

CareNeeds (HMO SNP)
H1019-091

2019



RESUMEN DE BENEFICIOS

**Costa del Tesoro
y Espacial:
Brevard, Indian River**

CarePlus
HEALTH PLANS

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).
- Este es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés). Su capacidad para afiliarse dependerá de que se verifique que usted califica para ambos Medicare y la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid. Solamente Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés), Beneficiarios Especificados de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB, por sus siglas en inglés), Individuos Calificados (QI, por sus siglas en inglés) e Individuos con Discapacidades y Empleados Calificados (QDWI, por sus siglas en inglés) pueden afiliarse a CareNeeds (HMO SNP).

Resumen de Beneficios del 2019



Este folleto de Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que **CareNeeds (HMO SNP)** cubre y de lo que usted paga. No detalla cada uno de los servicios que cubre este plan ni cada limitación o exclusión. **Dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid, es posible que no tenga que pagar ni una prima ni ninguno de los costos por los servicios que se mencionan en este folleto, si Medicaid o terceros los pagan por usted.** 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**.



¿Quién puede inscribirse en CareNeeds (HMO SNP)?

Para inscribirse en **CareNeeds (HMO SNP)**, usted debe tener derecho a recibir la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, y también ser elegible para ciertos niveles de asistencia financiera de Medicaid de Florida, ya sea como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés), Beneficiario Especificado de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB, por sus siglas en inglés), Individuo Calificado (QI, por sus siglas en inglés) o Individuo Discapacitado y Empleado Calificado (QDWI, por sus siglas en inglés).

También debe vivir en nuestra área de servicio, que incluye el siguiente condado en la Florida: Brevard e Indian River.

Si tiene alguna pregunta relacionada con su nivel de elegibilidad para recibir ayuda de Medicaid, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Afiliados de CarePlus o con su Oficina de Medicaid de Florida; o puede consultar la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener más detalles.



¿Qué médicos, hospitales y farmacias puede utilizar?

CareNeeds (HMO SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores.

Usted debe obtener toda la atención médica y servicios cubiertos por el plan a través de la red de proveedores de CarePlus.

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?

CareNeeds (HMO SNP) cubre todo lo que cubre Medicare Original - y más.

Además de cubrir los medicamentos de la Parte D, también 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.



Costos compartidos con este plan

Sus costos con este plan (primas, copagos, coaseguros y deducibles) variarán dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid y de la ayuda que recibe de Medicaid.

Si Medicaid paga por su costo compartido de la Parte A y Parte B de Medicare, su costo compartido por cualquier servicio médico cubierto por nuestro plan nunca excederá las cantidades que usted pagaría por esos mismos servicios bajo el plan tradicional de Medicaid de Florida.

Usted es responsable de los deducibles, copagos y coaseguros por los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, según el nivel de "Ayuda/Beneficio Adicional" o Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) que recibe de Medicare.



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.

CARENEEDS (HMO SNP) H1019-091

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITE MÁXIMO DE GASTOS DE DESEMBOLSO

Prima mensual del plan

- **\$0** o hasta **\$22.90**
- Su prima depende de la cantidad de "Ayuda/Beneficio Adicional" que usted obtiene.
- 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)

- **\$3,400** 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

El siguiente cuadro de beneficios muestra los beneficios que usted recibirá de CareNeeds (HMO SNP). Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

Si usted califica para ser exonerado del costo compartido a través del programa estatal de Medicaid, Medicaid paga su parte del costo por todos los servicios cubiertos por el plan, con excepción de los medicamentos recetados. La ayuda financiera para los medicamentos recetados es proporcionada a través del programa de "Ayuda/Beneficio adicional" de Medicare.

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.

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)

Atención preventiva (continuación)

- 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 para los afiliados QMB.
- Para todos los demás afiliados:
 - **\$120** 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.
- **Para las personas con doble elegibilidad exoneradas del costo compartido por el programa estatal de Medicaid, Medicaid paga el coaseguro, los copagos y los deducibles por los servicios cubiertos.**

Servicios de urgencia

- **\$0** de copago
- 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.

Servicios de diagnóstico

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

CARENEEDS (HMO SNP) H1019-091

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 **\$1,000** por oído, por audífonos cada año.
- Incluye el suministro de batería para **1** mes y **1** año 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 e integrales 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.

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 **\$400** por año calendario por los lentes de contacto o anteojos (monturas y lentes) de su elección; O, usted puede elegir **3** pares de anteojos de una selección predeterminada, sin costo.
 - 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.

CARENEEDS (HMO SNP) H1019-091

Atención de salud mental (continuación)

- **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 para los afiliados QMB por cualquier servicio de ambulancia.
- Para todos los demás afiliados:
 - \$200 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.
 - **Para las personas con doble elegibilidad exoneradas del costo compartido por el programa estatal de Medicaid, Medicaid paga el coaseguro, los copagos y los deducibles por los servicios cubiertos.**

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.

Medicamentos de la Parte B de Medicare

- \$0 de copago por medicamentos de la Parte B.
- \$0 de copago por medicamentos de quimioterapia.
- \$0 de copago por inyecciones contra la alergia aplicadas en el consultorio de un médico.

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.
- 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.
- Los costos totales anuales en medicamentos son los costos totales en medicamentos pagados tanto por usted como por el plan.
- El nivel de "Ayuda/Beneficio adicional" que obtiene, el tipo de medicamento y el nivel donde se encuentra su medicamento, determinan lo que usted paga por sus medicamentos recetados.

CARENEEDS (HMO SNP) H1019-091

Deducible

- **\$0 u \$85** de deducible anual de la Parte D según su nivel de asistencia. No se aplica a los medicamentos del Nivel 1.
- Debido a que usted cumple con los requisitos para "Ayuda/Beneficio adicional" con sus gastos de medicamentos recetados, no tendrá que pagar un deducible anual, o puede pagar un monto reducido.
- Si tiene un deducible, usted debe pagar el costo total de sus medicamentos recetados de los Niveles 2, 3, 4 y 5 hasta alcanzar el monto del deducible.
- **Medicaid no proporciona asistencia con el copago o coaseguro de los medicamentos recetados de la Parte D. Es posible que tenga algunos costos en base a los medicamentos que necesita y al nivel de "Ayuda/Beneficio adicional" que recibe de Medicare.**

Cobertura inicial

- Si es necesario que pague un deducible anual, después de pagar dicho deducible anual por los medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, y dependiendo de su nivel de "Ayuda/Beneficio adicional", usted paga lo siguiente hasta que sus costos totales de bolsillo por 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**.
 - Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea:
 - **\$0** de copago; o
 - **\$3.40** de copago; o
 - **15%** de coaseguro
 - Por todos los demás medicamentos, ya sea:
 - **\$0** de copago; u
 - **\$8.50** de copago o
 - **15%** de coaseguro
- Usted paga **\$0** por todos los medicamentos del Nivel 1 en una farmacia de venta al por menor con costo compartido preferido o de pedido por correo con costo compartido preferido.

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**, y dependiendo de su nivel de ayuda adicional y del nivel donde se encuentra su medicamento, usted paga:
 - **\$0** de copago; o
 - **\$3.40** de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos); u
 - **\$8.50** de copago por todos los demás medicamentos

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 información específica sobre la cobertura, incluyendo 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

- El total de cualquier pago por medicamentos cubiertos de la Parte D que durante el año calendario haya sido efectuado por usted, en su nombre o bajo otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de afiliarse a nuestro plan, determina la etapa de beneficio de la Parte D en la que usted se encuentra durante el año calendario.
- 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 el nivel de "Ayuda/Beneficio adicional" que usted recibe. 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.

CARENEEDS (HMO SNP) H1019-091

BENEFICIOS MÉDICOS CUBIERTOS ADICIONALES

Cirugía ambulatoria

- \$0 de copago

Otros servicios de rehabilitación

- \$0 de copago por terapia ocupacional (actividades de la vida diaria), terapia del habla y del lenguaje.
- \$0 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) y pulmonar (pulmones).
 - Los servicios de rehabilitación cardíaca incluyen un máximo de 2 sesiones de una hora por día, para un máximo de 36 sesiones en 36 semanas.
- \$0 de copago por servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés).

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

- \$0 de copago
- Incluye equipo médico duradero (sillas de ruedas eléctricas y *scooters* eléctricos, bombas de insulina, generadores de oxígeno, etc.), prótesis, plantillas y zapatos terapéuticos, y suministros para el control de la diabetes.

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. Límite de 4 veces por año.
- **Programa de comidas para afecciones crónicas:**
 - \$0 de copago
 - Con la aprobación escrita de su médico de atención primaria (PCP), usted puede recibir hasta **20** comidas entregadas a domicilio durante 10 días (2 comidas por día). Las comidas se le proporcionan sin costo para ayudarlo a establecer una dieta necesaria después de un diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica, trastorno cardiovascular, o diabetes mellitus.
- **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.
- **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.

CARENEEDS (HMO SNP) H1019-091

Programas de bienestar (continuación)

- **Productos de venta sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés):**
 - Usted tiene derecho a recibir una asignación mensual de **\$100** 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.
- **Programa para dejar de fumar y de usar tabaco:**
 - **\$0** de copago hasta por **4** sesiones adicionales de asesoramiento por año para dejar de fumar y usar tabaco.

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 cuando se inscribe en un programa de 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.

Diálisis renal

- **\$0** de copago

Pelucas (relacionadas con el tratamiento de quimioterapia)

- **\$0** de copago
- Con la autorización del médico, los afiliados elegibles pueden recibir el reembolso completo de la compra de una peluca debido a la caída de cabello por razones médicas, relacionada con el tratamiento de quimioterapia. Límite de una por año calendario. 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): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-794-5907 (TTY: 711).

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'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

Nuestra fuente de información sobre los beneficios de Medicaid es el sitio web de la Agencia para la Administración de Atención Médica de Florida (Medicaid).

Todos los servicios cubiertos por Medicaid están sujetos a cambios en cualquier momento. Para obtener la información de cobertura más actualizada de Medicaid de Florida, por favor visite el sitio web de Medicaid de Florida en <http://ahca.myflorida.com> o llame a Servicios para Afiliados para obtener asistencia.

CarePlus es un plan HMO con un contrato de Medicare y el Programa de Medicaid del Estado de la Florida. 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. CareNeeds (HMO SNP) es patrocinado por CarePlus Health Plans, Inc. y la Agencia para la Administración de Atención Médica del Estado de la Florida.

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