

Resumen de Beneficios

2022

CareOne PLATINUM
(HMO-POS)
H1019-110



COSTA ATLÁNTICA:

Brevard
Indian River

CarePlus
HEALTH PLANS

Un Vistazo a los Beneficios



Prima mensual del plan

\$0



Visita al consultorio del médico de atención primaria

\$0 de copago



Visita al consultorio del especialista

\$20 de copago (dentro de la red)

\$25 de copago (fuera de la red)



Asignación para productos de venta sin receta médica

\$30 por mes



Cobertura de rutina dental, de la visión y de la audición

\$0 de copago



Atención hospitalaria como paciente internado

\$150 de copago por día durante los días 1 - 7 (dentro de la red)

\$170 de copago por día durante los días 1 - 7 (fuera de la red)

Atención de emergencia

\$90 de copago (dentro de la red y fuera de la red)

¡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** 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

- ☐ Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente es cobrada de su cheque del Seguro Social cada mes. Es posible que la prima de la Parte B sea cubierta a través del Programa de Medicaid de Florida.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos o coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2023.
- ☐ Nuestro plan le permite consultar proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, a pesar de que pagaremos ciertos servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar proporcionarle el tratamiento. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negarse a prestar servicios. Además, usted pagará un copago más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados.

Resumen de Beneficios del 2022



Este folleto de Resumen de Beneficios le brinda un resumen de lo que **CareOne PLATINUM (HMO-POS)** cubre y de lo que usted paga. No detalla cada uno de los servicios que cubre este plan ni cada limitación o exclusión. 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](https://www.CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2022), o llámenos y le enviaremos una copia. La 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**.



¿Quién puede inscribirse en CareOne PLATINUM (HMO-POS)?

Para inscribirse en **CareOne PLATINUM (HMO-POS)**, usted debe tener derecho a recibir la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Florida: Brevard, Indian River.



¿Qué médicos, hospitales y farmacias puede utilizar?

CareOne PLATINUM (HMO-POS) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores; sin embargo, **este plan también cubre ciertos servicios recibidos de proveedores fuera de la red en los condados de Brevard e Indian River**. Los beneficios cubiertos fuera de la red dentro de estos condados están indicados en el cuadro de beneficios en este folleto. Si la cobertura fuera de la red no está indicada en el cuadro, el servicio solamente está cubierto cuando se recibe de un proveedor dentro de la red de CarePlus. **Puede requerirse una autorización previa o un referido médico para obtener los servicios médicos cubiertos.**

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: [CarePlusHealthPlans.com/directorios](https://www.CarePlusHealthPlans.com/directorios), o llámenos y le enviaremos una copia.



¿Qué cubre este plan?

CareOne PLATINUM (HMO-POS) 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 la guía completa de medicamentos del plan (lista aprobada de los medicamentos recetados/formulario) y cualquier restricción en nuestro sitio web, CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2022-prescription-drug-guides.

También puede llamarnos y le enviaremos una copia de nuestra guía de medicamentos.



Cómo determinar sus costos de medicamentos

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco niveles. Deberá usar su formulario para ubicar en qué nivel está su medicamento, para así saber cuánto le costará. El monto que usted paga depende del nivel del medicamento y de la etapa de la cobertura del medicamento que ha alcanzado.

¿Tiene Medicare y Medicaid? Si usted es un beneficiario con doble elegibilidad inscrito en ambos Medicare y el programa de Medicaid de Florida, **es posible que no tenga que pagar los costos médicos que se muestran en este folleto, y además sus costos de medicamentos recetados serán más bajos.** Por favor comuníquese con nosotros para conocer más sobre cómo funciona este plan para los afiliados con doble elegibilidad.



¿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.

CareOne PLATINUM (HMO-POS) H1019-110

Cobertura fuera de la red disponible solamente en los condados de Brevard e Indian River

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITE MÁXIMO DE GASTOS DE DESEMBOLSO

Prima mensual del plan

- \$0
- Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Si usted califica para Medicaid, 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 combinados dentro y fuera de la red)

- \$3,750 por año.
- Esta cantidad es lo máximo que usted pagará durante el año del plan para obtener los servicios médicos aprobados bajo nuestro plan. Una vez que haya pagado esta cantidad, nosotros pagamos el 100% de sus servicios cubiertos por el resto del año, con la excepción de cualquier costo de medicamentos recetados, gastos de salud incurridos durante un viaje al extranjero o costos de beneficios complementarios.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Atención hospitalaria como paciente internado

	Dentro de la red	Fuera de la red
• Días 1 al 7.	\$150 de copago	\$170 de copago
• Días 8 al 90.	\$0 de copago	\$0 de copago
• A partir del día 91 en adelante.	\$0 de copago	\$0 de copago

- Nuestro plan cubre un número **ilimitado** de días por estadía en el hospital como paciente internado.
- Un período de beneficio comienza el día en el que usted es admitido como paciente internado y finaliza cuando usted no ha recibido ninguna atención médica como paciente internado o ningún cuidado especializado en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) 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.

Atención hospitalaria como paciente ambulatorio

	Dentro de la red	Fuera de la red
• Servicios de laboratorio.	\$0 de copago	\$0 de copago
• Consultas de terapia individual y grupal de salud mental.	\$20 de copago	\$25 de copago
• Terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje.		
• Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar.		
• Servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés).	\$55 de copago	\$55 de copago
• Servicios de radiología terapéutica (radioterapia).		
• Procedimientos y pruebas de diagnóstico. Vea la sección "Servicios de diagnóstico" para más detalles.	\$110 de copago	\$110 de copago
• Servicios de cirugía.		
• Medicamentos de quimioterapia.	20% de coaseguro	20% de coaseguro
• Diálisis renal.		

CareOne PLATINUM (HMO-POS) H1019-110

Cobertura fuera de la red disponible solamente en los condados de Brevard e Indian River

Visitas al médico

	Dentro de la red	Fuera de la red
• Visitas al consultorio del médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) – Usted debe seleccionar un médico <u>dentro de la red</u> 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	No está cubierto
• Visitas a médicos especialistas.	\$20 de copago	\$25 de copago

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), 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.
- *Los servicios proporcionados por un PCP están cubiertos solamente dentro de la red.

Atención de emergencia (dentro de la red y fuera de la red)

- \$90 de copago por el centro médico.
- \$0 de copago por servicios médicos y profesionales.
- La cobertura de emergencia es la misma a nivel mundial. Si usted recibe atención de emergencia (en el área, fuera del área o después del horario de atención) y paga por servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo hasta el cargo permitido por Medicare.
- Usted no paga un copago por atención de emergencia si se le admite en el mismo hospital por la misma afección dentro de las 24 horas.

CareOne PLATINUM (HMO-POS) H1019-110

Cobertura fuera de la red disponible solamente en los condados de Brevard e Indian River

Servicios de urgencia (dentro de la red y fuera de la red a excepción del PCP)

- **\$0** de copago en el consultorio de su médico de atención primaria dentro de la red.
- **\$20** de copago en el consultorio de un especialista.
- **\$20** de copago en un centro de atención urgente.
- 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.

Servicios de diagnóstico

	Dentro de la red	Fuera de la red
• Procedimientos y pruebas de diagnóstico: – En el consultorio de su médico de atención primaria <u>dentro de la red</u> – En el consultorio de un especialista – En un centro de atención urgente – En un centro hospitalario como paciente ambulatorio	\$0 de copago \$20 de copago \$25 de copago \$110 de copago	No está cubierto \$25 de copago \$25 de copago \$110 de copago
• Servicios básicos de radiología (rayos X): – En el consultorio de su médico de atención primaria <u>dentro de la red</u> – En el consultorio de un especialista – En un centro de atención urgente – En un centro de radiología independiente – En un centro hospitalario como paciente ambulatorio	\$0 de copago \$20 de copago \$25 de copago \$25 de copago \$110 de copago	No está cubierto \$25 de copago \$25 de copago \$25 de copago \$110 de copago
• Servicios de radiología de diagnóstico (incluye servicios de imágenes avanzadas como resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA) y tomografía computarizada (CT)): – En el consultorio de su médico de atención primaria <u>dentro de la red</u> – En el consultorio de un especialista – En un centro de radiología independiente – En un centro hospitalario como paciente ambulatorio	\$95 de copago \$95 de copago \$95 de copago \$110 de copago	No está cubierto \$95 de copago \$95 de copago \$110 de copago
• Servicios de radiología terapéutica (radioterapia): – En el consultorio de un especialista – En un centro de radiología independiente – En un centro hospitalario como paciente ambulatorio	\$20 de copago 20% de coaseguro \$55 de copago	\$25 de copago 20% de coaseguro \$55 de copago
• Servicios de laboratorio	\$0 de copago	\$0 de copago
• Servicios de mamografía de diagnóstico: – En el consultorio de un especialista – En un centro de radiología independiente – En un centro hospitalario como paciente ambulatorio	\$0 de copago \$0 de copago \$90 de copago	\$0 de copago \$0 de copago \$90 de copago
• Servicios de colonoscopia de diagnóstico: – En un centro de cirugía ambulatoria – En un centro hospitalario como paciente ambulatorio	\$95 de copago \$110 de copago	\$95 de copago \$110 de copago
• Servicios de medicina nuclear: – En un centro de radiología independiente – En un centro hospitalario como paciente ambulatorio	\$60 de copago \$110 de copago	\$60 de copago \$110 de copago

CareOne PLATINUM (HMO-POS) H1019-110

Cobertura fuera de la red disponible solamente en los condados de Brevard e Indian River

Centro de cirugía ambulatoria (dentro de la red y fuera de la red)

- **\$0** de copago por servicios médicos y profesionales.
- **\$95** de copago por servicios de colonoscopia de diagnóstico.
- **\$95** de copago por servicios de cirugía.
- **\$0** de copago por detección del cáncer colorrectal.

Servicios de audición

	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
• Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio.	\$20 de copago	\$25 de copago
• Servicios complementarios de audición de rutina: – Examen de audición de rutina, 1 por año calendario. – Evaluación y adaptación de audífonos, 1 por año calendario. – Nuestro plan cubre hasta \$500 por oído, por audífonos por año calendario. – Incluye el suministro de batería para 1 mes y 2 años de garantía.	\$0 de copago	No está cubierto

Servicios dentales

	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
• Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare. Excluye los servicios de prevención, restauración, extracción y reemplazo.	\$20 de copago	\$25 de copago
• 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 – Limpieza(s) profilaxis, hasta 2 por año calendario – Radiografías con aleta de mordida, 1 juego por año calendario – Película de radiografía panorámica, 1 por año calendario – Empaste(s) de amalgama y/o compuesto, hasta 2 por año calendario – Raspado y alisado radicular (limpieza profunda), 1 por cuadrante por año calendario – Extracciones simples o quirúrgicas, hasta 3 por año calendario – Recubrimiento de dentadura postiza, 1 por año calendario – Dentaduras postizas completas (superiores y/o inferiores), 1 juego cada 5 años calendario – Anestesia	\$0 de copago	No está cubierto
• Las dentaduras postizas parciales no están cubiertas.		
• Las evaluaciones orales periódicas e integrales se limitan a un total de 2 por año calendario.		

CareOne PLATINUM (HMO-POS) H1019-110

Cobertura fuera de la red disponible solamente en los condados de Brevard e Indian River

Servicios para la visión

	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
• Exámenes de la vista cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares.	\$20 de copago	\$25 de copago
• Examen de la vista por diabetes.	\$0 de copago	\$0 de copago
• 1 par de anteojos (monturas y lentes) o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.	\$0 de copago	\$0 de copago
• Servicios de rutina complementarios para la visión: – Exámenes de la vista de rutina con refracción, 1 por año calendario. – Nuestro plan también paga hasta \$180 por año calendario por los lentes de contacto o anteojos (monturas y lentes) de su elección. – 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.	\$0 de copago	No está cubierto

Atención de salud mental

	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
• Visita como paciente internado - hospital general: – Días 1 al 7. – Días 8 al 90. – 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.	\$150 de copago por día \$0 de copago por día	\$170 de copago por día \$0 de copago por día
• Visita como paciente internado - centro psiquiátrico: – Días 1 al 7. – Días 8 al 90. – Nuestro plan cubre hasta 190 días durante el transcurso de su vida para atención de salud mental como paciente internado en un hospital psiquiátrico.	\$150 de copago por día \$0 de copago por día	\$170 de copago por día \$0 de copago por día
• Visita como paciente ambulatorio: – Consultas ambulatorias de terapia individual y grupal. – Hospitalización parcial. – Incluye tratamiento ambulatorio por enfermedad mental y/o abuso de sustancias.	\$20 de copago	\$25 de copago

CareOne PLATINUM (HMO-POS) H1019-110

Cobertura fuera de la red disponible solamente en los condados de Brevard e Indian River

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) (dentro de la red y fuera de la red)

- \$0 de copago por día durante los días 1 al 20.
- \$150 de copago por día durante los días 21 al 100.
- No se requiere estadía hospitalaria previa.
- Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficio.
- Un período de beneficio comienza el día en el que usted es admitido como paciente internado y finaliza cuando usted no ha recibido ninguna atención médica como paciente internado o ningún cuidado especializado en un SNF durante 60 días consecutivos. Si usted es internado en un hospital o SNF después de finalizado un período de beneficio, se inicia un nuevo período de beneficio. No existe límite respecto a la cantidad de períodos de beneficios.

Terapia física

Dentro de la red:

- \$20 de copago por visita.

Fuera de la red:

- \$25 de copago por visita.

Servicios de ambulancia

- \$150 de copago por viaje por los servicios de ambulancia de emergencia dentro de la red usando transporte terrestre.
- \$180 de copago por viaje por los servicios de ambulancia de emergencia fuera de la red 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.

Transporte de rutina (solamente dentro de la red)

- \$0 de copago por hasta 50 viajes de ida por año calendario.
- Un proveedor contratado proporciona el transporte a los lugares aprobados por el plan.

Medicamentos de la Parte B de Medicare (dentro de la red y fuera de la red)

- **Por los medicamentos de la Parte B comprados en una farmacia, proporcionados en el consultorio de un médico, o proporcionados en un centro hospitalario como paciente ambulatorio:**
 - 20% de coaseguro
 - \$0 de copago por inyecciones contra la alergia aplicadas en el consultorio de un médico.
- **Por los medicamentos de quimioterapia:**
 - 20% de coaseguro

CareOne PLATINUM (HMO-POS) H1019-110

Cobertura fuera de la red disponible solamente en los condados de Brevard e Indian River

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE D (SOLAMENTE DENTRO DE LA RED)

- Este plan utiliza un formulario. Pueden aplicarse límites de cantidad y otras restricciones/autorizaciones de medicamentos.
- CarePlus ofrece una red nacional de farmacias.
- Su costo por medicamentos recetados depende de la farmacia donde se surte la receta (de venta al por menor, de pedido por correo o en un centro de cuidado a largo plazo). Nuestra red incluye farmacias que ofrecen costo compartido estándar y farmacias que ofrecen costo compartido preferido. Su costo puede ser menor en las farmacias con costo compartido preferido.
- Su costo también depende del lugar donde el medicamento es administrado (en el hogar, farmacia o consultorio del proveedor), del suministro que se necesita (30 días o un suministro a largo plazo), de la etapa del beneficio de la Parte D en la que usted se encuentra y si califica para Ayuda/Beneficio Adicional.
- Si usted obtiene medicamentos de una farmacia fuera de la red, podría pagar más de lo que usted paga en una farmacia dentro de la red. La información del costo compartido que se proporciona en este folleto corresponde a las farmacias dentro de la red.
- Los costos totales anuales en medicamentos son los costos totales en medicamentos pagados tanto por usted como por el plan.
- Para obtener más información sobre el costo compartido y sobre las etapas del beneficio de medicamentos recetados, por favor llámenos o consulte nuestra Evidencia de Cobertura en Internet en CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2022.
- Usted también puede llamarnos para averiguar si un medicamento específico está cubierto o puede buscarlo 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).**

Deducible

- **\$0** - Este plan no tiene un deducible anual.

Programa de ahorros en la insulina (modelo de ahorros para adultos mayores de la Parte D)

- Usted pagará las siguientes cantidades por determinados medicamentos de insulina a través de las etapas de cobertura inicial y brecha en la cobertura.

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 2 Genérico	30 días	\$10	\$20	\$10	\$20
	90 días	\$30	\$60	\$0	\$60
Nivel 3 Marca Preferida	30 días	\$30	\$35	\$30	\$35
	90 días	\$90	\$105	\$80	\$105

CareOne PLATINUM (HMO-POS) H1019-110

Cobertura fuera de la red disponible solamente en los condados de Brevard e Indian River

Cobertura inicial

- El siguiente cuadro muestra lo que usted paga por sus medicamentos (excepto ciertas insulinas) hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen los **\$4,430**.

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	\$10	\$0	\$10
	90 días	\$0	\$30	\$0	\$30
Nivel 2 Genérico	30 días	\$10	\$20	\$10	\$20
	90 días	\$30	\$60	\$0	\$60
Nivel 3 Marca Preferida	30 días	\$30	\$47	\$30	\$47
	90 días	\$90	\$141	\$80	\$141
Nivel 4 Medicamento No Preferido	30 días	\$95	\$100	\$95	\$100
	90 días	\$285	\$300	\$275	\$300
Nivel 5 Nivel Especializado	30 días	33%	33%	33%	33%
	90 días	No se ofrece	No se ofrece	No se ofrece	No se ofrece

Brecha en la cobertura

- Después de que sus costos totales anuales de medicamentos (lo que usted y el plan pagan) alcancen los **\$4,430**, usted ingresa a la brecha en la cobertura.
- El plan cubre los siguientes medicamentos a través de la brecha en la cobertura:
 - Nivel 1: Genéricos preferidos - Todos los medicamentos.
 - Nivel 2: Genéricos - Todos los medicamentos.
- Su costo por estos medicamentos es el mismo antes y durante la brecha en la cobertura.
- Todos los demás medicamentos son **100%** responsabilidad del afiliado durante la brecha en la cobertura, menos cualquier descuento aplicable durante la brecha en la cobertura de la Parte D.
- Mientras está en la brecha en la cobertura, usted paga no más del **25%** del costo por todos los medicamentos genéricos y de marca basado en las tarifas contractuales del plan a través de farmacias de venta al por menor y de pedido por correo.

CareOne PLATINUM (HMO-POS) H1019-110

Cobertura fuera de la red disponible solamente en los condados de Brevard e Indian River

Cobertura catastrófica

- Después de que sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos (que incluyen los medicamentos adquiridos en su farmacia de venta al por menor y a través de pedido por correo) alcancen los **\$7,050**, usted paga la suma mayor de:
 - **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.
- Sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos son el total de cualquier pago por medicamentos cubiertos de la Parte D que se realice durante el año calendario, ya sea por usted, en su nombre o bajo otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de afiliarse a nuestro plan, y determina cuándo ingresa a la fase de cobertura catastrófica.

Medicamentos recetados y vitaminas excluidos de la Parte D

- Este plan cubre ciertos medicamentos para la disfunción eréctil y ciertas vitaminas frecuentemente recetadas por los médicos.
- Su costo por estos medicamentos es el mismo que su costo por los medicamentos del nivel 1 durante la etapa de cobertura inicial, sin importar la etapa del medicamento en la que se encuentre cuando surta su receta.
- Consulte la Evidencia de Cobertura de este plan para obtener información específica sobre la cobertura incluyendo los costos.
- Estos medicamentos están cubiertos en farmacias de venta al por menor o de pedido por correo de la red y no se aplican a su costo total anual de medicamentos.

BENEFICIOS MÉDICOS CUBIERTOS ADICIONALES

Cirugía ambulatoria

	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
• En el consultorio de su médico de atención primaria.	\$0 de copago	No está cubierto
• En el consultorio de un especialista.	\$20 de copago	\$25 de copago
• En un centro de cirugía ambulatoria.	\$95 de copago	\$95 de copago
• En un centro hospitalario como paciente ambulatorio.	\$110 de copago	\$110 de copago

Servicios de rehabilitación adicionales

	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
• Terapia ocupacional (actividades de la vida diaria), terapia del habla y del lenguaje.		
• Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar (corazón y 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.	\$20 de copago	\$25 de copago
• Servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés)		

CareOne PLATINUM (HMO-POS) H1019-110

Cobertura fuera de la red disponible solamente en los condados de Brevard e Indian River

Cuidado de los pies/servicios de podología

	Dentro de la red	Fuera de la red
Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare si sufre de lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes y/o cumple con determinadas condiciones.	\$20 de copago	\$25 de copago
- Servicios complementarios de podología: - 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.	\$20 de copago	No está cubierto

Equipo/Suministro médico (dentro de la red y fuera de la red)

- Equipo médico duradero:**
 - 20% de coaseguro
- Prótesis (*aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.*) y otros suministros médicos:**
 - 20% de coaseguro
- Suministros para la diabetes:**
 - \$10 de copago por plantillas y zapatos terapéuticos.
 - \$0 de copago por suministros para el control de la diabetes.

Servicios de telemedicina, adicionales a los de Medicare Original (solamente dentro de la red)

- \$0 de copago por visita virtual al médico de atención primaria.
- \$20 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.

Programas de bienestar (solamente dentro de la red)

- Programa de entrega de comidas frescas:**
 - \$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.
- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®:**
 - \$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.
- Productos de venta sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés):**
 - Usted tiene derecho a recibir una asignación mensual de **\$30** 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.

CareOne PLATINUM (HMO-POS) H1019-110

Cobertura fuera de la red disponible solamente en los condados de Brevard e Indian River

Programas de bienestar (continuación)

- **Programa de recompensas de CarePlus:**

- 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.

Acupuntura

	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
• Hasta 20 tratamientos de acupuntura cubiertos por Medicare para el dolor lumbar (de espalda) crónico cuando lo indique un médico.	\$20 de copago	\$25 de copago
• Servicios complementarios de acupuntura de rutina: – Hasta 25 visitas cada año.	\$0 de copago	No está cubierto

Atención quiropráctica

	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
• 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).	\$20 de copago	\$25 de copago
• Servicios quiroprácticos complementarios de rutina: – Hasta 12 visitas de rutina autoderivadas (sin necesidad de un referido) a un quiropráctico de la red cada año.	\$20 de copago	No está cubierto

Prueba y tratamiento para COVID-19 (solamente dentro de la red)

- **\$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.

Atención médica en el hogar (dentro de la red y fuera de la red)

- **\$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.

Cuidado de hospicio (dentro de la red y fuera de la red)

- **\$0** de copago por cuidado paliativo cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado de Medicare.
- Es posible que tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y del cuidado de relevo. El cuidado paliativo está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.

Diálisis renal (dentro de la red y fuera de la red)

- **20%** de coaseguro
- **\$0** de copago por servicios de educación sobre la enfermedad renal.

¡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'déé nika'adoowoł.

العربية (Arabic):

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك



[CarePlusHealthPlans.com](https://www.CarePlusHealthPlans.com)

CarePlus es un plan HMO con un contrato de Medicare.
La afiliación en CarePlus depende de la renovación del contrato.