

CareNeeds Plus (HMO D-SNP)
H1019-073

2023



RESUMEN DE BENEFICIOS

COSTA ATLÁNTICA:

Brevard, Clay, Duval,
Flagler, Indian River,
St. Johns, Volusia

CarePlus
HEALTH PLANS

Un Vistazo a los Beneficios

CareNeeds Plus (HMO D-SNP) H1019-073



Prima mensual del plan

\$0 o hasta \$17



Visitas al consultorio del médico de atención primaria y del especialista

\$0 de copago



Tarjeta CareEssentials Card™

\$150 de asignación mensual



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

- ☐ La Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) proporciona una lista completa de toda la cobertura y todos los servicios. Antes de afiliarse, es importante revisar la cobertura, costos y beneficios del plan. Visite **CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2023** 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 proveedores 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.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

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.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos o coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
- ☐ 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 2023



Este folleto 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 beneficios del 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 cubiertos, por favor consulte la Evidencia de Cobertura del plan en nuestro sitio web **CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2023**, o llámenos y le enviaremos una copia. Le enviaremos una copia 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 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: Brevard, Clay, Duval, Flagler, Indian River, St. Johns, Volusia.

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



¿Qué médicos, hospitales y farmacias puede utilizar?

CareNeeds 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. Esto incluye cualquier servicio del programa de Medicaid de Florida que cubramos. 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 proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por esos servicios.

Puede requerirse una autorización previa o un referido para obtener los servicios médicos cubiertos dentro de la red.

Generalmente, usted debe utilizar las farmacias que están dentro de la red para surtir sus recetas de medicamentos de la parte D cubiertos por Medicare. Existen farmacias de pedido por correo de nuestra red que ofrecen 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/directories, o llámenos y le enviaremos una copia.

En nuestro directorio de proveedores se indican los proveedores de Medicaid que también participan en nuestra red de proveedores.



¿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. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.

Para ver nuestra lista de medicamentos recetados cubiertos y cualquier restricción, visite **CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2023-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?

Visite **CarePlusHealthPlans.com**, o llame a uno de los siguientes números.

Si usted es un afiliado
de este plan, llame a
Servicios para Afiliados:
1-800-794-5907 (TTY: 711).

Si usted no es un afiliado
de este plan, llame a un agente
de ventas certificado de CarePlus:
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) H1019-073

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITE MÁXIMO DE GASTOS DE DESEMBOLSO

Prima mensual del plan

- **\$0** o hasta **\$17**
- 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 para pagar las primas, deducibles y costo compartido de Medicare además de otros beneficios de Medicaid de Florida (QMB+, SLMB+, FBDE), el siguiente cuadro de beneficios muestra una comparación de los beneficios que usted recibe con nuestro plan y lo que paga comparado con el plan tradicional de Medicaid de Florida. (Si usted está 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 Medicaid). Su cobertura depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Si su asistencia de Medicaid solamente se limita a ayuda financiera (QMB, SLMB, QI, QDWI), la información de Medicaid a continuación no le corresponde.

Si usted recibe Medicaid como QMB, QMB+, SLMB+ o FBDE, usted no paga nada por sus servicios de cuidado de la salud del plan de Medicare. 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	
• \$0 de copago • Nuestro plan cubre un número ilimitado de días por una estadía en el hospital como paciente internado.	• \$0 de copago • Se limita a 45 días por año fiscal de Medicaid de Florida (del 1 de julio al 30 de junio) para los adultos de 21 años de edad o más.
Atención hospitalaria como paciente ambulatorio	
• \$0 de copago	• Para los servicios cubiertos por Medicaid, vea "Servicios de diagnóstico", "Atención de salud mental", "Cirugía ambulatoria", "Terapia Física" y "Servicios de rehabilitación adicionales".
Centro de cirugía ambulatoria	
• \$0 de copago	• \$0 de copago
Visitas al médico	
• \$0 de copago por visitas al consultorio del médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). • Usted debe seleccionar un médico dentro de la red como su PCP. Este PCP 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. • Hasta dos visitas al consultorio por mes, por especialidad, para los beneficiarios de 21 años o más.

CareNeeds Plus (HMO D-SNP) H1019-073

CareNeeds Plus (HMO D-SNP)

Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida

Atención preventiva

- **\$0** de copago por todos los servicios de atención preventiva cubiertos por Medicare, que incluyen:
 - 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 del contrato.
- Un examen de detección para adultos cada 365 días, para los beneficiarios de 21 años o más.
- El copago es basado en el lugar donde fue recibido el servicio y el tipo de servicio.

CareNeeds Plus (HMO D-SNP) H1019-073

CareNeeds Plus (HMO D-SNP)

Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida

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 • La cobertura de emergencia es la misma a nivel mundial. • 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 a nivel mundial. | <ul style="list-style-type: none"> • Para los servicios cubiertos por Medicaid, consulte "Atención de emergencia". |
|---|---|

Servicios de diagnóstico

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por: <ul style="list-style-type: none"> – Procedimientos y pruebas de diagnóstico – Radiología básica (rayos X) – Servicios de radiología de diagnóstico (como MRI, MRA y tomografías) – Radioterapia – Análisis de laboratorio – Mamografía de diagnóstico – Colonoscopia de diagnóstico – 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. |
|--|--|

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 examen de audición de rutina, 1 por año calendario. – \$0 de copago por evaluación y adaptación de audífonos, 1 por año calendario. – \$1,000 de asignación por oído para audífonos por año calendario. – Incluye el suministro de batería para 1 mes y 1 año de garantía. Beneficios de Medicaid proporcionados por el plan: <ul style="list-style-type: none"> • 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) H1019-073

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
 - Examen diagnóstico de emergencia, hasta **2** por año calendario
 - Tratamiento de flúor, hasta **2** por año calendario
 - Mantenimiento periodontal, hasta **4** 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
 - Raspado y alisado radicular (limpieza profunda), **1** por cuadrante por año calendario
 - Extracciones simples o quirúrgicas, hasta **3** por año calendario
 - Cirugías orales, hasta **2** 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, **1** por año calendario
 - Tratamiento de endodoncia, **1** por año calendario
 - Anestesia
 - Extracciones, ilimitadas para dentaduras. Todas las demás extracciones son limitadas.
- Las evaluaciones orales periódicas e integrales se limitan a un total de **2** por año calendario.

Beneficios de Medicaid proporcionados por el plan:

- **\$0** de copago por las radiografías necesarias para efectuar un diagnóstico.

- **\$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.

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 o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.

- **\$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.

(Continúa en la siguiente página)

CareNeeds Plus (HMO D-SNP) H1019-073

CareNeeds Plus (HMO D-SNP)

Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida

Servicios para la visión (*continuación*)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Servicios complementarios de rutina para la visión: <ul style="list-style-type: none"> – \$0 de copago por exámenes complementarios de la vista de rutina con refracción, hasta 1 por año calendario. – \$400 de asignación por año para los lentes de contacto o anteojos de su elección; O, usted puede elegir 3 pares gratuitos de anteojos selectos (uno de los pares puede ser de anteojos de sol recetados). – Protección ultravioleta, revestimiento resistente a las rayaduras, bifocales estándar sin línea, lentes de transición (fotocromáticos) y ajuste incluidos en los anteojos. – Usted es responsable de pagar por cualquier costo de lentes y anteojos por encima de la cantidad anual asignada o el costo de cualquier mejora cuando se elige un par gratuito. | <ul style="list-style-type: none"> 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. |
|--|---|

Servicios de salud mental

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Visita como paciente internado - hospital general: <ul style="list-style-type: none"> – \$0 de copago – Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener información sobre las estadías máximas y los días de reserva de por vida. Visita como paciente internado - centro psiquiátrico: <ul style="list-style-type: none"> – \$0 de copago – Cubre hasta 190 días de por vida. 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. |
|---|---|

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. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener detalles sobre los 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) H1019-073

CareNeeds Plus (HMO D-SNP)

Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida

Servicios de ambulancia (transporte terrestre)

- **\$0** de copago por cualquier servicios de ambulancia para los afiliados QMB, QMB+, SLMB+ y FBDE.
- Para todos los demás afiliados:
 - **\$100** de copago por viaje por los servicios de emergencia.
 - **\$0** de copago por viaje por los servicios necesarios por razones médicas que no sean de emergencia.
- **\$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.

Transporte de rutina

- **\$0** de copago por viajes de ida **ilimitados** por año calendario
- Transporte a destinos aprobados proporcionado por un proveedor participante.
- **\$1** de copago por viaje de ida a un servicio cubierto por el plan Medicaid de Florida cuando el beneficiario no tiene otro medio de transporte y/o necesita ayuda debido a una condición mental o física.

Medicamentos de la Parte B de Medicare

- **\$0** de copago por medicamentos de la Parte B.
- **\$0** de copago por medicamentos de quimioterapia.
- **\$0** de copago por inyecciones contra la alergia aplicadas en el consultorio de un médico.
- Para aquellas personas que califican, Medicaid proporciona asistencia con el costo compartido de los medicamentos de la Parte B de Medicare.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE D

- **Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas:** Nuestro plan cubre la mayoría de vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentren, aún si usted no ha pagado su deducible.
- **Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina:** Usted pagará como máximo **\$35** por el suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre, aún si usted no ha pagado su deducible. Por favor consulte su Guía de Medicamentos Recetados para encontrar todas las insulinas de la Parte D cubiertas por nuestro plan.
- Este plan utiliza una Guía de Medicamentos (formulario). Verifique en esta guía si sus medicamentos están cubiertos. Pueden aplicarse límites de cantidad y otras restricciones/autorizaciones.
- Red nacional de farmacias.
- Su costo por medicamentos recetados depende de donde se surte la receta, de donde se administra el medicamento, del nivel del medicamento, del suministro que se necesita y de la etapa del beneficio de la Parte D en la que usted se encuentra cuando se surte la receta. Para obtener detalles por favor consulte la Evidencia de Cobertura.
- **Con la 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).**
- 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) H1019-073

Beneficio de \$0 de copago en medicamentos recetados

- Los afiliados que reciben Ayuda/Beneficio adicional para sus costos de medicamentos recetados no pagarán nada por los medicamentos recetados de la Parte D que aparecen en nuestra Guía de Medicamentos, en todos los niveles y en todas las etapas.

Deducible

- \$0** es su deducible anual de la Parte D, si usted recibe Ayuda/Beneficio Adicional con sus medicamentos recetados.
- \$505** es su deducible anual de la Parte D, si usted NO recibe Ayuda/Beneficio Adicional.
 - Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos recetados hasta alcanzar el monto del deducible.
 - Una vez que alcance el monto del deducible, usted pasa a la etapa de cobertura inicial.

Cobertura inicial

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

Nivel	Suministro	Costo compartido 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	\$7	\$7	\$8
	90 días	\$21	\$0	\$24
Nivel 2 Genérico	30 días	\$15	\$15	\$20
	90 días	\$45	\$0	\$60
Nivel 3 Marca Preferida	30 días	\$47	\$47	\$47
	90 días	\$141	\$131	\$141
Nivel 4 Medicamento No Preferido	30 días	\$100	\$100	\$100
	90 días	\$300	\$290	\$300
Nivel 5 Nivel Especializado	30 días	25%	25%	25%
	90 días	No se ofrece	No se ofrece	No se ofrece

- Cuando su costo total anual de medicamentos alcance **\$4,660**, usted pasa a la etapa de la brecha en la cobertura.

Brecha en la cobertura

- Si usted recibe Ayuda/Beneficio Adicional, usted paga **\$0** por todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por nuestro plan mientras se encuentra en esta etapa.
- Si usted NO recibe Ayuda/Beneficio Adicional, usted paga no más del **25%** de los costos del plan por sus medicamentos en esta etapa.

Cobertura catastrófica

- La etapa catastrófica empieza cuando sus costos de desembolso anuales por medicamentos alcancen **\$7,400**. Los costos anuales incluyen todos los pagos cubiertos por la Parte D hechos a su nombre, bajo cualquier plan, durante el año calendario.
- Si usted recibe Ayuda/Beneficio Adicional, usted paga **\$0** por todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por nuestro plan por el resto del año.
- Si usted NO recibe Ayuda/Beneficio Adicional, por el resto del año, usted paga la suma mayor de:
 - 5%** del costo; o
 - \$4.15** de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y **\$10.35** de copago por todos los demás medicamentos

CareNeeds Plus (HMO D-SNP) H1019-073

CareNeeds Plus (HMO D-SNP)	Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida
Medicamentos recetados y vitaminas excluidos de la Parte D • Este plan cubre ciertos medicamentos para la disfunción eréctil y ciertas vitaminas recetadas. • Su costo por un suministro de 30 días de estos medicamentos es \$7. • \$0 de copago por medicamentos cubiertos por el plan tradicional de Medicaid de Florida si usted es QMB+, SLMB+ o FBDE. • 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. • Consulte la Evidencia de Cobertura para más detalles.	• \$0 de copago por medicamentos recetados cubiertos por Medicaid que no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare.
BENEFICIOS MÉDICOS CUBIERTOS ADICIONALES	
Cirugía ambulatoria • \$0 de copago	• \$3 de copago por todos los procedimientos quirúrgicos ambulatorios. • Se aplican algunas restricciones/limitaciones.
Servicios de rehabilitación adicionales • \$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). • \$0 de copago por servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés).	• \$0-\$3 de copago por terapia cardíaca, pulmonar, respiratoria, ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. • Se aplican diferentes limitaciones y exclusiones en base al servicio recibido. • Los servicios como paciente ambulatorio en un hospital se limitan a \$1,500 por beneficiario, por año fiscal del estado de Florida (del 1 de julio al 30 de junio) para los adultos de 21 años de edad o más. Se aplican algunas excepciones.
Cuidado de los pies (servicios de podología) • \$0 de copago por exámenes y tratamiento cubiertos por Medicare. • \$0 de copago por consultas ilimitadas a podólogos participantes para el cuidado complementario de rutina de los pies para el tratamiento de pie plano u otras desalineaciones; eliminación de verrugas, durezas o callosidades; y atención higiénica. No necesita de un referido.	• \$2-\$3 de copago por proveedor, por día, dependiendo del lugar de servicio. • Se limita a 24 visitas por año calendario.
Equipo/Suministro médico • \$0 de copago • Incluye equipo médico duradero (sillas de ruedas eléctricas y <i>scooters</i> eléctricos, bombas de insulina, generadores de oxígeno, etc.), prótesis, plantillas y zapatos terapéuticos, y suministros para el control de la diabetes.	• \$0 de copago por equipo médico duradero y otros suministros médicos aprobados por Medicaid. • Se aplican varias limitaciones y exclusiones.

CareNeeds Plus (HMO D-SNP) H1019-073

CareNeeds Plus (HMO D-SNP)

Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida

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 por hasta 14 comidas entregadas a domicilio después de pasar la noche en el hospital o centro de enfermería especializada. Límite 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 por acceso a gimnasios participantes, clases, videos y más. | <ul style="list-style-type: none"> • Los programas de acondicionamiento físico no están cubiertos bajo el programa tradicional de Medicaid de Florida. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Programa de recompensas de CarePlus: <ul style="list-style-type: none"> – Gane una tarjeta de regalo de \$50 por hacerse pruebas de detección y realizar otras actividades de cuidado de la salud. | <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. • \$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) H1019-073

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 de rutina: <ul style="list-style-type: none"> – \$0 de copago por hasta 12 visitas de rutina dentro de la red cada año, sin necesidad de un referido. | <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. |
|---|--|

Tarjeta CareEssentials Card™

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • \$150 cargados automáticamente en una tarjeta prepagada cada mes para ser usados en la compra de comidas, productos de venta sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés) y suministros para el hogar a través de una red nacional de comerciantes. La tarjeta también puede ser usada para pagar por transporte no necesario por razones médicas, apoyo general para vivir (como ayuda para pagar la renta, internet y servicios), necesidades sociales, apoyo en el envejecimiento y dispositivos de ayuda, control de plagas y cuidado y suministros para mascotas. | <ul style="list-style-type: none"> • Las tarjetas prepagadas 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 atención limitada de enfermería especializada en el hogar, aprobada por Medicare. • 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. |
|---|--|

Cuidado de hospicio

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por cuidado paliativo certificado por Medicare. • El cuidado paliativo está cubierto por Medicare Original. Consulte la Evidencia de Cobertura para 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) H1019-073

CareNeeds Plus (HMO D-SNP)

Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida

Diálisis renal

- \$0 de copago
- \$0 de copago

Pelucas (relacionadas con el tratamiento de quimioterapia)

- Reembolso para la compra de pelucas, si califica. Consulte la Evidencia de Cobertura para más detalles.
- El programa tradicional de Medicaid de Florida no cubre pelucas relacionadas con el tratamiento de quimioterapia.

Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas - Asistencia para cuidado flexible

- Hasta \$1,000 por año del plan disponibles para afiliados con enfermedades crónicas que participen en la coordinación de atención médica a fin de abordar necesidades que pueden o no ser principalmente relacionadas con la salud. Se requiere autorización del coordinador de atención médica.
- 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

- \$0 de copago por los servicios de atención médica de apoyo según los proporciona el plan tradicional de Medicaid de Florida.
- \$0 de copago
- Cuidado para los beneficiarios elegibles que viven una Residencia de vivienda asistida (ALF, por sus siglas en inglés) o un establecimiento similar, y requieren de servicios integrados las 24 horas del día.
- Los servicios incluyen:
 - Ayuda con las actividades de la vida cotidiana (comer, bañarse, caminar, etc.)
 - Ayuda con otras actividades de la vida cotidiana (ir de compras, hacer llamadas telefónicas, etc.)
 - Apoyo con los medicamentos autoadministrados
 - Apoyo de salud

Terapia médica de masajes

- \$0 de copago por servicios de terapia médica de masajes para pacientes con SIDA según lo proporciona el plan tradicional de Medicaid de Florida.
- \$0 de copago
- Servicios de terapia médica de masajes para adultos diagnosticados con SIDA, y quienes han tenido un historial de infección oportunista relacionada con el SIDA.
- Tratamiento para neuropatía periférica o dolor neuromuscular severo y linfedema.
- Hasta 8 sesiones de 15 minutos por mes o según sea necesario por razones médicas.

CareNeeds Plus (HMO D-SNP) H1019-073

CareNeeds Plus (HMO D-SNP)

Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida

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 oportunista relacionada con el SIDA. • Asignación limitada a \$250 por mes. |
|---|---|

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 |

CareNeeds Plus (HMO D-SNP) H1019-073

CareNeeds Plus (HMO D-SNP)	Beneficios del Programa Tradicional de Medicaid de Florida
• Servicios de centros de enfermería, distintos a los realizados en una institución para trastornos mentales – No está cubierto por CareNeeds Plus.	• \$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 2022. 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. Consulte a su médico antes de empezar una nueva dieta o un nuevo régimen de ejercicios. 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.

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, origen étnico, estado civil, religión o idioma. La discriminación es contra la ley. CarePlus cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que CarePlus le ha discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal, a:
CarePlus Health Plans, Inc. Atención: Grievances and Appeals department.
PO Box 277810, Miramar, FL 33027.
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame a Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. 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 el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través de su Portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o 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 como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video 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.

Encarte multilingüe

Servicios de intérprete en múltiples idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-794-5907 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-794-5907 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-794-5907 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-794-5907 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고있습니다 . 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오 . 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다 . 이 서비스는 무료로 운영됩니다 .

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-794-5907 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (برقياً: 711) 1-800-794-5907. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه هي خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-794-5907 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-794-5907 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-794-5907 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-794-5907 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

CP REV 7.14.22

CarePlus
HEALTH PLANS

CarePlusHealthPlans.com