Florida complete care

2026 Resumen de beneficios

Florida Complete Care (HMO I-SNP)
Florida Complete Care – In The Community (HMO-POS I-SNP)

H9986_2026SB001/002_M Aceptado el 09/17/2025

Gracias por su interés en nuestros planes Medicare Advantage.

Florida Complete Care (HMO I-SNP) es un tipo especial de plan MAPD para personas que viven en un asilo de ancianos, un centro de vida asistida o en su casa y tienen problemas de salud complejos que pueden requerir una atención más coordinada e integral. Estos planes se denominan planes institucionales para necesidades especiales (Institutional Special Needs Plans, I-SNP) y ofrecen beneficios y servicios adicionales según su situación.

Florida Complete Care- In The Community (HMO-POS I-SNP) es un plan HMO de punto de servicio (POS) I-SNP que le da la libertad de elegir recibir atención de especialistas dentro o fuera de la red de Florida Complete Care para servicios médicos cubiertos en todo el estado de Florida.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Florida: Alachua, Brevard, Broward, Duval, Escambia, Hillsborough, Indian River, Lee, Marion, Martin, Miami-Dade, Orange, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Polk, Santa Rosa, Sarasota, Seminole, St. Lucie y Volusia.

Resumen de beneficios para 2026

Florida Complete Care (HMO I-SNP)
Florida Complete Care – In The Community (HMO-POS I-SNP)

Florida complete care

Introducción

Florida Complete Care (HMO I-SNP) y Florida Complete Care - In The Community (HMO-POS I- SNP) son planes Medicare Advantage y de medicamentos recetados. Nuestros planes incluyen beneficios hospitalarios, médicos y de medicamentos recetados en un solo plan. Para inscribirse en nuestros planes, debe:

- Tener derecho a la Parte A de Medicare,
- Estar inscripto en la Parte B de Medicare,
- Vivir en el área donde prestamos servicio y
- Residir o planear residir en uno de los asilos de ancianos de nuestra red o vivir en la comunidad y necesitar el mismo nivel de atención de quien vive en un hogar de ancianos.

Con Florida Complete Care (HMO I- SNP), debe acudir a los médicos y los centros de nuestro plan. Si acude a un médico o un centro que no está en nuestro plan, es posible que no cubramos el servicio. El costo compartido que se describe en este documento es específico para los proveedores contratados o dentro de la red, excepto para la atención de emergencia.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los afiliados de Florida Complete Care (HMO I- SNP), excepto en situaciones de emergencia. Comuníquese con nuestro número de atención al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

El plan de punto de servicio de Florida Complete Care - In The Community (HMO-POSI-SNP) le permite elegir entre médicos dentro de la red (médicos que participan en nuestro plan) o fuera de la red (médicos que no participan en nuestro plan). El costo compartido de los servicios prestados por médicos que no participan en nuestro plan se incluye en este documento.

La información de beneficios incluida en este documento es un resumen detallado de lo que cubrimos y lo que usted paga por cada plan. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame a Servicios para afiliados o consulte su Evidencia de cobertura para ver una descripción completa de los beneficios, incluido el costo compartido, al que puede acceder en nuestro sitio web aquí: FC2healthplan.com.

Los beneficios marcados con un asterisco (*) requieren autorización previa para que pueda usarlos. Autorización previa significa que debe obtener la aprobación de Florida Complete Care antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o consultar a un proveedor fuera de la red. Es posible que Florida Complete Care no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación. Si necesita atención urgente, de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, no necesita obtener una aprobación primero.

Los beneficios marcados con un doble asterisco (**) son parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los afiliados califican. Se aplican criterios de elegibilidad y limitaciones. Los beneficios indicados con “SSBCI” son beneficios complementarios especiales que se aplican a las siguientes enfermedades: cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes;

Introducción

Condiciones de salud mental para ser elegible. Hay otras enfermedades elegibles que no se enumeran aquí. Incluso si tiene uno de los beneficios enumerados, es posible que no reciba este beneficio. La cobertura depende de si usted cumple con la definición de un afiliado con una enfermedad crónica y los criterios de cobertura del plan.

Extra Help (Ayuda adicional) es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus costos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Extra Help (Ayuda adicional) también se conoce como “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Algunos beneficios siguen las políticas de deducible o coseguro de Medicare y contienen la nota "Se aplican los períodos de beneficios de Medicare". Un período de beneficios comienza con una hospitalización y finaliza cuando transcurren 60 días sin que haya recibido atención hospitalaria o especializada. Si va al hospital después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Se debe pagar el deducible de cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

¿Tiene preguntas?

Llame a Servicios para afiliados sin costo al **1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526)/ TTY 711** y siga las instrucciones para comunicarse con un representante.

Atendemos de **8 a. m. a 8 p. m.,** siete días a la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes (excepto feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Puede obtener más información sobre nosotros en nuestro sitio web: **FC2healthplan.com**

Florida Complete Care es un HMO-I-SNP y un HMO POS I-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en los planes Florida Complete Care depende de la renovación del contrato de CMS.

Florida Complete Care (HMO I-SNP)

Beneficios y servicios destacados

Usted paga $0.

Beneficios cubiertos por Medicare

Sin referencias

No se requieren referencias para visitas a especialistas

Usted paga $0.

Beneficios complementarios

ARTÍCULOS DE VENTA LIBRE (OTC)

$305/trimestre
(no se transfiere de un trimestre a otro)

Servicios odontológicos

$912.50/trimestre
(los beneficios no utilizados se transfieren de un trimestre a otro)

Usted paga $0.

Servicios adicionales

Gestión integral de la atención

Integración de servicios médicos y sociales

Florida Complete Care (HMO-POS I- SNP)

Beneficios y servicios destacados

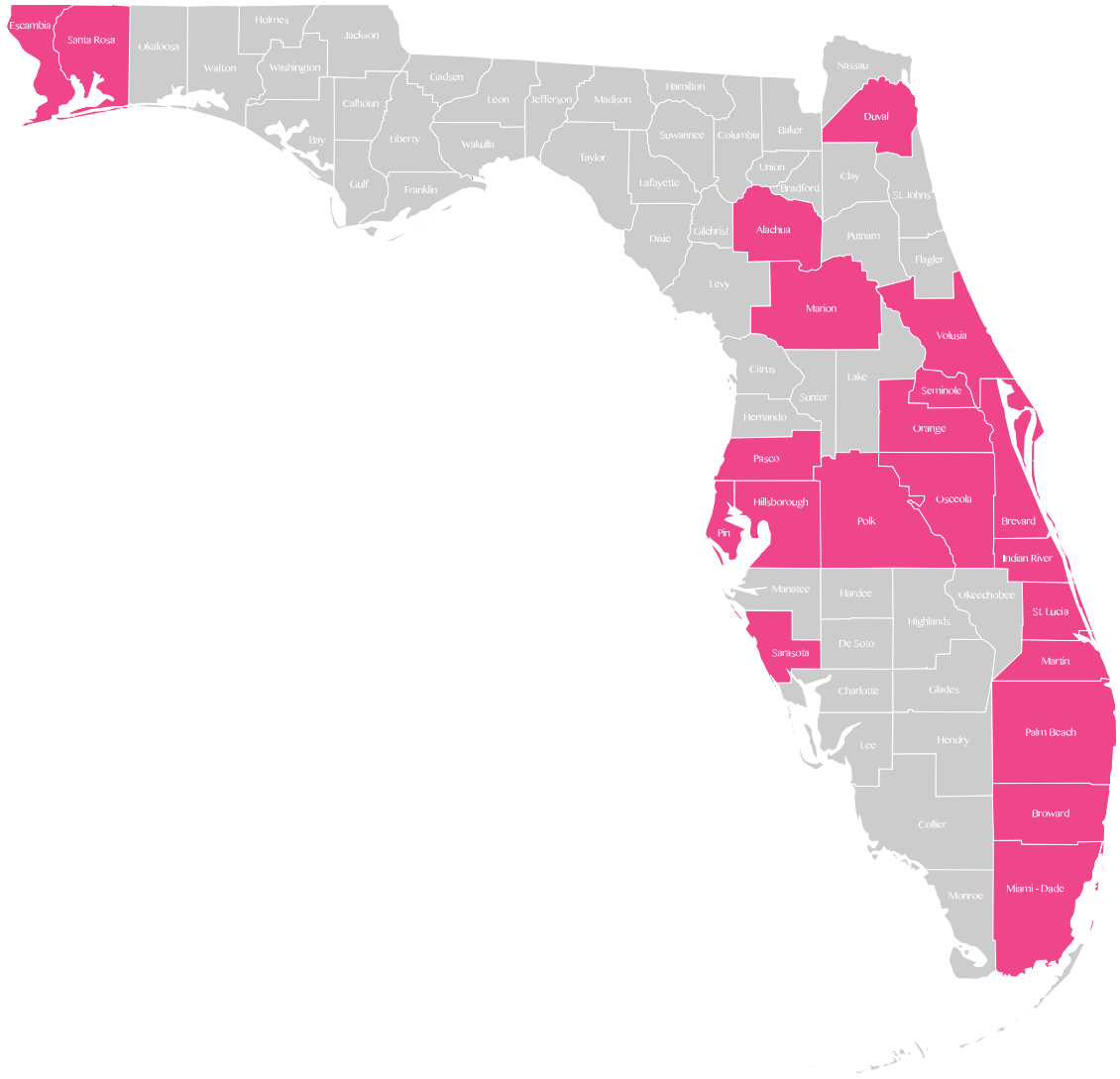
Usted paga $0.	Usted paga $0.	Usted paga $0.
Beneficios cubiertos por Medicare	**Beneficios complementarios**	**Servicios adicionales**
Red abierta Libertad de elección para elegir especialistas dentro y fuera de la red de FC2	**OTC-Tarjeta Flex** **$40/mes** (no se transfiere de un mes a otro)	**Gestión integral de la atención** **Integración** de servicios médicos y sociales
Sin referencias **No** se requieren referencias para visitas a especialistas	**Alimentos saludables SSBCI-Tarjeta Flex** **$60/mes** (no se transfiere de un mes a otro)	
	Servicios odontológicos **$862.50/trimestre** (los beneficios no utilizados se transfieren de un trimestre a otro)	
	Visitas domiciliarias **20% de coseguro**	

Área de servicio

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Florida:

Áreas de servicio actuales

Alachua	Brevard
Broward	Duval
Escambia	Hillsborough
Indian River	Lee
Marion	Martin
Miami-Dade	Orange
Osceola	Palm Beach
Pasco	Pinellas
Polk	Santa Rosa
Sarasota	Seminole
St. Lucie	Volusia



Medicare Beneficios cubiertos

Descripción general

Beneficios cubiertos por Medicare

Servicio / Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará	FC2 (HMO I-SNP)	FC2 - In The Community (HMO-POS I-SNP)
¿Cuál es el monto de mi prima?	**$4.80** por mes • Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. • Si recibe "Extra Help" (Ayuda adicional) de Medicare, la prima mensual de su plan será más baja o es posible que no pague nada.	✓	✓
¿Cuál es el monto de mi deducible?	Este plan no tiene deducible por atención médica. **$615.00** de deducible por año para medicamentos recetados de la Parte D, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.	✓	✓

Beneficios cubiertos por Medicare

Servicio / Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará	FC2 (HMO I-SNP)	FC2 - In The Community (HMO-POS I-SNP)
¿Hay un límite en la cantidad que pagaré por mis servicios médicos cubiertos? (Tenga en cuenta que esto no incluye los medicamentos recetados de la Parte D)	**$3,400.00** por año por médicos y centros de nuestro plan. • Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al fijar límites anuales en sus gastos directos de bolsillo para la atención médica y hospitalaria. • Los servicios que recibe de médicos o centros de nuestro plan (o fuera de la red para POS) se contemplan para el límite anual. Si alcanza el límite de gastos directos de bolsillo, no tendrá que pagar ningún gasto directo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año. • Tenga en cuenta que aún debe pagar la prima mensual de medicamentos recetados de la Parte D.	✓	✓

Beneficios cubiertos por Medicare

Servicio / Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará	FC2 (HMO I-SNP)	FC2 - In The Community (HMO-POS I-SNP)
Hospital para pacientes hospitalizados*	Centros en nuestro plan: Por cada hospitalización cubierta por Medicare, por período de beneficios: • **$1,632 de deducible** • **Días 1–60: (de cada período de beneficios) $0 de copago después de alcanzar su deducible de la Parte A** • **Días 61–90: (de cada período de beneficios) $408 de copago por día** • **A partir del día 91: (de cada período de beneficio) $816 de copago por** cada "día de reserva de por vida" después de ese día (hasta 60 días durante toda su vida). • **Después de utilizar todos los días de su reserva de por vida, paga todos los costos.** Estos son montos de costos compartidos de 2025 y pueden cambiar para 2026. Florida Complete Care (HMO I-SNP) y Florida Complete Care - In The Community (HMO-POS I-SNP) proporcionarán las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen. *Se aplican los períodos de beneficios de Medicare*	✓	✓
Hospital para pacientes ambulatorios*	**Usted paga un coseguro del 20%**	✓	✓

Beneficios cubiertos por Medicare

Servicio / Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará	FC2 (HMO I-SNP)	FC2 - In The Community (HMO-POS I-SNP)
Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios*	**Usted paga un coseguro del 20%**	✓	✓
Visitas al médico: Atención primaria	**Usted paga un copago de $0.00**	✓	✓
Especialistas	**Médicos dentro y fuera de la red: Usted paga un coseguro del 20%**	✓	✓
Atención preventiva	**Usted paga un copago de $0.00** **Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, entre ellos:** • Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal • Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento • Prueba de biomarcadores en sangre • Medición de densidad ósea • Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino • Examen de detección de cáncer colorrectal (prueba de ADN en materia fecal con múltiples objetivos, enemas de bario, colonoscopias, pruebas de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopias flexibles)	✓	✓

Beneficios cubiertos por Medicare

Servicio / Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará	FC2 (HMO I-SNP)	FC2 - In The Community (HMO-POS I-SNP)
Atención preventiva	• Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco • Examen de detección de depresión • Exámenes de detección de diabetes • Capacitación sobre autocontrol de la diabetes • Pruebas de glaucoma • Vacunas contra la hepatitis B • Análisis de detección de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) • Análisis de detección de la hepatitis C • Análisis de detección del VIH • Exámenes de detección de cáncer de pulmón • Mamografías (examen de detección) • Servicios de terapia de nutrición médica • Programa de prevención de la diabetes de Medicare • Terapia conductual para la obesidad • Visita preventiva única de “bienvenida a Medicare” • Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH • Exámenes de detección de cáncer de próstata • Exámenes de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual	✓	✓

Beneficios cubiertos por Medicare

Servicio / Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará	FC2 (HMO I-SNP)	FC2 - In The Community (HMO-POS I-SNP)
Atención preventiva	• **Vacunas** - Vacunas contra el COVID-19 - Vacunas contra la gripe - Vacunas contra la hepatitis B - Vacunas antineumocócicas • **Visita anual de "bienestar"**	✓	✓
Atención de emergencia.	**Usted paga un coseguro del 20% (hasta $120 por visita)** • No pagará esta cantidad si ingresa en el hospital dentro de 3 días por la misma afección.	✓	✓
Servicios de urgencia	**Usted paga un coseguro del 20% (hasta $65 por visita)** • No pagará esta cantidad si ingresa en el hospital dentro de 3 días por la misma afección.	✓	✓

Beneficios cubiertos por Medicare

Servicio / Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará	FC2 (HMO I-SNP)	FC2 - In The Community (HMO-POS I-SNP)
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio, diagnóstico por imágenes*	**Usted paga un coseguro del 20% por los siguientes servicios:** • Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancias magnéticas, tomografías computarizadas) • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Servicios de laboratorio • Radiografías de pacientes ambulatorios • Servicios de radiología terapéutica (p. ej., tratamiento de radioterapia para el cáncer)	✓	✓
Servicios de audición	**Usted paga un coseguro del 20% por todos los servicios cubiertos por Medicare**	✓	✓

Beneficios cubiertos por Medicare

Servicio / Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará	FC2 (HMO I-SNP)	FC2 - In The Community (HMO-POS I-SNP)
Servicios odontológicos*	**Usted paga $0 por los servicios cubiertos por Medicare.** **Su plan cubre hasta $3,650.00 de asignación cada año ($912.50 por trimestre) para servicios odontológicos preventivos e integrales no cubiertos por Medicare, incluidos:** **Servicios odontológicos preventivos:** • Examen bucodental cada 6 meses • Servicio de profilaxis cada 6 meses (limpieza) • Radiografías odontológicas una vez al año **Servicios odontológicos integrales:** • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Servicios de implantes Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios **Los montos no utilizados se transfieren de un trimestre a otro** **Usted es responsable de cualquier monto que supere el límite de la cobertura odontológica**	✓	✓

Beneficios cubiertos por Medicare

Servicio / Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará	FC2 (HMO I-SNP)	FC2 - In The Community (HMO-POS I-SNP)
Servicios odontológicos*	**Usted paga $0 por los servicios cubiertos por Medicare.** **Su plan cubre hasta $3,450.00 de asignación cada año ($862.50 por trimestre) para servicios odontológicos preventivos e integrales no cubiertos por Medicare, incluidos:** **Servicios odontológicos preventivos:** • Examen bucodental cada 6 meses • Servicio de profilaxis cada 6 meses (limpieza) • Radiografías odontológicas una vez al año **Servicios odontológicos integrales:** • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Servicios de implantes Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios **Los montos no utilizados se transfieren de un trimestre a otro** **Usted es responsable de cualquier monto que supere el límite de la cobertura odontológica**		✓
Servicios de la visión	Usted paga el 20% por todos los servicios cubiertos por Medicare por médicos y centros en nuestro plan	✓	✓

Beneficios cubiertos por Medicare

Servicio / Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará	FC2 (HMO I-SNP)	FC2 - In The Community (HMO-POS I-SNP)
Servicios de salud mental*	**Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados:** Para cada hospitalización psiquiátrica por período de beneficios: • **$1,632 de deducible** • **Días 1–60: (de cada período de beneficios) $0 de copago después de alcanzar su deducible de la Parte A** • **Días 61–90: (de cada período de beneficios) $408 de copago por día** • **A partir del día 91: (de cada período de beneficio) $816 de copago por** cada "día de reserva de por vida" después de ese día (hasta 60 días durante toda su vida). • **Después de utilizar todos los días de su reserva de por vida, paga todos los costos.** Estos son montos de costos compartidos de 2025 y pueden cambiar para 2026. Florida Complete Care proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen. **20% del monto aprobado por Medicare** por servicios de salud mental que recibe de médicos y otros proveedores mientras está internado en un hospital. • Se aplican los períodos de beneficios de Medicare **Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios:** 20% de coseguro por servicios para pacientes ambulatorios: • Terapia de grupo ambulatoria • Terapia individual ambulatoria	✓	✓
Medicamentos recetados de la Parte D	**$615.00** de deducible por año para medicamentos recetados de la Parte D.	✓	✓

Beneficios cubiertos por Medicare

Servicio / Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará	FC2 (HMO I-SNP)	FC2 - In The Community (HMO-POS I-SNP)
¿Cuál es el monto de mi deducible de la Parte D?	*Nota: durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de los medicamentos hasta que haya alcanzado el deducible anual.* El deducible no se aplica a productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para viajeros.		
Etapa de cobertura inicial	Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar: Nivel 1: Usted paga el 25% del costo total. Una vez que haya pagado $2,100 de bolsillo para los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en caso de catástrofe). El costo total anual de los medicamentos es el costo total de los medicamentos pagados por usted y por su plan de la Parte D. **El coseguro del 25%** se aplica a los costos compartidos para minoristas estándar, pedidos por correo, atención a largo plazo y servicios fuera de la red. El mismo coseguro se aplica a un suministro de un mes y tres meses. Notas: • Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red o mediante pedidos por correo. • Si califica para el subsidio por bajos ingresos (LIS), también conocido como programa “Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare, la cantidad que paga puede ser diferente en esta etapa. • La cobertura se limita a determinadas situaciones de costos compartidos fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura. ***Important Message** About What You Pay for Insulin - You won’t pay more than $35 for a one-month supply of each insulin product covered by our plan, even if you haven’t paid your deductible.*	✓	✓

Beneficios cubiertos por Medicare

Servicio / Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará	FC2 (HMO I-SNP)	FC2 – In The Community (HMO-POS I-SNP)
Etapa de cobertura en caso de catástrofe	Una vez que sus gastos directos de bolsillo anuales en medicamentos alcancen los $2,100.00, a partir de 2026, si llega a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.	✓	✓
Centro de enfermería especializada (SNF)*	Por cada hospitalización por período de beneficios • **Días 1–20:** $0 de copago (Nota: si tiene un plan Medicare Advantage, es posible que se le cobren copagos durante los primeros 20 días. Póngase en contacto con el plan para obtener más información). • **Días 21–100:** $204 cada día • **A partir del día 101:** todos los costos La Parte A limita la cobertura a 100 días en cada período de beneficios • *No se requiere autorización para Florida Complete Care (HMO I-SNP)*	✓	✓
Fisioterapia*	Usted paga el 20% de todos los servicios cubiertos por Medicare	✓	✓
Ambulancia*	Usted paga un coseguro del 20% para ambulancia aérea y terrestre que no sea de emergencia	✓	✓
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	Usted paga entre 0 y 20% de coseguro	✓	✓

Beneficios cubiertos por Medicare

Servicio / Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará	FC2 (HMO I-SNP)	FC2 – In The Community (HMO-POS I-SNP)
Servicios de podología (cuidado de los pies) * Solo se requiere PA para el beneficio estándar de Medicare.	**Usted paga un coseguro del 20%** por servicios de podología como exámenes o tratamientos de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o si necesita un tratamiento médicamente necesario para lesiones o enfermedades del pie, como dedo en martillo, juanetes y espolones en el talón. **Usted paga $0** por los servicios complementarios de cuidado rutinario de los pies Los servicios complementarios cubiertos incluyen: • Visitas rutinarias de cuidado de los pies, hasta 6 visitas por año • Corte o eliminación de lesiones hiperqueratósicas benignas (p. ej., callos, verrugas, callosidades) • Recorte o desbridamiento de uñas.	✓	✓
Equipos y suministros médicos*	**Usted paga un coseguro del 20% para:** • Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) • Suministros y servicios para la diabetes • Prótesis	✓	✓
Servicios quiroprácticos*	**Usted paga un coseguro del 20%** Para ayudar a corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna se desplazan de su posición) mediante la manipulación de la columna.	✓	✓

Beneficios cubiertos por Medicare

Servicio / Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará	FC2 (HMO I-SNP)	FC2 – In The Community (HMO-POS I-SNP)
Dialysis*	**Usted paga un coseguro del 20%** Cubierto tres veces por semana si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD). Esto incluye medicamentos para diálisis, pruebas de laboratorio, capacitación en diálisis en el hogar y equipos y suministros relacionados.	✓	✓
Home Health*	**Usted paga $0 por servicios médicos domiciliarios** Cubierto cuando usted está confinado en su hogar; bajo un plan de tratamiento establecido y con revisión periódica de un médico; y en necesidad de atención de enfermería especializada o terapia intermitente.	✓	✓
Terapia ocupacional*	**Usted paga un coseguro del 20%**	✓	✓
Terapia respiratoria*	**Usted paga un coseguro del 20%**	✓	✓
Trastornos del habla y del lenguaje*	**Usted paga un coseguro del 20%**	✓	✓

Beneficios complementarios

Descripción general

Beneficios complementarios

Servicio / Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará	FC2 (HMO I-SNP)	FC2 – In The Community (HMO-POS I-SNP)
Suministros de venta libre	**$0.00 de copago por medicamentos de venta libre y sin receta y productos relacionados con la salud, hasta $305.00 por trimestre.** • Los montos de los medicamentos de venta libre no utilizados no se transfieren de un trimestre a otro. Para solicitar artículos cubiertos, puede visitar cualquier sucursal de CVS, realizar pedidos en línea o llamar al 1-888-628-2770.	✓	
Beneficio de la tarjeta Flex para suministros de venta libre	$0.00 de copago por medicamentos de venta libre y sin receta y productos relacionados con la salud, hasta $40 por mes. Este beneficio se proporciona a través de una tarjeta de débito, que asigna $40.00 para gastos de venta libre por mes. • Los montos de los medicamentos de venta libre no utilizados no se transfieren de un mes a otro. Este beneficio se proporciona a través de una tarjeta de débito. Para solicitar artículos cubiertos, puede visitar cualquier sucursal de CVS, realizar pedidos en línea o llamar al 1-855-788-3466.		✓
Comidas para casos de emergencia*	$0.00 de copago por comidas que se ofrecen en caso de una afección que requiera que el afiliado permanezca en casa por cierto período. Incluye un paquete de 5 días de comidas o alimentos no perecederos disponible hasta dos veces al año (2 comidas por día, un total de 20 comidas por año). • *Se requiere autorización para Florida Complete Care (HMO I-SNP)*	✓	✓

Beneficios complementarios

Servicio / Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará	FC2 (HMO I-SNP)	FC2 – In The Community (HMO-POS I-SNP)
Comidas después del alta	$0.00 de copago por comidas congeladas ofrecidas hasta 14 días después del alta de un centro de enfermería especializada o de un hospital (2 comidas por día, un total de 28 comidas por año).		✓
Comidas preparadas en función de necesidades médicas* SSBCI**	$0.00 de copago por beneficio, incluye comidas congeladas adaptadas específicamente a las necesidades o restricciones de la dieta del afiliado por hasta 30 días (3 comidas por día, un total de 90 comidas al año).		✓
Caja de productos frescos* SSBCI**	$0.00 de copago para afiliados elegibles para recibir una caja de productos frescos que se entrega una vez al mes durante los tres meses posteriores a la finalización de los 30 días de comidas congeladas.		✓

Beneficios complementarios

Servicio / Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará	FC2 (HMO I-SNP)	FC2 – In The Community (HMO-POS I-SNP)
Beneficio de la tarjeta Flex Asistencia para alimentos saludables y productos frescos SSBCI**	El beneficio incluye **$60.00** por mes para la compra de alimentos saludables y productos frescos en tiendas participantes cercanas. **Los montos destinados a la compra de alimentos saludables y productos frescos no utilizados no se transfieren de un mes a otro.** **Este beneficio se proporciona a través de una tarjeta de débito.** Llame al 1-855-788-3466 para obtener más información.		✓
Atención avanzada en el hogar (Visitas domiciliarias especializadas) * SSBCI **	Este beneficio cubre la atención médica domiciliaria del afiliado que de otra manera no está cubierta por Medicare para brindar una alternativa a recibir o seguir recibiendo la atención de agudos en un hospital para determinadas enfermedades. Pueden aplicarse requisitos de autorización previa.		✓
Asistencia legal- SSBCI**	$0.00 de copago por asistencia con servicios legales para obtener un poder notarial para las decisiones relacionadas con la atención médica. Cubre hasta $250.00 por honorarios legales una vez en la vida.	✓	✓

¿Cómo puedo obtener más información sobre Medicare?

Medicare y Usted: una herramienta útil
Le recomendamos encarecidamente que obtenga una copia del manual Medicare y Usted oficial del gobierno de los EE. UU. para obtener las respuestas a todas sus preguntas sobre Medicare. Si no tiene una copia, puede verla en línea en medicare.gov o llamar a Medicare para solicitar una copia al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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.

Spanish
Esta información y los apoyos auxiliares están disponibles sin costo en otros idiomas y formatos. Comuníquese con nuestro Servicio al Miembros al (1-833-322-7526) (TTY: 711) de lunes a Viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Haitian Creole
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 - Inglés:

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

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole): 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 (Vietnamese): 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 (Portuguese): 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).

Chinese Simplified: 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 Traditional: 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。

Français (French): 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 (Tagalog): 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 **(Russian):** 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**:(Arabic)** 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 (Italian): 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 (German): 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 **(Korean):** 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 (Polish): 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 **(Gujarati):** 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 **(Thai):** 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 lengua 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.
.

Florida complete care

2026 Summary of Benefits

Florida Complete Care (HMO I-SNP)
Florida Complete Care – In The Community (HMO-POS I-SNP)

H9986_2026SB001/002_M Accepted 09/17/2025