



CarePlus Health Plans, Inc.

Prima Mensual del Plan para las Personas que Reciben Ayuda/Beneficio Adicional de Medicare para Ayudar a Pagar los Costos de sus Medicamentos Recetados

Si usted recibe Ayuda/Beneficio Adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de su plan de medicamentos recetados de Medicare, la prima mensual de su plan será más baja de lo que sería si usted no recibiera Ayuda/Beneficio Adicional de Medicare. La cantidad de Ayuda/Beneficio Adicional que usted reciba determinará el total de su prima mensual como afiliado de nuestro Plan.

Este cuadro muestra la prima mensual del plan que usted pagaría si usted recibe Ayuda/Beneficio Adicional.

Su nivel de Ayuda/Beneficio Adicional	Prima Mensual de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) Broward y Palm Beach*	Prima Mensual de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) Miami-Dade*	Prima Mensual de CareNeeds PLUS(HMO D-SNP) Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk*	Prima Mensual de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) Lake, Marion, Orange, Osceola, Seminole y Sumter*	Prima Mensual de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) Clay y Duval*	Prima Mensual de CareNeeds (HMO D-SNP) Lake, Marion, Orange, Osceola, Seminole y Sumter*	Prima Mensual de CareNeeds (HMO D-SNP) Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk*	Prima Mensual de CareNeeds (HMO D-SNP) Broward y Palm Beach*	Prima Mensual de CareNeeds (HMO D-SNP) Miami-Dade*	Prima Mensual de CareNeeds de (HMO D-SNP) Clay y Duval*	Prima Mensual de CareExtra (HMO) Miami-Dade*	Prima Mensual de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) Brevard e Indian River*	Prima Mensual de CareNeeds (HMO D-SNP) Brevard e Indian River*	Prima Mensual de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) Volusia*	Prima Mensual de CareNeeds (HMO D-SNP) Volusia*	Prima Mensual para todos los otros planes*
100%	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
75%	\$3.40	\$1.80	\$0.98	\$3.05	\$5.58	\$3.93	\$2.05	\$3.55	\$2.45	\$1.95	\$2.95	\$4.13	\$3.75	\$4.50	\$4.23	\$0.00
50%	\$6.80	\$3.60	\$1.95	\$6.10	\$11.15	\$7.85	\$4.10	\$7.10	\$4.90	\$3.90	\$5.90	\$8.25	\$7.50	\$9.00	\$8.45	\$0.00
25%	\$10.20	\$5.40	\$2.93	\$9.15	\$16.73	\$11.78	\$6.15	\$10.65	\$7.35	\$5.85	\$8.85	\$12.38	\$11.25	\$13.50	\$12.68	\$0.00

*Esto no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que puede que tenga que pagar.
La prima de CarePlus Health Plans, Inc. incluye cobertura tanto por servicios médicos como por cobertura de medicamentos recetados.

Si usted no está recibiendo Ayuda/Beneficio Adicional, puede averiguar si usted cumple con los requisitos llamando a:

- 1-800-Medicare o los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 (24 horas al día/7 días a la semana),
- Su Oficina Estatal de Medicaid, o
- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Servicios para Afiliados al 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.

¡IMPORTANTE!

En CarePlus, es importante que usted reciba un trato justo.

CarePlus Health Plans, Inc. no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o religión. La discriminación es contra la ley. CarePlus cumple con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que CarePlus le ha discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
CarePlus Health Plans, Inc. Atención: Departamento de Servicios para Afiliados. 11430 NW 20th Street, Suite 300. Miami, FL 33172.
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **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.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o por teléfono a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Los formularios de quejas están disponibles en **<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-800-794-5907 (TTY: 711)

CarePlus provee recursos y servicios auxiliares gratuitos tales como intérpretes acreditados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Language assistance services, free of charge, are available to you. 1-800-794-5907 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

ગુજરાતી (Gujarati): નિશ્ચિત ભાષા સહાય સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે ઉપરોક્ત નંબર પર કોલ કરો.

ภาษาไทย (Thai): โทรติดต่อที่หมายเลขด้านบนนี้เพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย.

Diné Bizaad (Navajo): Wóda'hí béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad beeáká'ánída'áwo'déé nika'adoowol.

العربية (Arabic):

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك