CareNeeds (HMO D-SNP)
H1019-085

2020



RESUMEN DE BENEFICIOS

Norte de la Florida:
Duval, Clay

CarePlus HEALTH PLANS

H1019_MKSB0852020S_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/2020** 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 2021.
- ☐ 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 D-SNP).

Resumen de Beneficios del 2020

Este folleto de Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que **CareNeeds (HMO D-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, por favor consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) del plan en nuestro sitio web www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2020, o llámenos y le enviaremos una copia de la EOC. La EOC le es enviada 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 D-SNP)?

Para inscribirse en **CareNeeds (HMO D-SNP)**, usted debe tener derecho a recibir la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, y recibir 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 los siguientes condados en la Florida: Duval, Clay.

Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para Medicaid o su nivel de asistencia, por favor comuníquese con nosotros o con su oficina de Medicaid de Florida.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puede utilizar?



CareNeeds (HMO D-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 de la Parte D cubiertos por Medicare. 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 D-SNP) cubre todo lo que cubre Medicare Original - y *más*.

Además de cubrir servicios médicos, cubrimos medicamentos de la Parte D y medicamentos de la Parte B como los de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su médico. Para obtener más información sobre los medicamentos cubiertos, 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/2020-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 así como la cantidad de "Ayuda/Beneficio Adicional" que recibe de Medicare.

Si Medicaid paga por sus primas de la Parte A y Parte B, sus deducibles y su coaseguro 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.

Consulte la sección "Medicamentos Recetados de la Parte D" en este folleto para obtener más detalles sobre lo que usted paga por medicamentos cubiertos.

¿Necesita más información o tiene preguntas?

Visítenos en **CarePlusHealthPlans.com**; o llámenos a uno de los números de teléfono detallados a continuación.

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 D-SNP) H1019-085

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITE MÁXIMO DE GASTOS DE DESEMBOLSO

Prima mensual del plan

- **$0** o hasta **$7.80**
- 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
- Para proteger a nuestros afiliados, es necesario que establezcamos un límite anual en cualquier gasto de bolsillo en el que usted incurra por los servicios médicos cubiertos por el plan. Si este límite es alcanzado, 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 un resumen de los beneficios que usted recibirá de CareNeeds (HMO D-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, <u>con excepción</u> 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 para los afiliados QMB.
- Todos los demás afiliados:
  - **$125** de copago por día durante los días **1** al **10** en un hospital con costo compartido preferido.
  - **$0** de copago por día durante los días **11** al **90** en un hospital con costo compartido preferido.
  - **$249** de copago por día durante los días **1** al **10** en un hospital con costo compartido no preferido.
  - **$0** de copago por día durante los días **11** al **90** en un hospital con costo compartido no preferido.
  - **$0** de copago por día a partir del día **91** en adelante.
- Nuestro plan cubre un número **ilimitado** de días por estadía en el hospital como paciente internado.
- 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.
- **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.**

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**.**

CareNeeds (HMO D-SNP) H1019-085

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 físico de rutina
  - 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. 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. 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.

CareNeeds (HMO D-SNP) H1019-085

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

Centro de cirugía ambulatoria

- **$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 **$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
  - Limpiezas profilaxis, hasta **2** por año calendario
  - Radiografías con aleta de mordida, hasta **2** juegos por año calendario
  - Película de radiografía panorámica, hasta **1** por año calendario
  - Empastes de amalgama y/o compuesto, 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
  - Recubrimiento de dentadura postiza, hasta **1** por año calendario
  - Coronas, hasta **2** 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.

CareNeeds (HMO D-SNP) H1019-085

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.
  - Ajuste de anteojos sin costo.
  - Usted es responsable de pagar por cualquier costo de lentes y anteojos por encima de la cantidad anual asignada o el costo de cualquier mejora cuando se elige un par gratuito.

Atención de salud mental

- **Visita como paciente internado - hospital general:**
  - **$0** de copago por admisión para los afiliados QMB.
  - Para todos los demás afiliados:
    - **$125** de copago por día durante los días **1** al **10** en un hospital con costo compartido preferido.
    - **$0** de copago por día durante los días **11** al **90** en un hospital con costo compartido preferido.
    - **$249** de copago por día durante los días **1** al **10** en un hospital con costo compartido no preferido.
    - **$0** de copago por día durante los días **11** al **90** en un hospital con costo compartido no preferido.
  - 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 para los afiliados QMB.
  - Para todos los demás afiliados:
    - **$125** de copago por día durante los días **1** al **10**.
    - **$0** de copago por día durante los días **11** al **90**.
  - 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.
- **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.**

CareNeeds (HMO D-SNP) H1019-085

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)

- **$0** de copago para los afiliados QMB.
- Todos los demás afiliados:
  – **$0** de copago por día durante los días **1** al **20**.
  – **$155** de copago por día durante los días **21** al **100**.
- 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.
- **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.**

Terapia física

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

Servicios de 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 necesarios por razones médicas 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 utiliza un formulario. Pueden aplicarse límites de cantidad y otras restricciones/autorizaciones de medicamentos.
- Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco niveles.
  - Nivel 1: Genérico Preferido
  - Nivel 2: Genérico
  - Nivel 3: Marca Preferida
  - Nivel 4: Medicamento No Preferido
  - Nivel 5: Nivel Especializado
- CarePlus ofrece una red nacional de farmacias.
- Su costo por medicamentos recetados depende de la farmacia donde se surte la receta (de venta al por menor, de pedido por correo o en un centro de cuidado a largo plazo). Nuestra red incluye farmacias que ofrecen costo compartido estándar y farmacias que ofrecen costo compartido preferido. Su costo puede ser menor en las farmacias con costo compartido preferido.
- Su costo también depende del lugar donde el medicamento es administrado (en el hogar, farmacia o consultorio del proveedor), del suministro que se necesita (30 días o un suministro a largo plazo), de la etapa del beneficio de la Parte D en la que usted se encuentra y si califica para "Ayuda/Beneficio adicional".
- Si usted obtiene medicamentos de una farmacia fuera de la red, podría pagar más de lo que usted paga en una farmacia dentro de la red. La información del costo compartido que se proporciona en este folleto corresponde a las farmacias dentro de la red.
- Los costos totales anuales en medicamentos son los costos totales en medicamentos pagados tanto por usted como por el plan.
- Para obtener más información sobre el costo compartido y sobre las etapas del beneficio de medicamentos recetados, por favor llámenos o consulte nuestra Evidencia de Cobertura en Internet en www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2020.
- Usted también puede llamarnos para averiguar si un medicamento específico está cubierto o puede buscarlo en nuestra Guía de medicamentos (formulario) en: www.careplushealthplans.com/medicare-plan/2020-prescription-drug-guides.
- **Con el programa de "Ayuda/Beneficio adicional" de Medicare, usted paga la cantidad que sea menor por sus medicamentos recetados, su costo compartido bajo el plan o el costo compartido del Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés).**

Deducible

- **$0** u **$89** 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 **$6,350**.
  – Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea:
    - **$0** de copago; o
    - **$3.60** de copago; o
    - **15%** de coaseguro
  – Por todos los demás medicamentos, ya sea:
    - **$8.95** 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 **$6,350**, y dependiendo de su nivel de ayuda adicional y del nivel donde se encuentra su medicamento, usted paga:
  – **$0** de copago; o
  – **$3.60** de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos); u
  – **$8.95** de copago por todos los demás medicamentos

Medicamentos excluidos de la Parte D cubiertos por nuestro plan

- Este plan cubre ciertos medicamentos para la disfunción eréctil.
- Su costo por estos medicamentos es el mismo que su costo por los medicamentos del nivel 1 durante la etapa de cobertura inicial, sin importar la etapa del medicamento en la que se encuentre cuando surta su receta.
- Consulte la Evidencia de Cobertura de este plan 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.

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.

CareNeeds (HMO D-SNP) H1019-085

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.

Servicios de telemedicina

- **$0** de copago por visita virtual al médico de atención primaria.
- **$0** de copago por visita virtual para la salud conductual y el abuso de sustancias.
- **$0** de copago por visita virtual de atención urgente.
- Es posible que este beneficio no sea ofrecido por todos los proveedores de la red del plan. Verifique directamente con su proveedor sobre la disponibilidad de los servicios de telemedicina, o también puede visitar nuestro sitio web en www.careplushealthplans.com/buscador-medico para tener acceso a nuestro directorio de búsqueda en Internet.

Programas de bienestar

- **Programa de entrega de comidas frescas:**
  - **$0** de copago
  - Una vez que recibe el alta después de pasar la noche en el hospital o centro de enfermería especializada, usted tiene derecho a recibir hasta **10** comidas nutritivas recién preparadas entregadas a domicilio sin costo alguno para usted. Límite de 4 veces por año.
- **Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®:**
  - **$0** de copago
  - El programa de acondicionamiento físico incluye acceso a más de 16,000 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.
- **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.
- **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.

CareNeeds (HMO D-SNP) H1019-085

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.

¡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.

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 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): નઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ પ્રરાપ્ત કરવા માટે ઉપરોક્ત નંબર પર કૉલ કરો.
ภาษาไทย (Thai): โทรติดต่อที่หมายเลขด้านบนนี้เพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย.
Diné Bizaad (Navajo): Wódahí béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'į' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'dęę niká'adoowoł.
العربية (Arabic):

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

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. La afiliación en CarePlus depende de la renovación del contrato. CareNeeds (HMO D-SNP) es patrocinado por CarePlus Health Plans, Inc. y la Agencia para la Administración de Atención Médica del Estado de la Florida.