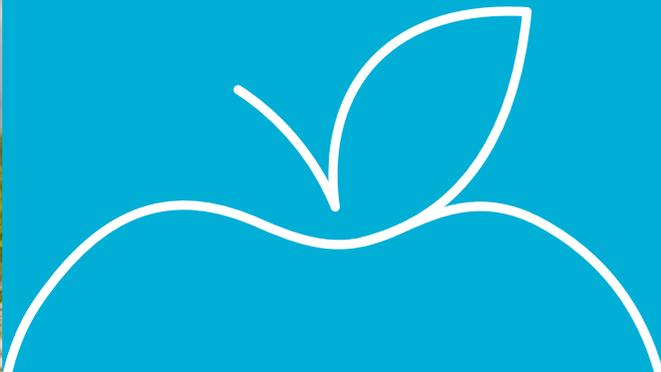


Resumen de Beneficios

2022

CareNeeds PLUS
(HMO D-SNP)
H1019-023



SUR DE LA FLORIDA:

Broward
Miami-Dade
Palm Beach

CarePlus
HEALTH PLANS

Un Vistazo a los Beneficios



Prima mensual del plan

\$0 o hasta **\$13.20**



Visitas al consultorio del médico de atención primaria y del especialista

\$0 de copago



Asignación para productos de venta sin receta médica

\$400 por trimestre



Cobertura de la visión de rutina



Cobertura dental de rutina

\$0 de copago



Cobertura de la audición de rutina



Atención hospitalaria como paciente internado

\$0 de copago

Atención de emergencia

\$0 o **\$120** de copago

¡Las siguientes páginas incluyen más información sobre estos beneficios de CarePlus, y mucho más!

Nombre del agente de ventas certificado de CarePlus: _____

Teléfono del agente de ventas certificado de CarePlus: _____

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 [CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2022](https://www.CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2022) 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, a menos que Medicaid o un tercero la pague por usted. Esta prima normalmente es cobrada de su cheque del Seguro Social cada mes. El programa de Ayuda/Beneficio Adicional de Medicare le ayuda a pagar por sus costos de medicamentos recetados. La mayoría de personas con Medicare y Medicaid califican automáticamente para Ayuda/Beneficio Adicional de Medicare. Como afiliado de nuestro plan y en base a su nivel de Ayuda/Beneficio Adicional con sus costos de medicamentos recetados, es posible que no tenga una responsabilidad de prima.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos o coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2023.
- 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 y/o financiera de un plan estatal bajo Medicaid. Solamente Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB/QMB+), Beneficiarios Especificados de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB/SLMB+), Individuos Calificados (QI), Individuos con Discapacidades y Empleados Calificados (QDWI) y otros Beneficiarios con Doble Elegibilidad para Beneficios Completos (FBDE) pueden afiliarse a CareNeeds PLUS (HMO D-SNP).

Resumen de Beneficios del 2022



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. **En base a su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que usted no tenga que pagar una prima o cualquier otro costo por los servicios médicos indicados en este folleto, si Medicaid o un tercero los paga por usted.** Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, por favor consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) del plan en nuestro sitio web CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2022, o llámenos y le enviaremos una copia. Una EOC le es enviada automáticamente por correo después de afiliarse a nuestro plan.



Consejos para comparar sus opciones de Medicare

- Para 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 **Medicare.gov**.
- Para saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual vigente de "Medicare y Usted". Véalo en internet en **Medicare.gov** u obtenga una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días de la semana. TTY: **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.

Con la excepción de servicios de urgencia y emergencia, usted debe obtener todos los servicios cubiertos por el plan a través de la red de proveedores de CarePlus, incluyendo cualquier servicio 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, estar inscrito en la Parte B de Medicare y calificar para una de las siguientes categorías de Medicaid: Beneficiario Calificado de Medicare (QMB/QMB+, por sus siglas en inglés), Beneficiario Especificado de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB/SLMB+, por sus siglas en inglés), Individuos Calificados (QI, por sus siglas en inglés), Individuos con Discapacidades y Empleados Calificados (QDWI, por sus siglas en inglés) o Beneficiarios 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 Florida: Broward, Miami-Dade, Palm Beach.

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 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. Usted podría pagar menos si utiliza estas farmacias.

Puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web: CarePlusHealthPlans.com/directories, o llámenos y le enviaremos una copia.

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 ciertos medicamentos de la Parte D y 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 nuestra guía completa de medicamentos (lista aprobada de los medicamentos recetados/formulario) y cualquier restricción en nuestro sitio web, CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2022-prescription-drug-guides, o llámenos y le enviaremos una copia.

Si usted recibe beneficios completos de Medicaid, sepa que 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

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 la Parte B, sus deducibles y su coaseguro, su costo 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.

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, llame sin costo a Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907** (TTY: **711**).

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

1 de octubre - 31 de marzo: los 7 días de la semana; 8 a.m. - 8 p.m.

1 de abril - 30 de septiembre: lunes a viernes; 8 a.m. - 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) H1019-023

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITE MÁXIMO DE GASTOS DE DESEMBOLSO

Prima mensual del plan

- **\$0** o hasta **\$13.20**
- Su prima depende de la cantidad de Ayuda/Beneficio Adicional que usted recibe de Medicare.
- Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. La prima de la Parte B puede ser cubierta a través del Programa de Medicaid de Florida.

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

Si usted recibe ayuda financiera además de otros beneficios de Medicaid (QMB+, SLMB+, FBDE), el siguiente cuadro de beneficios muestra un resumen de los beneficios que usted recibe y lo que paga como afiliado de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) (columna de la izquierda) comparados con lo que usted actualmente recibe y paga con el plan tradicional de Medicaid de Florida (columna de la derecha). Si usted está actualmente inscrito en un Plan de Servicios Médicos Administrados por Medicaid, sus beneficios podrían ser diferentes a los que se encuentran detallados en la columna de la derecha. Los servicios que están cubiertos para usted y lo que paga por ellos dependen de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Si su asistencia de Medicaid solamente se limita a ayuda financiera con las primas, los deducibles y los costos compartidos de Medicare (QMB, SLMB, QI, QDWI), la información en la columna de la derecha no le corresponde, así como tampoco le corresponde la información bajo el encabezado "Beneficios de Medicaid proporcionados por el plan" en la columna de la izquierda.

Si usted califica para ayuda con los costos compartidos a través del programa estatal de Medicaid (QMB, QMB+, SLMB+, FBDE), Medicaid paga su parte del costo por todos los servicios cubiertos por el plan con excepción de los medicamentos recetados. La ayuda financiera para los medicamentos recetados es proporcionada a través del programa de Ayuda/Beneficio Adicional de Medicare.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	Beneficios del Plan Tradicional de Medicaid de Florida
Atención hospitalaria como paciente internado	
<ul style="list-style-type: none">• \$0 de copago• Nuestro plan cubre un número ilimitado de días por una estadía en el hospital como paciente internado.	<ul style="list-style-type: none">• \$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	
<ul style="list-style-type: none">• \$0 de copago	<ul style="list-style-type: none">• Para los servicios cubiertos por Medicaid, vea "Servicios de diagnóstico", "Atención de salud mental", "Cirugía ambulatoria", "Terapia Física" y "Servicios de rehabilitación".

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-023

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)

Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida

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 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.

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
- Los servicios de atención preventiva no están cubiertos bajo el programa tradicional de Medicaid de Florida.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-023

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)

Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida

Atención preventiva (*continuación*)

- 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), neumococo y COVID-19
- 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

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Centro: <ul style="list-style-type: none"> – \$0 de copago para los afiliados QMB, QMB+, SLMB+ y FBDE – \$120 de copago para todos los demás afiliados • Servicios médicos y profesionales: <ul style="list-style-type: none"> – \$0 de copago para todos los afiliados • Emergencia alrededor del mundo - 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. | <ul style="list-style-type: none"> • \$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

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago • La cobertura por servicios de urgencia es la misma alrededor del mundo. 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. | <ul style="list-style-type: none"> • Para los servicios cubiertos por Medicaid, consulte “Atención de emergencia”. |
|---|---|

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-023

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida
Servicios de diagnóstico	
<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por: <ul style="list-style-type: none"> – 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 	<ul style="list-style-type: none"> • \$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	
<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago
Servicios de audición	
<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por un examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio. • Servicios complementarios de audición de rutina: <ul style="list-style-type: none"> – \$0 de copago por el examen de audición de rutina, 1 por año calendario. – \$0 de copago por evaluación y adaptación de audífonos, 1 por año calendario. – Nuestro plan cubre hasta \$1,500 por oído, por audífonos cada año. – Incluye el suministro de batería para 1 mes y 1 año de garantía. <p>Beneficios de Medicaid proporcionados por el plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$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. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$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) H1019-023

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)

Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida

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 de rutina:
 - Evaluaciones orales periódicas, hasta **2** por año calendario
 - Evaluación oral integral, **1** cada **3** años calendario
 - Tratamiento de flúor, hasta **2** por año calendario
 - Limpiezas profilaxis, hasta **2** por año calendario
 - Radiografías con aleta de mordida, hasta **2** juegos por año calendario
 - Película de radiografía panorámica, **1** por año calendario
 - Empastes de amalgama y/o compuestos, hasta **4** por año calendario
 - Mantenimiento periodontal, hasta **4** por año calendario
 - Raspado y alisado radicular (limpieza profunda), **1** por cuadrante por año calendario
 - Extracciones simples o quirúrgicas, hasta **6** por año calendario
 - Dentaduras postizas completas o parciales (superiores y/o inferiores), **1** juego cada **5** años calendario
 - Recubrimiento de dentadura postiza, **1** por año calendario
 - Coronas, hasta **2** por año calendario
 - Tratamiento de endodoncia, **1** por año calendario
 - Anestesia
 - Extracciones para denturas
 - Las extracciones ilimitadas solamente están cubiertas cuando se realizan para recibir dentaduras postizas, todas las demás extracciones son limitadas.
 - Las evaluaciones orales periódicas e integrales se limitan a un total de **2** por año calendario.
- **\$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.

(Continúa en la siguiente página)

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-023

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)

Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida

Servicios dentales (*continuación*)

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.

Servicios para la visión

- **\$0** de copago por exámenes de la vista cubiertos por Medicare 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 de rutina para la visión:
 - **\$0** de copago por exámenes complementarios de la vista de rutina 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 gratuitos de anteojos de una selección predeterminada (puede elegir anteojos de sol recetados como uno de los pares gratuitos).
 - Protección ultravioleta, revestimiento resistente a las rayaduras, bifocales estándar sin línea y lentes de transición 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 actualización cuando se elige un par de anteojos 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) H1019-023

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida
Atención de salud mental	
<ul style="list-style-type: none"> • Visita como paciente internado - hospital general: <ul style="list-style-type: none"> – \$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: <ul style="list-style-type: none"> – \$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: <ul style="list-style-type: none"> – \$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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visita como paciente internado <ul style="list-style-type: none"> – \$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 <ul style="list-style-type: none"> – \$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)	
<ul style="list-style-type: none"> • \$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. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago
Terapia física	
<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$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) H1019-023

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida
Servicios de ambulancia	
<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por cualquier servicios de ambulancia para los afiliados QMB, QMB+, SLMB+ y FBDE. • Para todos los demás afiliados: <ul style="list-style-type: none"> – \$100 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$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	
<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por viajes de ida ilimitados por año calendario • Un proveedor contratado proporciona el transporte a los lugares aprobados por el plan. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$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	
<ul style="list-style-type: none"> • \$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. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	
<ul style="list-style-type: none"> • 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. <ul style="list-style-type: none"> – 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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) H1019-023

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)

Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida

- 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 fase del beneficio de la Parte D en la que usted se encuentra y el nivel de Ayuda/Beneficio adicional que usted recibe.
- Si usted obtiene medicamentos de una farmacia fuera de la red, puede 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 es para 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 fases del beneficio de medicamentos recetados, por favor llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en Internet en CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2022.
- Usted también puede llamarnos para averiguar si un medicamento específico está cubierto o puede buscar el medicamento en nuestra Guía de medicamentos (formulario) en: CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2022-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).**

Beneficio de ahorros en medicamentos recetados

- **\$0** de copago por todos los medicamentos recetados cubiertos por Medicare de todos los formularios y niveles. El beneficio comienza en la Etapa del deducible (cuando corresponde) y continúa hasta la Etapa de cobertura inicial únicamente. A fin de calificar, los afiliados deben cumplir con los requisitos para la Ayuda/Beneficio adicional.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-023

Deducible

- **\$0** de deducible anual de la Parte D, si usted recibe Ayuda/Beneficio Adicional con sus gastos de medicamentos recetados, y su cobertura empieza en la Etapa de cobertura inicial.
- **\$480** de deducible anual de la Parte D, si usted NO recibe Ayuda/Beneficio Adicional.
 - Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos recetados de los Niveles 3, 4 y 5 hasta alcanzar el monto del deducible.
 - El deducible no se aplica a los medicamentos del Nivel 1 o del Nivel 2. Usted paga **\$0** por estos medicamentos.
 - Una vez que alcanza el monto de su deducible, usted pasa a la Etapa de cobertura inicial.

Cobertura inicial

- Si usted recibe Ayuda/Beneficio Adicional, usted paga **\$0** por todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan mientras se encuentra en esta etapa.
- Si usted NO recibe Ayuda/Beneficio Adicional, usted paga:

Nivel	Suministro	Costo compartido preferido de venta al por menor	Costo compartido estándar de venta al por menor	Costo compartido preferido de pedido por correo	Costo compartido estándar de pedido por correo
Nivel 1 Genérico Preferido	30 días	\$0	\$0	\$0	\$0
	90 días	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 Genérico	30 días	\$0	\$0	\$0	\$0
	90 días	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 Marca Preferida	30 días	\$47	\$47	\$47	\$47
	90 días	\$141	\$141	\$131	\$141
Nivel 4 Medicamento No Preferido	30 días	\$99	\$100	\$99	\$100
	90 días	\$297	\$300	\$287	\$300
Nivel 5 Nivel Especializado	30 días	25%	25%	25%	25%
	90 días	No se ofrece	No se ofrece	No se ofrece	No se ofrece

- Una vez que sus gastos totales anuales de medicamentos alcancen los **\$4,430**, usted pasa a la Etapa de brecha en la cobertura.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-023

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida
<p>Brecha en la cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependiendo de la cantidad de Ayuda/Beneficio adicional que usted recibe, usted paga lo siguiente mientras se encuentra en esta etapa. <ul style="list-style-type: none"> – Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago; o \$1.35 de copago; o \$3.95 de copago; o 15% de coaseguro – Por todos los demás medicamentos, ya sea: <ul style="list-style-type: none"> \$4 de copago; o \$9.85 de copago; o 15% de coaseguro • Si usted NO recibe Ayuda/Beneficio Adicional, usted paga no más del 25% del costo del plan por sus medicamentos en esta etapa. 	
<p>Cobertura catastrófica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Después de que sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos alcancen los \$7,050, usted pasa a la Etapa de cobertura catastrófica. Sus gastos anuales de bolsillo por medicamentos son el total de cualquier pago de medicamentos cubiertos por la Parte D efectuados durante el año calendario ya sea por usted, a su nombre, o bajo otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de que usted se afiliara a nuestro plan, y determinan el momento en que usted pasa a la Etapa de cobertura catastrófica. • Si usted recibe Ayuda/Beneficio Adicional, usted paga lo siguiente por sus medicamentos durante el resto del año: <ul style="list-style-type: none"> – \$0 de copago; o – \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos • Si usted NO recibe Ayuda/Beneficio Adicional durante el resto del año, usted paga la suma mayor de: <ul style="list-style-type: none"> – 5% del costo, o – \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (que incluye medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos 	

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-023

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida
<p>Medicamentos recetados y vitaminas excluidos de la Parte D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este plan cubre ciertos medicamentos para la disfunción eréctil y ciertas vitaminas frecuentemente recetadas por los médicos. Su costo por estos medicamentos es \$0. • \$0 de copago por medicamentos cubiertos por el plan tradicional de Medicaid de Florida si usted es QMB+, SLMB+ o FBDE. • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$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

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago | <ul style="list-style-type: none"> • \$3 de copago por todos los procedimientos quirúrgicos ambulatorios. • Se aplican algunas restricciones/limitaciones. |
|--|---|

Servicios de rehabilitación adicionales

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • \$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). <ul style="list-style-type: none"> – 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). | <ul style="list-style-type: none"> • \$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. |
|---|---|

Cuidado de los pies (*servicios de podología*)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare si sufre de lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes y/o cumple con determinadas condiciones. • \$0 de copago por servicios complementarios de podología: <ul style="list-style-type: none"> – 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. | <ul style="list-style-type: none"> • \$2-\$3 de copago por proveedor, por día, dependiendo del lugar de servicio. • Se limita a 24 visitas por año calendario. |
|---|---|

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-023

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida
Equipo/Suministro médico	
<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago • Incluye equipo médico duradero (sillas de ruedas eléctricas y <i>scooters</i> eléctricos, bombas de insulina, generadores de oxígeno, etc.), prótesis, plantillas y zapatos terapéuticos, y suministros para el control de la diabetes. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$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 (adicionales a los de Medicare Original)	
<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por visita virtual al médico de atención primaria. • \$0 de copago por visita virtual al especialista. • \$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 servicio 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 CarePlusHealthPlans.com/buscador-medico para tener acceso a nuestro directorio de búsqueda en internet. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	
<ul style="list-style-type: none"> • Programa de entrega de comidas frescas: <ul style="list-style-type: none"> – \$0 de copago – Una vez que usted regresa a casa después de pasar la noche en el hospital o centro de enfermería especializada, cumple con los requisitos para recibir hasta 14 comidas nutritivas, recién preparadas y entregadas a domicilio sin costo alguno. El límite es de 4 veces por año. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los programas de comidas no están cubiertos bajo el programa tradicional de Medicaid de Florida.
<ul style="list-style-type: none"> • Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®: <ul style="list-style-type: none"> – \$0 de copago – El programa de acondicionamiento físico incluye acceso a miles de locales participantes y clases exclusivas de ejercicio grupales a cargo de instructores certificados. Las clases de ejercicio en vivo y los videos a pedido también están disponibles por Internet. – Consulte a su médico antes de empezar una nueva dieta o un nuevo régimen de ejercicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los programas de acondicionamiento físico no están cubiertos bajo el programa tradicional de Medicaid de Florida.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-023

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida
Programas de bienestar (continuación)	
<ul style="list-style-type: none"> • Productos de venta sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés): <ul style="list-style-type: none"> – \$400 de asignación trimestral 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: <ul style="list-style-type: none"> – Ciertos productos 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por ciertos productos de venta sin receta médica.
<ul style="list-style-type: none"> • Programa de recompensas de CarePlus: <ul style="list-style-type: none"> – El programa de recompensas de CarePlus ofrece a sus afiliados la elección de una tarjeta de regalo de comerciantes seleccionados como recompensa por hacerse pruebas de detección y realizar otras actividades de cuidado de la salud. Aplican algunas limitaciones y exclusiones. – De acuerdo con los requisitos federales de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), ninguna cantidad en las tarjetas de regalo puede ser canjeada por dinero en efectivo y ninguna cantidad puede ser aplicada hacia la compra de cualquier medicamento recetado bajo su plan. Las recompensas (tarjetas de regalo) deben ganarse y solicitarse en el mismo año del plan. Las recompensas que no sean canjeadas al 31 de diciembre se perderán. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los programas de recompensas no están cubiertos bajo el programa tradicional de Medicaid de Florida.
<ul style="list-style-type: none"> • Programa para dejar de fumar y de usar tabaco: <ul style="list-style-type: none"> – \$0 de copago por hasta 4 sesiones adicionales de asesoramiento por año para dejar de fumar y usar tabaco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los programas para dejar de fumar y de usar tabaco no están cubiertos bajo el programa tradicional de Medicaid de Florida.
Acupuntura	
<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por hasta 20 tratamientos de acupuntura cubiertos por Medicare para el dolor crónico de espalda baja cuando son solicitados por un médico. • Servicios complementarios de acupuntura de rutina: <ul style="list-style-type: none"> – \$0 de copago por hasta 25 visitas cada año. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de acupuntura no están cubiertos bajo el programa tradicional de Medicaid de Florida.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-023

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida
Atención quiropráctica	
<ul style="list-style-type: none"> • \$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) • Servicios quiroprácticos complementarios de rutina: <ul style="list-style-type: none"> – \$0 de copago por hasta 12 visitas de rutina autoderivadas (sin necesidad de un referido) a un quiropráctico de la red cada año. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$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.
Prueba y tratamiento para COVID-19	
<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por pruebas y servicios de tratamiento para COVID-19. • Los afiliados reciben 14 días de comidas (28 comidas) después de recibir un diagnóstico de COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por los servicios necesarios por razones médicas para la prueba y el tratamiento para COVID-19.
Tarjeta para alimentos saludables	
<ul style="list-style-type: none"> • \$75 de asignación mensual para usar en comerciantes participantes hacia la compra de alimentos saludables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las tarjetas para alimentos saludables no están cubiertas bajo el programa tradicional de Medicaid de Florida.
Atención médica en el hogar	
<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por servicios limitados de cuidado de enfermería especializada y otros servicios aprobados por Medicare 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$2 de copago por 3 visitas de atención médica en el hogar. • Todas las visitas requieren autorización previa.
Cuidado de hospicio	
<ul style="list-style-type: none"> • \$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. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$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.
Cuidado personal en el hogar	
<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por ciertos servicios de apoyo en el hogar proporcionados por un ayudante calificado para asistir a las personas con discapacidades y/o afecciones médicas a realizar actividades de la vida diaria como bañarse, usar el inodoro, caminar, comer y preparar comidas. Las visitas son programadas por un mínimo de 3 horas por día. El beneficio se limita a un máximo de 42 horas por año. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de cuidado personal (relevo) no están cubiertos bajo el programa tradicional de Medicaid de Florida, a menos que usted califique para los Servicios y Recursos de Apoyo a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés).

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-023

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida
Diálisis renal	
<ul style="list-style-type: none">• \$0 de copago	<ul style="list-style-type: none">• \$0 de copago
Pelucas (relacionadas con el tratamiento de quimioterapia)	
<ul style="list-style-type: none">• \$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 proveedores de la red.	<ul style="list-style-type: none">• El programa tradicional de Medicaid de Florida no cubre pelucas relacionadas con el tratamiento de quimioterapia.
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas	
<ul style="list-style-type: none">• \$0 de copago por asistencia para cuidado flexible de CarePlus.• Los afiliados con enfermedades crónicas que participen en la coordinación de atención médica y que también cumplan con los criterios del programa pueden recibir beneficios adicionales a fin de abordar necesidades específicas en función de la situación particular de la persona.• El beneficio se limita a la cantidad máxima de \$1,000 por año y debe ser acordado y autorizado por un coordinador de atención médica.	<ul style="list-style-type: none">• El programa tradicional de Medicaid de Florida no cubre beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
OTROS SERVICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID	
Servicios de atención médica de apoyo	
<ul style="list-style-type: none">• \$0 de copago por los servicios de atención médica de apoyo según los proporciona el plan tradicional de Medicaid de Florida.	<ul style="list-style-type: none">• \$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:<ul style="list-style-type: none">– 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

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-023

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida
Terapia médica de masajes	
<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por servicios de terapia médica de masajes para pacientes con SIDA según lo proporciona el plan tradicional de Medicaid de Florida. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago • Servicios de terapia médica de masajes para adultos diagnosticados con SIDA, y quienes han tenido un historial de infección oportunistas 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	
<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por la administración de casos específicos de salud mental según lo proporciona el plan tradicional de Medicaid de Florida. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$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.
Días de transición de un centro de enfermería	
<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por los días de transición de un centro de enfermería según lo proporciona el plan tradicional de Medicaid de Florida. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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, por sus siglas en inglés).
Centros de salud, clínicas de salud rurales y servicios clínicos aprobados por el gobierno federal	
<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$3 de copago por clínica, por día, a menos que el beneficiario esté exento.
Equipo médico y suministros especializados (suministros para la incontinencia)	
<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por suministros relacionados con la incontinencia según lo proporciona el plan tradicional de Medicaid de Florida. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$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 oportunistas relacionada con el SIDA. • Asignación limitada a \$250 por mes.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) H1019-023

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)	Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida
Servicios de cuidados a largo plazo como paciente internado	
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un centro de cuidados intermedios para personas con retraso mental – No está cubierto por CareNeeds PLUS. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de centros de enfermería, distintos a los realizados en una institución para trastornos mentales – No está cubierto por CareNeeds PLUS. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago

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 este folleto es actual a la fecha del 1 de julio del 2021. 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.

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 número mencionado anteriormente.

CarePlus es un plan HMO SNP con un contrato de Medicare y el Programa de Medicaid del Estado de la Florida. La afiliación en CarePlus depende de la renovación del contrato. 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, género, identidad de género, ascendencia, estado civil 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): નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે ઉપરોક્ત નંબર પર કોલ કરો.

ภาษาไทย (Thai): โปรดติดต่อที่หมายเลขด้านบนนี้เพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย.

Diné Bizaad (Navajo): Wódaahí béesh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déjé nika'adoowoł.

العربية (Arabic):

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك



CarePlusHealthPlans.com