros de salud personalizados. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y Medicaid, y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a *SHINE* al número que aparece en el “Anexo A” en la parte posterior de este folleto.

Obtenga ayuda 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

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

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite www.Medicare.gov**

  En el sitio web oficial de Medicare encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para que pueda comparar los planes de salud de Medicare en su área.

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

  Todos los otoños se envía el manual *Medicare y Usted 2026* por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Solicite una copia en www.Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga ayuda de Medicaid

Llame al Programa Medicaid de Florida – Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-955-8771 para obtener ayuda con la inscripción a Medicaid o si tienen preguntas sobre los beneficios. Consulte el Anexo A para obtener recursos estatales adicionales.

Sección 9 – Anexo A

Anexo A - Información de contacto de agencias estatales

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 Servicio para afiliados al número de teléfono que aparece en la contraportada de este folleto.

Florida	
Nombre de SHIP e información de contacto	Servicing Health Insurance Needs of Elders (SHINE) 4040 Esplanade Way Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000 1-800-963-5337 (llamada gratuita) 1-800-955-8770 (TTY) 1-850-414-2150 (fax) http://www.floridaSHINE.org
Organización para el 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 de Medicaid del estado	Florida Medicaid 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308 1-877-711-3662 (llamada gratuita) 1-850-412-3600 (local) 1-866-886-4342 (fax) http://www.ahca.myflorida.com
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA	Florida ADAP Program HIV/AIDS Section 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

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares

Esta información y demás materiales útiles están disponibles gratis en otros idiomas y formatos. Comuníquese con nuestro número de Servicios para afiliados al 1-833-322-7526 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Español

Esta información y los apoyos auxiliares están disponibles sin costo en otros idiomas y formatos. Comuníquese con nuestros Servicios para afiliados al (1-833-322-7526) (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Criollo haitiano

Enfòmasyon sa a ak èd oksilyè disponib gratis nan lòt lang ak fòma. Tanpri kontakte nimewo Sèvis Manm nou an nan (1-833-322-7526) (TTY: 711), lendi rive vandredi, 8 a.m. a 8 p.m.

Servicios de traducción escrita u oral

English: ATTENTION: If you do not speak English, written translation, auxiliary aids or oral interpretation services, free of charge, are available to you. Call 1-833-322-7526 (TTY: 711).

Español: ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición servicios de traducción escrita, auxiliares o interpretación oral, sin cargo. Llame al 1-833-322-7526 (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (criollo haitiano): ATANSYON: Si ou pa pale anglè, tradiksyon alekri, sevis ed oksilye oswa sevis entepretasyon oral, gratis, ki disponib pou ou. Rele 1-833-322-7526 (TTY: 711).

Tiếng Việt (vietnamita): LƯU Ý: Nếu không nói tiếng Anh, quý vị có thể được cung cấp miễn phí các dịch vụ biên dịch, thông dịch hoặc các phương tiện hỗ trợ. Vui lòng gọi số 1-833-322-7526 (TTY: 711).

Português (portugués): ATENÇÃO: Se você não fala inglês, estão disponíveis para você, gratuitamente, serviços de tradução escrita, recursos auxiliares ou interpretação oral. Ligue para 1-833-322-7526 (TTY: 711).

中文 (chino simplificado)：请注意：如果您不说英语，我们可免费为您提供书面翻译、辅助设备或口译服务。请拨打 1-833-322-7526（TTY：711）。

漢語 (chino tradicional): 请注意：如果您不说英语，我们可免费为您提供书面翻译、辅助设备或口译服务。请拨打 1-833-322-7526（TTY：711）。

Français (francés): ATTENTION: Si vous ne parlez pas anglais, des services de traduction écrite, des aides auxiliaires, ou des services d'interprétation orale, sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-833-322-7526 (TTY: 711).

Tagalog (tagalo): ATENSYON: Kung hindi ka nagsasalita ng Ingles, mayroong libreng nakasulat na salin, mga pantulong na kagamitan, o serbisyong pasalitang interpretasyon na available para sa iyo. Tumawag sa 1-833-322-7526 (TTY: 711).

Русский (ruso): ВНИМАНИЕ! Если вы не говорите на английском языке, то вам доступны бесплатные услуги письменного и устного перевода, а также дополнительная помощь. Звоните 1-833-322-7526 (TTY: 711).

العربية:(árabe) ملاحظة: إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية، تتوفر لك خدمات الترجمة الكتابية أو الوسائل المساعدة الإضافية أو خدمات الترجمة الشفوية مجانًا. اتصل بالرقم 1-833-322-75261 (هاتف نصي: 711)

Italiano: ATTENZIONE: Se non parla inglese, sono disponibili servizi gratuiti di traduzione scritta o interpretariato orale e altri sussidi. Chiami il numero 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (TTY: 711).

Deutsch (alemán): ACHTUNG: Wenn Sie kein Englisch sprechen, stehen Ihnen schriftliche Übersetzungen, Hilfsmittel oder mündliche Dolmetscherdienste kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) (TTY: 711) an.

한국어 (coreano): 주의: 영어 사용자가 아닌 경우 서면 번역, 보조 지원, 구두 통역 서비스를 무료로 받으실 수 있습니다. 1-833-322-7526 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Polski (polaco): WAŻNE: Osoby nieposługujące się językiem angielskim mogą skorzystać z bezpłatnego tłumaczenia pisemnego, pomocy dodatkowych lub tłumaczenia ustnego. Zadzwoń pod numer 1-833-322-7526 (TTY: 711).

ગુજરાતી (guyaratí): ધ્યાન: જો તમને અંગ્રેજી આવડતું નથી, તો લેખિત અનુવાદ, સહાયક સહાય અથવા મૌખિક અર્થઘટન સેવાઓ, મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. 1-833-322-7526 (TTY: 711) પર કૉલ કરો.

ภาษาไทย (tailandés): ข้อควรใส่ใจ: หากคุณไม่ได้พูดภาษาอังกฤษ คุณสามารถใช้บริการแปลเอกสาร เครื่องมือช่วยเหลือ หรือล่ามแปลภาษาได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โทร 1-833-322-7526 (TTY: 711).

Si no puede leer esto en una fuente más pequeña, esta información está disponible gratis en otros formatos o mediante interpretación oral. Llame al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526), (TTY: 711).

Aviso de no discriminación

Florida Complete Care cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. 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 asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz, como:
    - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
    - Información escrita en otros formatos (en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios de idiomas gratis a personas cuya lengua materna no es inglés, como:
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para afiliados.

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: Servicios para afiliados, 833-FC2-PLAN (833-322-7526) o 711 para TTY.

Puede presentar una queja personalmente o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Servicios para afiliados está disponible para ayudarle.

Puede presentar una queja ante 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,
DC 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

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