CareExtra (HMO)
H1019-089

2019



RESUMEN DE BENEFICIOS

Sur de la Florida:

Miami-Dade

CarePlus HEALTH PLANS

H1019_MKSB0892019S_M

Lista de control preafiliación

Antes de tomar la decisión de afiliarse, es importante que entienda por completo nuestros beneficios y nuestras reglas.

Si tiene alguna pregunta, puede hablar con un representante de Servicios para Afiliados llamando al **1-800-794-4105** (TTY: **711**). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

Comprensión de los beneficios

- ☐ Revise la lista completa de beneficios que aparece en la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), sobre todo con relación a los servicios que recibe de un médico de manera rutinaria. Visite **www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2019** o llame al **1-800-794-4105** (TTY: **711**) para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que ahora ve se encuentran en la red. Si no se encuentran en la lista, es probable que deba seleccionar un médico nuevo.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia en la que obtiene sus medicamentos recetados se encuentra en la red. Si no se encuentra en la lista, es probable que deba seleccionar una farmacia nueva para obtener sus medicamentos recetados.

Comprensión de reglas importantes

- ☐ Además de la prima mensual de su plan, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente es cobrada de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos o coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2020.
- ☐ Excepto en casos de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no se encuentren en el directorio de proveedores).

Resumen de Beneficios del 2019

Este folleto de Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que **CareExtra (HMO)** cubre y de lo que usted paga. No detalla cada uno de los servicios que cubre este plan ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubre este plan, comuníquese con nosotros y solicite el documento Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés). También puede consultarlo en nuestro sitio de Internet: www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2019. El EOC le es enviado automáticamente por correo después de afiliarse a nuestro plan.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite los folletos de Resumen de beneficios de los otros planes o utilice el Buscador de Planes de Medicare en **www.medicare.gov**.
- Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual vigente de "Medicare y Usted". Véalo en Internet en **www.medicare.gov** u obtenga una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

¿Quiénes se pueden inscribir en CareExtra (HMO)?

Para inscribirse en **CareExtra (HMO)**, usted debe tener derecho a recibir la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, y vivir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado en la Florida: Miami-Dade.



¿Qué médicos, hospitales y farmacias puede utilizar?

CareExtra (HMO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted utiliza servicios de proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por esos servicios. **Puede requerirse una autorización previa o un referido médico para obtener los servicios médicos cubiertos dentro de la red.**

Generalmente, usted debe utilizar las farmacias que están dentro de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos por Medicare (medicamentos de la Parte D). Algunas de las farmacias de nuestra red tienen costo compartido preferido. Es posible que usted pague menos si utiliza estas farmacias.

Puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web: www.careplushealthplans.com/directories.

También puede llamarnos y le enviaremos una copia del directorio de proveedores y farmacias.

¿Qué cubre este plan?

CareExtra (HMO) cubre todo lo que cubre Medicare Original - y *más*.

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B como los de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Para obtener más información sobre los medicamentos cubiertos por la Parte B, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC).

Puede consultar el formulario completo del plan (lista de los medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2019-prescription-drug-guides.

También puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

Cómo determinar sus costos de medicamentos

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco "niveles". Deberá usar su formulario para ubicar en qué nivel está su medicamento, para así saber cuánto le costará. El monto que usted paga depende del nivel del medicamento y de la etapa de la cobertura del medicamento que ha alcanzado.

¿Tiene Medicare y Medicaid? Si usted es un beneficiario con doble elegibilidad inscrito en ambos Medicare y el programa de Medicaid de la Florida, **es posible que no tenga que pagar los costos médicos que se muestran en este folleto, y además sus costos de medicamentos recetados serán más bajos.** Por favor comuníquese con nosotros para conocer más sobre cómo funciona este plan para los afiliados con doble elegibilidad.

Cómo contactarnos

Para obtener más información, por favor llame a los números de teléfono detallados a continuación o visítenos en **www.careplushealthplans.com**.

Si usted es un afiliado
de este plan, contacte a un representante de Servicios para Afiliados llamando sin costo al **1-800-794-5907** (TTY: **711**).

Si usted no es un afiliado
de este plan, contacte a un agente de ventas certificado llamando sin costo al **1-800-794-4105** (TTY: **711**).

Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

CAREEXTRA (HMO) H1019-089

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITE MÁXIMO DE GASTOS DE DESEMBOLSO

Prima mensual del plan

- **$12**
- Si usted recibe "Ayuda/Beneficio Adicional" de Medicare, la prima del plan podría ser reducida a **$0**, dependiendo del nivel de ayuda adicional que reciba.
- Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. La prima de la Parte B puede ser cubierta a través de su Programa Estatal de Medicaid.

Deducible

- **$0** - Este plan no tiene deducible para servicios médicos.

Límite máximo de desembolso (gastos de su bolsillo)

- **$1,500** por año.
- Esta cantidad es lo máximo que usted pagará durante el año del plan para obtener los servicios médicos aprobados bajo nuestro plan. Una vez que haya pagado esta cantidad, nosotros pagamos el 100% de sus servicios cubiertos por el resto del año, con la excepción de cualquier costo de medicamentos recetados, gastos de salud incurridos durante un viaje al extranjero o costos de beneficios complementarios.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Atención hospitalaria como paciente internado

- **$0** de copago por admisión
- Nuestro plan cubre un número **ilimitado** de días por estadía en el hospital como paciente internado.

Atención hospitalaria como paciente ambulatorio

- **$0** de copago

Visitas al médico

- **$0** de copago por visitas al consultorio del médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).
  – Usted debe seleccionar un médico dentro de la red como su PCP. El PCP que elija se concentrará en sus necesidades y coordinará su atención con otros proveedores de la red.
- **$0** de copago por visitas a médicos especialistas.

CAREEXTRA (HMO) H1019-089

Atención preventiva

- **$0** de copago
- Nuestro plan cubre muchos servicios de atención preventiva, entre los que se incluyen los siguientes:
  - Examen de aneurisma aórtico abdominal
  - Evaluación y asesoramiento sobre abuso de alcohol
  - Visita anual de bienestar (AWV, por sus siglas en inglés)
  - Medición de masa ósea
  - Examen de detección de cáncer de mama (mamografía)
  - Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular
  - Examen de enfermedades cardiovasculares
  - Exámenes de detección de cáncer cervical y vaginal (pruebas de papanicolaou, exámenes pélvicos, pruebas de VPH)
  - Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)
  - Examen de detección de depresión
  - Exámenes de detección de diabetes
  - Capacitación para el autocontrol de la diabetes
  - Examen de detección del glaucoma
  - Examen de detección del virus de la hepatitis B (VHB)
  - Examen de detección del virus de la hepatitis C (VHC)
  - Examen de detección del VIH
  - Examen de detección de cáncer de pulmón
  - Servicios de terapia médica nutricional
  - Programa de Medicare de prevención de diabetes (MDPP, por sus siglas en inglés)
  - Examen de detección y tratamiento de obesidad
  - Examen de detección de cáncer de próstata
  - Examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento
  - Asesoramiento para dejar de fumar
  - Vacunas que incluyen influenza (gripe), hepatitis B (VHB) y neumococo
  - Visita de prevención "Bienvenido a Medicare" (una vez)
- Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año contractual.

Atención de emergencia

- **$0** de copago por el centro médico.
- **$0** de copago por servicios médicos y profesionales.
- La cobertura de emergencia es la misma a nivel mundial, con la excepción de que, si usted recibe atención de emergencia (en el área, fuera del área o después del horario de atención) y paga por servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo hasta el cargo permitido por Medicare.
- Usted no paga un copago por atención de emergencia si se le admite en el mismo hospital por la misma afección dentro de las 24 horas.

Servicios de urgencia

- **$0** de copago en el consultorio de su médico de atención primaria.
- **$0** de copago en el consultorio de un especialista.
- **$0** de copago en un centro de atención urgente.
- La cobertura por servicios de urgencia es la misma a nivel mundial, con la excepción de que, si usted recibe servicios de urgencia (en el área, fuera del área o después del horario de atención) y paga por servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo hasta el cargo permitido por Medicare.

CAREEXTRA (HMO) H1019-089

Servicios de diagnóstico

- **Procedimientos y pruebas de diagnóstico:**
  – **$0** de copago
- **Servicios básicos de radiología (rayos X):**
  – **$0** de copago
- **Servicios de radiología de diagnóstico** (incluye servicios de imágenes avanzadas como resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA) y tomografía computarizada (CT))**:**
  – **$0** de copago
- **Servicios de radiología terapéutica (radioterapia):**
  – **$0** de copago
- **Servicios de laboratorio:**
  – **$0** de copago
- **Servicios de mamografía de diagnóstico:**
  – **$0** de copago
- **Servicios de colonoscopia de diagnóstico:**
  – **$0** de copago
- **Servicios de medicina nuclear:**
  – **$0** de copago

Servicios de audición

- **$0** de copago por un examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio.
- **$0** de copago por el examen de audición de rutina (hasta **1** cada año).
- **$0** de copago por evaluación y adaptación de audífonos (hasta **1** cada año).
- Nuestro plan cubre hasta **$500** por oído, por audífonos cada año.
- Incluye el suministro de batería para **1** mes y **2** años de garantía.

Servicios dentales

- **$0** de copago por servicios dentales limitados cubiertos por Medicare. Excluye los servicios de prevención, restauración, extracción y reemplazo.
- **$0** de copago por los siguientes servicios dentales complementarios:
  – Evaluaciones orales periódicas, hasta **2** por año calendario
  – Evaluación oral integral, hasta **1** cada **3** años calendario
  – Limpieza(s) profilaxis, hasta **2** por año calendario
  – Radiografías con aleta de mordida, hasta **1** juego por año calendario
  – Película de radiografía panorámica, hasta **1** cada **3** años calendario
  – Empaste(s) de amalgama o resina, hasta **4** por año calendario
  – Raspado y alisado radicular (limpieza profunda), hasta **1** por cuadrante por año calendario
  – Extracciones simples o quirúrgicas, hasta **6** por año calendario
  – Dentaduras postizas completas o parciales (superiores y/o inferiores), hasta **1** juego cada **5** años calendario
  – Coronas, hasta **1** por año calendario
  – Tratamiento de endodoncia, hasta **1** por año calendario
  – Anestesia
- Las evaluaciones orales periódicas y completas se limitan a un total de **2** por año calendario.
- Debe visitar a un proveedor dental participante de la red para recibir beneficios dentales. Consulte el Directorio de Proveedores del plan para conocer los nombres y las direcciones de los proveedores participantes en su área.

CAREEXTRA (HMO) H1019-089

Servicios para la visión

- **$0** de copago por exámenes de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares.
- **$0** de copago por examen de la vista por diabetes.
- **$0** de copago por **1** par de anteojos (monturas y lentes) o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.
- Servicios complementarios para la visión:
  – **$0** de copago por exámenes de la vista de rutina complementarios con refracción, hasta **1** por año calendario.
  – Nuestro plan también paga hasta **$300** por año calendario por los lentes de contacto o anteojos (monturas y lentes) de su elección; O, usted puede elegir **2** pares gratuitos de anteojos de una selección predeterminada.
  – Protección ultravioleta y revestimiento resistente a las rayaduras incluidos en los anteojos.
  – Ajustes incluidos en todos los lentes y anteojos.
  – Si el costo total es superior a lo que nuestro plan cubre, usted es responsable de pagar la diferencia.

Atención de salud mental

- **Visita como paciente internado - hospital general:**
  – **$0** de copago por admisión.
  – Nuestro plan cubre hasta 90 días por una estadía en un hospital general.
  – Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva durante el transcurso de su vida". Esos son días "adicionales" que cubrimos. Si su estadía en el hospital dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura de una estadía en curso termina, y la cobertura de cada futura estadía en el hospital termina después de 90 días.
- **Visita como paciente internado - centro psiquiátrico:**
  – **$0** de copago por admisión.
  – Nuestro plan cubre hasta 190 días durante el transcurso de su vida para atención de salud mental como paciente internado en un hospital psiquiátrico.
- **Visita como paciente ambulatorio**
  – **$0** de copago por consultas ambulatorias de terapia individual y grupal.
  – **$0** de copago por hospitalización parcial.
  – Incluye tratamiento ambulatorio por enfermedad mental y/o abuso de sustancias.

Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)

- **$0** de copago
- No se requiere estadía hospitalaria previa.
- Nuestro plan cubre hasta **100** días en un SNF por período de beneficio.
- Un período de beneficio comienza el día en el que usted es admitido como paciente internado y finaliza cuando usted no ha recibido ninguna atención médica como paciente internado o ningún cuidado especializado en un SNF durante 60 días consecutivos. Si usted es internado en un hospital o SNF después de finalizado un período de beneficio, se inicia un nuevo período de beneficio. No existe límite respecto a la cantidad de períodos de beneficios.

Terapia física

- **$0** de copago por visita.

Ambulancia

- **$0** de copago por viaje por los servicios de ambulancia de emergencia usando transporte terrestre.
- **$0** de copago por viaje por los servicios de ambulancia que no sean de emergencia usando transporte terrestre.

Transporte de rutina

- **$0** de copago por viajes de ida **ilimitados** por año calendario.
- Un proveedor contratado proporciona el transporte a los lugares aprobados por el plan.

CAREEXTRA (HMO) H1019-089

Medicamentos de la Parte B de Medicare

- **Por los medicamentos de la Parte B comprados en una farmacia, proporcionados en el consultorio de un médico, o proporcionados en un centro hospitalario como paciente ambulatorio:**
  – **$0** de copago
  – **$0** de copago por inyecciones contra la alergia aplicadas en el consultorio de un médico.
- **Por los medicamentos de quimioterapia proporcionados en el consultorio de un médico:**
  – **$0** de copago

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE D

- Este plan ofrece cobertura nacional de medicamentos recetados dentro de la red.
- Este plan utiliza un formulario. Pueden aplicarse límites de cantidad y otras restricciones/autorizaciones de medicamentos.
- Puede obtener sus medicamentos en las farmacias de venta al por menor y en las farmacias de pedido por correo de la red.
- Los costos totales anuales en medicamentos son los costos totales en medicamentos pagados tanto por usted como por el plan.
- Nuestra red incluye a farmacias que ofrecen un costo compartido estándar y farmacias que ofrecen un costo compartido preferido. Sus costos pueden ser menores en las farmacias con un costo compartido preferido.

Deducible

- **$415** de deducible anual.

Cobertura inicial

- Después de pagar su deducible anual usted paga lo siguiente, hasta que sus costos de medicamentos totales anuales alcancen los **$3,820**.

Nivel	Costo compartido preferido de venta al por menor	Costo compartido estándar de venta al por menor	Costo compartido preferido de pedido por correo	Costo compartido estándar de pedido por correo
Nivel 1 Medicamentos Genéricos Preferidos	**$0** de copago por un suministro de 30 días. **$0** de copago por un suministro de 90 días.	**$0** de copago por un suministro de 30 días. **$0** de copago por un suministro de 90 días.	**$0** de copago por un suministro de 30 días. **$0** de copago por un suministro de 90 días.	**$0** de copago por un suministro de 30 días. **$0** de copago por un suministro de 90 días.
Nivel 2 Medicamentos Genéricos	**$0** de copago por un suministro de 30 días. **$0** de copago por un suministro de 90 días.	**$0** de copago por un suministro de 30 días. **$0** de copago por un suministro de 90 días.	**$0** de copago por un suministro de 30 días. **$0** de copago por un suministro de 90 días.	**$0** de copago por un suministro de 30 días. **$0** de copago por un suministro de 90 días.
Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos	**24%** de coaseguro por suministros de 30 días y 90 días.	**25%** de coaseguro por suministros de 30 días y 90 días.	**24%** de coaseguro por suministros de 30 días y 90 días.	**25%** de coaseguro por suministros de 30 días y 90 días.
Nivel 4 Medicamentos No Preferidos	**24%** de coaseguro por suministros de 30 días y 90 días.	**25%** de coaseguro por suministros de 30 días y 90 días.	**24%** de coaseguro por suministros de 30 días y 90 días.	**25%** de coaseguro por suministros de 30 días y 90 días.
Nivel 5 Medicamentos Especializados	**25%** de coaseguro por un suministro de 30 días. No se ofrece para el suministro de 90 días.	**25%** de coaseguro por un suministro de 30 días. No se ofrece para el suministro de 90 días.	**25%** de coaseguro por un suministro de 30 días. No se ofrece para el suministro de 90 días.	**25%** de coaseguro por un suministro de 30 días. No se ofrece para el suministro de 90 días.

Brecha en la cobertura

- Después de que sus costos totales anuales de medicamentos (lo que usted y el plan pagan) alcancen los **$3,820**, usted ingresa a la brecha en la cobertura.
- El plan cubre los siguientes medicamentos a través de la brecha en la cobertura:
  – Nivel 1: Genéricos preferidos - Todos los medicamentos tienen **$0** de copago en una farmacia con costo compartido preferido o **$0** de copago en una farmacia con costo compartido estándar
  – Nivel 2: Genéricos - Todos los medicamentos tienen **$0** de copago en una farmacia con costo compartido preferido o **17%** de coaseguro en una farmacia con costo compartido estándar
- Todos los demás medicamentos son **100%** responsabilidad del afiliado durante la brecha en la cobertura, menos cualquier descuento aplicable durante la brecha en la cobertura de la Parte D.
- Mientras está en la brecha en la cobertura, usted paga solamente el **25%** del costo por medicamentos de marca y el **37%** del costo por medicamentos genéricos basado en las tarifas contractuales del plan a través de farmacias de venta al por menor y de pedido por correo.

Cobertura catastrófica

- Después de que sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos (que incluyen los medicamentos adquiridos en su farmacia de venta al por menor y a través de pedido por correo) alcancen los **$5,100**, usted paga la suma mayor de:
  – **5%** del costo, o
  – **$3.40** de copago por genéricos (que incluye medicamentos de marca tratados como genéricos) y **$8.50** de copago por todos los demás medicamentos.
- Sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos son el total de cualquier pago por medicamentos cubiertos de la Parte D que se realice durante el año calendario, ya sea por usted, en su nombre o bajo otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de afiliarse a nuestro plan, y determina cuándo ingresa a la fase de cobertura catastrófica.

Medicamentos excluidos de la Parte D cubiertos por nuestro plan

- Ciertos medicamentos para la disfunción eréctil están cubiertos con una cantidad de costo compartido del Nivel 1.
- Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información específica sobre la cobertura incluyendo los costos.
- Estos medicamentos están cubiertos en farmacias de venta al por menor o de pedido por correo de la red y no se aplican a su costo total anual de medicamentos.

Información adicional acerca de los medicamentos recetados

- **Si usted recibe "Ayuda/Beneficio adicional" de Medicare, sus costos de medicamentos recetados pueden ser menores que los costos compartidos que aparecen en este folleto. Usted paga la cantidad que sea menor.**
- El costo compartido puede cambiar en base a la farmacia que usted elige (preferida, no preferida, de pedido por correo, infusión en el hogar, o cuidado a largo plazo), al suministro que se necesita (30 o 90 días), a la fase del beneficio de la Parte D en la que usted se encuentra y si califica para "Ayuda/Beneficio adicional". Para obtener más información sobre el costo compartido adicional y específico de la farmacia y sobre las fases del beneficio, por favor llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en Internet.
- Usted puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero podría pagar más que lo que pagaría en una farmacia dentro de la red.
- Comuníquese con CarePlus para determinar si un medicamento específico está cubierto, o visite: www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2019-prescription-drug-guides.

CAREEXTRA (HMO) H1019-089

BENEFICIOS MÉDICOS CUBIERTOS ADICIONALES

Cirugía ambulatoria

- **$0** de copago en el consultorio de su médico de atención primaria.
- **$0** de copago en el consultorio de un especialista.
- **$0** de copago en un centro de cirugía ambulatoria.
- **$0** de copago en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.

Otros servicios de rehabilitación

- **Terapia ocupacional (actividades de la vida diaria), terapia del habla y del lenguaje:**
  – **$0** de copago
- **Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar (corazón y pulmones):**
  – **$0** de copago
- **Servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés):**
  – **$0** de copago

Cuidado de los pies *(servicios de podología)*

- **$0** de copago por exámenes y tratamiento de los pies si sufre de lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes y/o cumple con determinadas condiciones.
- **$0** de copago por el cuidado de los pies de rutina.
- No necesita de un referido para visitar a un podólogo de la red para consultas de rutina **ilimitadas** para el tratamiento de pie plano u otras desalineaciones estructurales de los pies, eliminación de callos, eliminación de verrugas, eliminación de callosidades y atención higiénica.

Equipo/Suministro médico

- **Equipo médico duradero:**
  – **$0** de copago
- **Prótesis *(aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)* y otros suministros médicos:**
  – **$0** de copago por prótesis.
  – **$0** de copago por otros suministros médicos.
- **Suministros para la diabetes:**
  – **$0** de copago por plantillas y zapatos terapéuticos.
- **Suministros para el control de la diabetes:**
  – **$0** de copago

Programas de bienestar

- **Programa de comidas para después de la hospitalización:**
  – **$0** de copago
  – Después de pasar la noche en el hospital o centro de enfermería especializada, usted tiene derecho a recibir hasta **10** comidas nutritivas precocidas congeladas, entregadas a domicilio sin costo alguno para usted.
- **Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®:**
  – **$0** de copago
  – El programa de acondicionamiento físico incluye acceso a más de 14,000 centros participantes y a clases especiales de grupo de ejercicios guiadas por instructores certificados. Los paquetes para el hogar son ofrecidos a los miembros que quieren empezar a ejercitarse en casa o para aquellos que no tienen acceso a un centro de ejercicios debido a una lesión, enfermedad, o si se encuentran convalecientes en el hogar.

Programas de bienestar (continuación)

- **Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas:**
  – **$0** de copago
  – Asesoramiento sobre el cuidado de la salud por parte de enfermeros certificados, las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

- **Productos de venta sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés):**
  – Usted tiene derecho a recibir una asignación mensual de **$75** para la compra de productos seleccionados de venta sin receta médica, como analgésicos, medicamentos para tos y resfrío, medicamentos para la alergia y suministros médicos y de primeros auxilios, cuando utiliza el servicio de pedido por correo participante.
  – Por favor visite el sitio web de nuestro plan para ver nuestra lista de productos cubiertos de venta sin receta médica.
  – Los productos de venta sin receta médica pueden pedirse solo para el afiliado del plan.

- **Programa de recompensas de CarePlus:**
  – CarePlus ofrece a sus afiliados una tarjeta de regalo de comerciantes seleccionados de su elección como recompensa por hacerse pruebas de detección y realizar otras actividades específicas de cuidado de la salud. Aplican algunas limitaciones y exclusiones.
  – De conformidad con los requisitos federales de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, ninguna cantidad en las tarjetas de regalo será canjeable por dinero en efectivo o usada para la compra de productos o servicios cubiertos por Medicare. Todas las recompensas (tarjetas de regalo) deben ganarse y solicitarse antes de finalizar el año del plan. Las recompensas que no sean canjeadas al 31 de diciembre se perderán.

Acupuntura

- **$0** de copago hasta por **25** visitas cada año.

Atención quiropráctica

- **$0** de copago por la manipulación de la columna vertebral cubierta por Medicare para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de su columna se salen de su posición).
- **$0** de copago hasta por **12** visitas de rutina autoderivadas (sin necesidad de un referido) a un quiropráctico de la red cada año.

Terapia de nutrición mejorada

- **$0** de copago hasta por **4** sesiones de una hora de asesoramiento médico nutricional por año calendario. Las visitas proporcionadas bajo los servicios de atención preventiva cubierta por Medicare para los afiliados con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) o diabetes cuentan hacia el total de visitas cubiertas por el plan.

Atención médica en el hogar

- **$0** de copago por servicios limitados de cuidado de enfermería especializada y otros servicios determinados de salud que puede recibir en su hogar para el tratamiento de una lesión o enfermedad.
- El número de visitas cubiertas se basa en la necesidad médica según sea determinado por su médico y autorizado por el plan.

Cuidado de hospicio

- **$0** de copago por cuidado paliativo por parte de un hospicio certificado de Medicare.
- Es posible que tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y del cuidado de relevo. El cuidado paliativo está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.

CAREEXTRA (HMO) H1019-089

Cuidado personal en el hogar

- **$0** de copago
- Con el beneficio de cuidado de relevo, usted recibirá servicios por un mínimo de 3 horas por día hasta 42 horas por año. Cuidado de relevo es la provisión de ciertos servicios no especializados en el hogar, realizados por un asistente de salud a domicilio para proporcionar un alivio temporal a los miembros de familia u otras personas quienes normalmente cuidan del afiliado en su hogar, cuando el afiliado necesita asistencia con estos servicios como resultado de una afección de salud.
- Es posible que se necesite autorización. Comuníquese con el plan para conocer más detalles.

Diálisis renal

- **$0** de copago
- **$0** de copago por servicios de educación sobre la enfermedad renal.

Pelucas (relacionadas con el tratamiento de quimioterapia)

- **$0** de copago
- Con la autorización del médico, los afiliados elegibles pueden recibir hasta **$500** de reembolso por año calendario para la compra de una peluca debido a la caída de cabello por razones médicas, relacionada con el tratamiento de quimioterapia. Debe utilizar el (los) proveedor(es) de la red.

La discriminación es contra la ley

CarePlus Health Plans, Inc. ("CarePlus") cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión. CarePlus no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión. CarePlus proporciona:

- Asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados de lenguaje de señas
  - Interpretación remota por video
  - Información escrita en otros formatos
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, cuando dichos servicios son necesarios para proporcionar un acceso significativo, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, llame al número que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado o comuníquese con Servicios para Afiliados usando la información a continuación.

Si considera que CarePlus no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión, puede presentar una queja con:

CarePlus Health Plans, Inc. Atención: Departamento de Servicios para Afiliados. 11430 NW 20th Street, Suite 300. Miami, FL 33172. Teléfono: **1-800-794-5907;** (**TTY: 711**). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Fax: **1-800-956-4288**.

Puede presentar la queja en persona, por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para hacer la queja, nuestros representantes de Servicio para Afiliados están a su disposición usando la información de contacto detallada anteriormente. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: **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)**. Puede obtener los formularios de quejas en el sitio web **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-794-5907 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-794-5907 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-794-5907 (ATS : 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-794-5907 (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): સૂચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-794-5907 (TTY: 711).

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร1-800-794-5907 (TTY: 711).

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-800-794-5907 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-794-5907 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

CarePlus
HEALTH PLANS

CarePlusHealthPlans.com

CarePlus es un plan HMO con un contrato de Medicare. La afiliación en CarePlus depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711) para obtener más información.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-794-5907 (TTY: 711).