CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)
H1019-090

2020



RESUMEN DE BENEFICIOS

Costa del Tesoro y Espacial:

Brevard, Indian River

CarePlus HEALTH PLANS

H1019_MKSB0902020S_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

- ☐ 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) que reciben beneficios completos de Medicaid y Beneficiarios Especificados de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB+, por sus siglas en inglés) que reciben beneficios completos de Medicaid y otros Beneficiarios con Doble Elegibilidad para Beneficios Completos (FBDE, por sus siglas en inglés) pueden afiliarse a CareNeeds PLUS (HMO D-SNP).

Resumen de Beneficios del 2020

Este folleto de Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que **CareNeeds PLUS (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. **Si usted reúne los requisitos para afiliarse a CareNeeds PLUS, no tendrá que pagar por ninguno de los servicios médicos que aparecen en este folleto. Siga leyendo para ver si califica.**
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**.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puede utilizar?

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

Usted debe obtener todos los servicios cubiertos por el plan a través de la red de proveedores de CarePlus, incluyendo todos los servicios que le proporcionemos en nombre del programa de Medicaid de Florida. Los afiliados que reciben servicios no cubiertos bajo nuestro plan, tales como servicios de exención, deben obtener estos servicios a través de la red de proveedores del Programa de Medicaid de Florida.

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.**

¿Quién puede inscribirse en CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)?

Para inscribirse en **CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)**, usted debe tener derecho a recibir la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Además debe participar en el Programa de Ahorros de Medicare administrado por Medicaid y recibir servicios cubiertos por Medicaid de Florida ya sea como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB+, por sus siglas en inglés) o Beneficiario Especificado de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB+, por sus siglas en inglés), o de lo contrario calificar como Beneficiario con Doble Elegibilidad para Beneficios Completos (FBDE, por sus siglas en inglés).

También debe vivir en nuestra área de servicio, que incluye los siguientes condados en la Florida: Brevard, Indian River.

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.

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.

En el directorio de proveedores de CarePlus se indican los proveedores de Medicaid que también participan en la red de proveedores de CarePlus.

¿Qué cubre este plan?

CareNeeds PLUS (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.

Este plan también cubre todos los beneficios que usted recibe bajo el plan tradicional de Medicaid de Florida excepto por los servicios de cuidado a largo plazo y cualquier otro servicio de exención.

$ Costos compartidos con este plan

¡Su prima y costos por servicios médicos como afiliado de **CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)** es de **$0**! ¡Así es! Si califica para unirse a este plan, Medicaid tradicional paga sus primas de la Parte A y Parte B, deducibles y otros costos de Original Medicare. Cuando se inscribe en este plan, nosotros pagamos los costos de sus servicios médicos cubiertos, mientras use los proveedores que son parte de nuestra red.

Su prima del plan y costos por medicamentos recetados de la Parte D se basan en el nivel de "Ayuda/Beneficio Adicional"/Subsidio por bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) que usted 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.

Una vez que se inscribe en este plan, asegúrese de mostrarle a los proveedores su tarjeta de identificación de Medicaid y su tarjeta de membresía de CarePlus para que ellos sepan que usted puede contar con cobertura adicional.

¿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 PLUS (HMO D-SNP) H1019-090

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITE MÁXIMO DE GASTOS DE DESEMBOLSO

Prima mensual del plan

- **$0**
- La prima del plan es completamente financiada por el programa "Ayuda/Beneficio adicional" de Medicare para cualquier persona que califica para inscribirse en este plan.

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 hecho 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 como afiliado de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) (columna de la izquierda) comparados con lo que usted posiblemente recibe en la actualidad con el plan tradicional de Medicare de Florida (columna de la derecha). Si usted está actualmente inscrito en un Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid, sus beneficios podrían ser diferentes a los que se encuentran detallados en la columna de la derecha. Para cada beneficio detallado a continuación, usted puede ver lo que paga como afiliado de nuestro plan en comparación con la cobertura y los cargos del plan tradicional de Medicare de Florida. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	Comparación con los beneficios del plan tradicional de Medicaid de Florida (Los beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid podrían ser diferentes)
Atención hospitalaria como paciente internado	
• **$0** de copago • Nuestro plan cubre un número **ilimitado** de días por una estadía en el hospital como paciente internado.	• **$0** de copago. • Se limita a 45 días por año fiscal de Medicaid de Florida (del 1 de julio al 30 de junio) para los adultos de 21 años de edad o más.
Atención hospitalaria como paciente ambulatorio	
• **$0** de copago	• Para los servicios cubiertos por Medicaid, vea "Servicios de diagnóstico", "Atención de salud mental", "Cirugía ambulatoria", "Terapia Física" y "Otros servicios de rehabilitación".
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.	• **$2** de copago por servicios de médicos, enfermeras practicantes, terapeutas físicos certificados y asistentes de médicos, por proveedor, por día, a menos que el beneficiario esté exento.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-090	
CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	**Comparación con los beneficios del plan tradicional de Medicaid de Florida** (Los beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid podrían ser diferentes)
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.	• Los servicios de atención preventiva no están cubiertos bajo el programa tradicional de Medicaid de Florida.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-090	
CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	**Comparación con los beneficios del plan tradicional de Medicaid de Florida** (Los beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid podrían ser diferentes)
Atención de emergencia	
• **$0** de copago • 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.	• **$0** de copago por los servicios de emergencia en un centro de emergencias. • Los beneficiarios de Medicaid que utilicen la sala de emergencias del hospital para servicios que no son de emergencia son responsables del **5%** del coaseguro sobre los primeros **$300** del pago de Medicaid. El coaseguro es del **0%** sobre la cantidad excedente de los primeros **$300**.
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.	• Para los servicios cubiertos por Medicaid, consulte "Atención de emergencia".
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	• **$1** de copago por servicios de laboratorio independiente. • **$1** de copago por los servicios de rayos X portátiles por día. • **$3** de copago por procedimientos terapéuticos y de diagnóstico recibidos en un centro ambulatorio. • Limitado a un servicio, por proveedor, por día. • Los servicios hospitalarios como paciente ambulatorio se limitan a **$1,500** por beneficiario, por año fiscal del estado de Florida (del 1 de julio al 30 de junio) para los adultos de 21 años de edad o más. Se aplican algunas excepciones.
Centro de cirugía ambulatoria	
• **$0** de copago	• **$0** de copago

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-090	
CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	**Comparación con los beneficios del plan tradicional de Medicaid de Florida** (Los beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid podrían ser diferentes)
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. Beneficios de Medicaid proporcionados por el plan: • **$0** de copago por audífonos necesarios por razones médicas, 1 por oído cada 3 años. • Los servicios de implante coclear se limitan a uno en cualquiera de los dos oídos, pero no en ambos (se cubre como prótesis). • Reparaciones de audífonos y accesorios limitados después del vencimiento de la garantía de fábrica.	• **$0** de copago • Límite de una evaluación para determinar si es candidato para recibir audífonos y un audífono por oído, por beneficiario, cada tres años desde la fecha de la última evaluación. Ajustes incluidos. • Exámen audiológico de diagnóstico cuando es necesario por razones médicas. • Los implantes cocleares se limitan a uno en cualquiera de los dos oídos, pero no en ambos oídos y debe obtenerse una autorización previa. • Medicaid no reembolsa las reparaciones de los audífonos después del vencimiento de la garantía del fabricante. • Medicaid no reembolsa el mantenimiento de rutina, las baterías, el reemplazo de cables o alambres o la limpieza.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	Comparación con los beneficios del plan tradicional de Medicaid de Florida (Los beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid podrían ser diferentes)
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 **2** juegos por año calendario – Película de radiografía panorámica, hasta **1** por año calendario – Empaste(s) 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. Beneficios de Medicaid proporcionados por el plan: • **$0** de copago por procedimientos dentales de emergencia para aliviar dolor o infección, que incluyen las radiografías necesarias para efectuar un diagnóstico. • **$0** de copago por dentaduras postizas necesarias por razones médicas, juego completo de dentaduras completas o parciales removibles o una dentadura superior o una dentadura inferior. • **$0** de copago por procedimientos esenciales para preparar la boca para dentaduras postizas.	• **$0** de copago por servicios dentales limitados para adultos, que incluyen: – Evaluación oral integral para determinar la necesidad de dentaduras postizas o servicios centrados en un problema (**1** cada **3** años). – Limitadas evaluaciones necesarias por razones médicas. – Juego completo de radiografías intraorales (**1** cada **3** años). – Película de radiografía panorámica (**1** cada **3** años). – Juego completo de dentaduras postizas completas o dentaduras postizas parciales removibles o una dentadura superior o inferior. – Procedimientos esenciales para preparar la boca para dentaduras postizas. – Recubrimiento de dentadura postiza (**1** por dentadura por año). – Servicios dentales de emergencia para aliviar el dolor y/o la infección. – **$3** de copago por servicios dentales proporcionados en una clínica de salud aprobada por el gobierno federal.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-090	
CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	**Comparación con los beneficios del plan tradicional de Medicaid de Florida** (Los beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid podrían ser diferentes)
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.	• **$2** de copago por los servicios de optometría en un consultorio/centro de optometría, por proveedor, por día, a menos que el beneficiario esté exento. • Límite de una consulta por optometrista o grupo de optometristas, por beneficiario, por día, excepto para los servicios de emergencia. • No reembolsa por evaluaciones de agudeza visual, o por una consulta de evaluación y gestión y una consulta de oftalmología general en el mismo día para el mismo beneficiario. • Los lentes de contacto podrían ser cubiertos en el caso de que los anteojos no resulten beneficiosos para la deficiencia visual. • Para personas de 21 años de edad o más, las monturas de anteojos se limitan a una montura por beneficiario, cada dos años; y los cristales de anteojos se limitan a un par cada 365 días, según la necesidad médica. Un segundo juego de monturas puede ser proporcionado durante el período de dos años con aprobación previa.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-090	
CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	**Comparación con los beneficios del plan tradicional de Medicaid de Florida** (Los beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid podrían ser diferentes)
Atención de salud mental	
• **Visita como paciente internado - hospital general:** – **$0** de copago – 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 – 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.	• **Visita como paciente internado** – **$0** de copago – Se limita a 45 días por año fiscal de Medicaid de Florida (del 1 de julio al 30 de junio) para los adultos de 21 años de edad o más. • **Visita como paciente ambulatorio** – **$2** de copago por proveedor, por día (a menos que el beneficiario esté exento) por las consultas ambulatorias de terapia grupal o individual para el tratamiento de una enfermedad mental o abuso de sustancias.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)	
• **$0** de copago • No se requiere estadía hospitalaria previa. • 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.	• **$0** de copago
Terapia física	
• **$0** de copago	• **$0** de copago • Se aplican diferentes limitaciones y exclusiones en base al servicio recibido. • Los servicios como paciente ambulatorio en un hospital se limitan a **$1,500** por beneficiario, por año fiscal del estado de Florida (del 1 de julio al 30 de junio) para los adultos de 21 años de edad o más. Se aplican algunas excepciones.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-090	
CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	**Comparación con los beneficios del plan tradicional de Medicaid de Florida** (Los beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid podrían ser diferentes)
Servicios de ambulancia	
• **$0** de copago	• **$0** de copago por el transporte de emergencia en ambulancia aprobado por Medicaid. • **$1** de copago por viaje de ida por el transporte programado en ambulancia que no es de emergencia, a menos que el beneficiario esté exento. • Se requiere autorización previa para los viajes programados.
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.	• **$1** de copago por viaje de ida a un servicio cubierto por el plan Medicaid de Florida cuando el beneficiario no tiene otro medio de transporte y/o necesita ayuda debido a una condición mental o física.
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.	• Para aquellas personas que califican, Medicaid proporciona asistencia con el costo compartido de los medicamentos de la Parte B de Medicare.
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 de Especializad • 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.	• El programa tradicional de Medicaid de Florida no proporciona asistencia con el copago/coaseguro de los medicamentos recetados de la Parte D. Usted puede tener algunos costos en base a los medicamentos que necesita y al nivel de "Ayuda/Beneficio adicional" que recibe de Medicare.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-090	
CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	**Comparación con los beneficios del plan tradicional de Medicaid de Florida** (Los beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid podrían ser diferentes)
• 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** de deducible anual de la Parte D. • Debido al nivel de"Ayuda/Beneficio adicional" que usted recibe para sus gastos de medicamentos recetados, no tiene que pagar un deducible anual.	

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-090	
CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	**Comparación con los beneficios del plan tradicional de Medicaid de Florida** (Los beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid podrían ser diferentes)
Cobertura inicial • Usted paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales de 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**. El nivel de "Ayuda/Beneficio adicional" que obtiene, el tipo de medicamento y el nivel donde se encuentra su medicamento, determina lo que usted paga. – Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: • **$0** de copago; o • **$1.30** de copago; o • **$3.60** de copago – Por todos los demás medicamentos, ya sea: • **$3.90** de copago; u • **$8.95** de copago • 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 • **$0** de copago • 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**, usted no paga nada por medicamentos cubiertos por la Parte D.	

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-090	
CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	**Comparación con los beneficios del plan tradicional de Medicaid de Florida** (Los beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid podrían ser diferentes)
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. • **$0** de copago por medicamentos cubiertos por el plan tradicional de Medicaid de Florida. • 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.	• **$0** de copago por medicamentos recetados cubiertos por Medicaid que no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare.
BENEFICIOS MÉDICOS CUBIERTOS ADICIONALES	
Cirugía ambulatoria	
• **$0** de copago	• **$3** de copago por todos los procedimientos quirúrgicos ambulatorios. • Se aplican algunas restricciones/limitaciones.
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).	• **$0-$3** de copago por terapia cardíaca, pulmonar, respiratoria, ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. • Se aplican diferentes limitaciones y exclusiones en base al servicio recibido. • Los servicios como paciente ambulatorio en un hospital se limitan a **$1,500** por beneficiario, por año fiscal del estado de Florida (del 1 de julio al 30 de junio) para los adultos de 21 años de edad o más. Se aplican algunas excepciones.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-090	
CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	**Comparación con los beneficios del plan tradicional de Medicaid de Florida** (Los beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid podrían ser diferentes)
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.	• **$2-$3** de copago por proveedor, por día, dependiendo del lugar de servicio. • Se limita a 24 visitas por año calendario.
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.	• **$0** de copago por equipo médico duradero y otros suministros médicos aprobados por Medicaid. • Se aplican varias limitaciones y exclusiones. • Puede requerir autorización previa.
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.	• Servicios de telemedicina brindados por ciertos proveedores médicos y dentales. Los costos por el servicio son iguales a los de un servicio en persona.
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.	• Los programas de comidas no están cubiertos bajo el programa tradicional de Medicaid de Florida.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-090	
CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	**Comparación con los beneficios del plan tradicional de Medicaid de Florida** (Los beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid podrían ser diferentes)
Programas de bienestar (continuación)	
• **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.	• Los programas de acondicionamiento físico no están cubiertos bajo el programa tradicional de Medicaid de Florida.
• **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. Beneficios de Medicaid proporcionados por el plan: – Productos selectos de venta sin receta médica cubiertos por el plan tradicional de Medicaid de Florida sin costo, cuando utiliza el servicio de pedido por correo participante.	• **$0** de copago por ciertos productos de venta sin receta médica.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-090	
CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	**Comparación con los beneficios del plan tradicional de Medicaid de Florida** (Los beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid podrían ser diferentes)
Programas de bienestar (continuación)	
• **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.	• Los programas de recompensas no están cubiertos bajo el programa tradicional de Medicaid de Florida.
• **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.	• Los programas para dejar de fumar y de usar tabaco no están cubiertos bajo el programa tradicional de Medicaid de Florida.
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.	• **$1** de copago por servicios quiroprácticos, por proveedor, por día, a menos que el beneficiario sea exento. • Los pacientes establecidos están limitados a 24 consultas necesarias por razones médicas durante un año calendario o a una consulta como paciente nuevo y 23 consultas como paciente establecido. • No se reembolsa por tratamientos de masaje o calor.
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.	• La terapia de nutrición mejorada no está cubierta bajo el programa tradicional de Medicaid de Florida.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-090	
CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	**Comparación con los beneficios del plan tradicional de Medicaid de Florida** (Los beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid podrían ser diferentes)
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.	• **$2** de copago por 3 visitas de atención médica en el hogar. • Todas las visitas requieren autorización previa.
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.	• **$0** de copago • Para los adultos de 21 años de edad y más, Medicaid no reembolsará otros servicios de Medicaid que tratan afecciones terminales una vez que el beneficiario opte por recibir cuidados paliativos.
Diálisis renal	
• **$0** de copago	• **$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.	• El programa tradicional de Medicaid de Florida no cubre pelucas relacionadas con el tratamiento de quimioterapia.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-090	
CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	**Comparación con los beneficios del plan tradicional de Medicaid de Florida** (Los beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid podrían ser diferentes)
OTROS SERVICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID	
Servicios de atención médica de apoyo	
• **$0** de copago por los servicios de atención médica de apoyo según los proporciona el plan tradicional de Medicaid de Florida.	• **$0** de copago • Cuidado para los beneficiarios elegibles que viven una Residencia de vivienda asistida (ALF, por sus siglas en inglés) o un establecimiento similar, y requieren de servicios integrados las 24 horas del día. • Los servicios incluyen: – Ayuda con las actividades de la vida cotidiana (comer, bañarse, caminar, etc.) – Ayuda con otras actividades de la vida cotidiana (ir de compras, hacer llamadas telefónicas, etc.) – Apoyo con los medicamentos autoadministrados – Apoyo de salud
Terapia médica de masajes	
• **$0** de copago por servicios de terapia médica de masajes para pacientes con SIDA según lo proporciona el plan tradicional de Medicaid de Florida.	• **$0** de copago • Servicios de terapia médica de masajes para adultos diagnosticados con SIDA, y quienes han tenido un historial de infección oportunista relacionada con el SIDA. • Tratamiento para neuropatía periférica o dolor neuromuscular severo y linfedema. • Hasta 8 sesiones de 15 minutos por mes o según sea necesario por razones médicas.
Servicios de administración de casos específicos de salud mental	
• **$0** de copago por la administración de casos específicos de salud mental según lo proporciona el plan tradicional de Medicaid de Florida.	• **$0** de copago • Se limita a los adultos que han sido diagnosticados con una afección mental severa y persistente por un administrador de casos de salud mental y necesitan coordinación de servicios entre varios proveedores. • Apoyo a las personas con discapacidades mentales o trastornos emocionales complejos para obtener acceso a los servicios cotidianos necesarios (financieros, de salud, de empleo, sociales) para mejorar la inclusión del beneficiario en la comunidad.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-090	
CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	**Comparación con los beneficios del plan tradicional de Medicaid de Florida** (Los beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid podrían ser diferentes)
Días de transición de un centro de enfermería	
• **$0** de copago por los días de transición de un centro de enfermería según lo proporciona el plan tradicional de Medicaid de Florida.	• El afiliado no paga nada por los días de transición de un centro de enfermería hasta por 120 días. Disponible para personas que cumplen con los siguientes requisitos: El afiliado necesita servicios de cuidado a largo plazo, ha completado los requisitos del programa de Evaluación Previa a la Admisión y Revisión de Residentes (PASRR, por sus siglas en inglés), califica para el Programa de Cuidado Institucional de Medicaid y no se ha inscrito en el programa de Cuidado a Largo Plazo (LTC, pos sus siglas en inglés).
Centros de salud, clínicas de salud rurales y servicios clínicos aprobados por el gobierno federal	
• **$0** de copago	• **$3** de copago por clínica, por día, a menos que el beneficiario esté exento.
Equipo médico y suministros especializados (suministros para la incontinencia)	
• **$0** de copago por suministros relacionados con la incontinencia según lo proporciona el plan tradicional de Medicaid de Florida.	• **$0** de copago • El equipo médico y los suministros especializados relacionados con la incontinencia están disponibles para adultos diagnosticados con SIDA, y quienes han tenido un historial de infección oportunista relacionada con el SIDA. • Asignación limitada a $250 por mes.
Servicios de cuidados a largo plazo como paciente internado	
Servicios de hospitalización, de centros de enfermería y de centros de cuidados intermedios en instituciones para trastornos mentales (IMD, por sus siglas en inglés), para personas de 65 años de edad o más	
• No está cubierto por CareNeeds PLUS.	• **$0** de copago
Servicios en un centro de cuidados intermedios para personas con retraso mental	
• No está cubierto por CareNeeds PLUS.	• **$0** de copago
Servicios de centros de enfermería, distintos a los realizados en una institución para trastornos mentales	
• No está cubierto por CareNeeds PLUS.	• **$0** de copago

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-090	
CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	**Comparación con los beneficios del plan tradicional de Medicaid de Florida** (Los beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrados por Medicaid podrían ser diferentes)
Servicios de exención en el hogar y en la comunidad	
Los beneficiarios con doble elegibilidad que cumplen con los criterios financieros para la cobertura completa de Medicaid también pueden calificar para recibir servicios de exención. Los servicios de exención se limitan a las personas que cumplen con los criterios adicionales de elegibilidad para exenciones. Para obtener información acerca de los servicios de exención y la elegibilidad, comuníquese con Medicaid al 1-888-419-3456.	

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). La información de Medicaid incluida en esta sección es actual a la fecha del 1 de julio de 2019. 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 Medicaid de Florida al 1-888-419-3456 (TTY: 711). Usted también puede comunicarse con Servicios para Afiliados de CarePlus para asistencia.

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. CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) es patrocinado por CarePlus Health Plans, Inc. y la Agencia para la Administración de Atención Médica del Estado de la Florida.

¡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