CareSalute (HMO)
H1019-119

2023

RESUMEN DE BENEFICIOS

SUR DE LA FLORIDA:

Broward
Palm Beach

CarePlus HEALTH PLANS

H1019_MKSB1192023S_M

Un Vistazo a los Beneficios

CareSalute (HMO) H1019-119

Prima mensual del plan	**$0**
Reducción de la prima de la Parte B de Medicare	**Hasta $144 de regreso cada mes**
Visita al consultorio del médico de atención primaria	**$0 de copago**
Visita al consultorio del especialista	**$40 de copago**
Asignación para productos de venta sin receta médica	**$15 por mes**
Cobertura de rutina dental, de la visión y de la audición	**$0 de copago**
Atención hospitalaria como paciente internado	**$225 de copago por día durante los días 1-8**
Atención de emergencia	**$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: _____

Excelentes noticias

Los beneficios de medicamentos e insulina de la Parte B en los planes Medicare Advantage de CarePlus mejorarán aún más en 2023.

En CarePlus, nos esforzamos por ayudar a nuestros afiliados a lograr una salud integral para que puedan vivir de la mejor manera posible, lo que incluye esfuerzos para brindar a nuestros afiliados acceso a medicamentos recetados que estén más a su alcance.

Con la aprobación de la Ley de Reducción de la Inflación, todos los planes Medicare Advantage tendrán beneficios mejorados en 2023:

A partir del 1 de abril de 2023, algunos medicamentos de la Parte B por los que se puede recibir un reintegro pueden estar sujetos a un coseguro más bajo.

Esto significa que, a partir del 1 de abril de 2023, algunos medicamentos de la Parte B tendrán un coseguro más bajo que el coseguro estándar de los medicamentos de la Parte B para ayudar a evitar un aumento en el costo de sus medicamentos de la Parte B. La farmacia realizará los ajustes del coseguro en el momento de la compra.

A partir del 1 de julio de 2023, los costos compartidos para la insulina de la Parte B suministrada a través de un artículo cubierto de equipo médico duradero no serán superiores a $35 para un suministro de un mes (hasta 30 días).

La insulina de la Parte B se utiliza más comúnmente a través de una bomba de insulina.

Nota: Es posible que la información del plan que se le haya entregado previamente en los materiales para los afiliados no refleje estas mejoras de beneficios para 2023 derivadas de la aprobación de la Ley de Reducción de la Inflación.

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.

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 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).

Resumen de Beneficios del 2023

Este folleto le brinda un resumen de lo que **CareSalute (HMO)** cubre y de lo que usted paga. No detalla cada uno de los beneficios del plan ni cada limitación o exclusión. 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 CareSalute (HMO)?

Para inscribirse en **CareSalute (HMO)**, 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: Broward y Palm Beach.

¿Qué médicos y hospitales puede utilizar?

CareSalute (HMO) cuenta con una red de médicos, hospitales y otros proveedores. Usted debe utilizar la red de proveedores de CarePlus para todos los servicios cubiertos por el plan con la excepción de servicios de urgencia o emergencia. Si usted utiliza servicios de 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.**

Para ver nuestro directorio de proveedores visite nuestro sitio web: **CarePlusHealthPlans.com/directories**, o llámenos y le enviaremos una copia.

¿Qué cubre este plan?

CareSalute (HMO) cubre todo lo que cubre Medicare Original - y *más*.

Además de cubrir servicios médicos, cubrimos medicamentos de la Parte B como los de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su médico. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.

Este plan no incluye cobertura para medicamentos recetados de la Parte D. Si usted no tiene cobertura para medicamentos recetados a través, por ejemplo, del Departamento de Asuntos de los Veteranos, es posible que quiera considerar un plan Medicare Advantage que la incluya.

¿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.** 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?

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: de 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.

CareSalute (HMO) H1019-119

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, esta prima puede ser cubierta por este programa.

Reducción de la prima de la Parte B

- Este plan reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare en hasta **$144**. Su cheque del seguro social tendrá un aumento por esta cantidad.

Deducible

- **$0** - Este plan no tiene deducible para servicios médicos.

Límite máximo de desembolso (gastos de su bolsillo)

- **$3,400** por año.
- Esta cantidad es lo máximo que usted pagará durante el año del plan por servicios médicos aprobados bajo nuestro plan. Una vez que esta cantidad haya sido pagada por usted (u otros en su nombre), nosotros pagamos el 100% de sus servicios cubiertos por el resto del año. Excluye cualquier costo por servicios en el extranjero o beneficios complementarios.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Atención hospitalaria como paciente internado

- **$225** de copago por día durante los días **1** al **8**, **$0** de copago por día durante los días **9** al **90**.
- **$0** de copago por día a partir del día **91** en adelante.
- Nuestro plan cubre un número **ilimitado** de días por estadía en el hospital como paciente internado.
- Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener información sobre períodos de beneficios.

Atención hospitalaria como paciente ambulatorio

- **$20** de copago por servicios de rehabilitación pulmonar.
- **$30** de copago por servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés).
- **$40** de copago por:
  – Terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla.
  – Servicios de rehabilitación cardíaca.
- **$100** de copago por consultas de terapia individual y grupal de salud mental.
- **$200** de copago por:
  – Procedimientos y pruebas de diagnóstico. Vea la sección "Servicios de diagnóstico" para más detalles.
  – Servicios de cirugía.
- **20%** de coaseguro por:
  – Medicamentos de quimioterapia.
  – Diálisis renal.

Centro de cirugía ambulatoria

- **$0** de copago por servicios médicos y profesionales.
- **$0** de copago por servicios de colonoscopia de diagnóstico.
- **$125** de copago por servicios de cirugía.
- **$0** de copago por detección del cáncer colorrectal.

CareSalute (HMO) H1019-119

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.
- **$40** de copago por visitas a médicos especialistas**.**

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.

Atención de emergencia

- **$120** de copago por el centro médico.
- **$0** de copago por servicios médicos y profesionales.
- La cobertura de emergencia es la misma a nivel mundial.
- Usted no paga el copago por atención de emergencia si se le admite en el mismo hospital por la misma afección dentro de las 24 horas.

Servicios de urgencia

- **$0** de copago en el consultorio de su médico de atención primaria.
- **$40** de copago en el consultorio de un especialista.
- **$40** de copago en un centro de atención urgente.
- La cobertura por servicios de urgencia es la misma a nivel mundial.

CareSalute (HMO) H1019-119

Servicios de diagnóstico

- **Procedimientos y pruebas de diagnóstico:**
  - **$0** de copago en el consultorio de su médico de atención primaria
  - **$40** de copago en el consultorio de un especialista
  - **$40** de copago en un centro de atención urgente
  - **$200** de copago en un centro hospitalario como paciente ambulatorio
- **Radiología básica (rayos X):**
  - **$0** de copago en el consultorio de su médico de atención primaria
  - **$40** de copago en el consultorio de un especialista
  - **$40** de copago en un centro de atención urgente
  - **$25** de copago en un centro de radiología independiente
  - **$110** de copago en un centro hospitalario como paciente ambulatorio
- **Radiología de diagnóstico** (como MRI, MRA y tomografías)**:**
  - **$75** de copago en el consultorio de su médico de atención primaria
  - **$75** de copago en el consultorio de un especialista
  - **$75** de copago en un centro de radiología independiente
  - **$200** de copago en un centro hospitalario como paciente ambulatorio
- **Radioterapia:**
  - **$40** de copago en el consultorio de un especialista
  - **$25** de copago en un centro de radiología independiente
  - **20%** de coaseguro en un centro hospitalario como paciente ambulatorio
- **Análisis de laboratorio:**
  - **$0** de copago
- **Mamografía de diagnóstico:**
  - **$0** de copago
- **Colonoscopia de diagnóstico:**
  - **$0** de copago
- **Medicina nuclear:**
  - **$75** de copago en un centro de radiología independiente
  - **$200** de copago en un centro hospitalario como paciente ambulatorio

Servicios de audición

- **$40** de copago por un examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio.
- Servicios complementarios de audición de rutina:
  - **$0** de copago por el examen de audición de rutina, **1** por año calendario.
  - **$0** de copago por evaluación y adaptación de audífonos, **1** por año calendario.
  - **$500** de asignación por oído para audífonos por año calendario.
  - Incluye el suministro de batería para **1** mes y **2** años de garantía.

CareSalute (HMO) H1019-119

Servicios dentales

- **$40** de copago por servicios 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
  – Recubrimiento de dentadura postiza, **1** por año calendario
  – Dentaduras postizas completas o parciales (superiores y/o inferiores), **1** juego cada **5** años 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.

Servicios para la visión

- **$40** 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.
- Servicios de rutina complementarios para la visión:
  – **$0** de copago por exámenes de la vista de rutina con refracción, **1** por año calendario.
  – **$100** de asignación por año para los lentes de contacto o anteojos de su elección.
  – Protección ultravioleta, revestimiento resistente a las rayaduras 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.

Servicios de salud mental

- **Visita como paciente internado - hospital general:**
  – **$225** de copago por día durante los días **1** al **8**, **$0** de copago por día durante los días **9** al **90**.
  – 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:**
  – **$225** de copago por día durante los días **1** al **8**, **$0** de copago por día durante los días **9** al **90**.
  – Cubre hasta 190 días de por vida.
- **Visita como paciente ambulatorio:**
  – **$30** de copago por consultas de terapia individual y grupal en el consultorio de un especialista.
  – **$100** de copago por consultas de terapia individual y grupal en un centro hospitalario.
  – **$30** de copago por hospitalización parcial.
  – Incluye tratamiento por enfermedad mental y abuso de sustancias.

CareSalute (HMO) H1019-119

Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)

- **$0** de copago por día durante los días **1** al **20**.
- **$60** de copago por día durante los días **21** al **100.**
- No se requiere estadía hospitalaria previa.
- Cubre hasta **100** días por período de beneficio.
- Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener detalles sobre los períodos de beneficios.

Terapia física

- **$40** de copago por visita.

Servicios de ambulancia (transporte terrestre)

- **$240** de copago por viaje por emergencias.
- **$0** de copago por viaje por razones médicas que no sean de emergencia.

Transporte de rutina

- **$0** de copago por viajes de ida **ilimitados** por año calendario.
- Transporte a destinos aprobados proporcionado por un proveedor participante.

Medicamentos de la Parte B de Medicare

- **20%** de coaseguro cuando son adquiridos en una farmacia, proporcionados en el consultorio de un médico, o proporcionados en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.
- **$0** de copago por inyecciones contra la alergia aplicadas en el consultorio de un médico.
- **20%** de coaseguro por medicamentos de quimioterapia.

BENEFICIOS MÉDICOS CUBIERTOS ADICIONALES

Cirugía ambulatoria

- **$0** de copago en el consultorio de su médico de atención primaria.
- **$40** de copago en el consultorio de un especialista.
- **$125** de copago en un centro de cirugía ambulatoria.
- **$200** de copago en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.

Servicios de rehabilitación adicionales

- **Terapia ocupacional (actividades de la vida diaria), terapia del habla y del lenguaje:**
  – **$40** de copago
- **Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón):**
  – **$40** de copago
- **Servicios de rehabilitación pulmonar (pulmones):**
  – **$20** de copago
- **Servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés):**
  – **$30** de copago

Cuidado de los pies (servicios de podología)

- **$40** de copago por exámenes y tratamiento cubiertos por Medicare.
- **$40** 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.

CareSalute (HMO) H1019-119

Equipo/Suministro médico

- **Equipo médico duradero:**
  – **20%** de coaseguro por equipo médico duradero eléctrico o personalizado (incluye sillas de ruedas eléctricas, *scooters*, bombas de insulina).
  – **$0** de copago por todos los demás tipos de equipo médico duradero.
- **Prótesis (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.) y otros suministros médicos:**
  – **20%** de coaseguro por prótesis.
  – **$0** de copago por otros suministros médicos.
- **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)

- **$0** de copago por visita virtual al médico de atención primaria.
- **$40** 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

- **Programa de entrega de comidas frescas:**
  – **$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.
- **Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®:**
  – **$0** de copago por acceso a gimnasios participantes, clases, videos y más.
- **Productos de venta sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés):**
  – **$15** de asignación mensual para la compra de productos seleccionados de venta sin receta médica, como vitaminas y analgésicos.
  – Visite el sitio web de nuestro plan para ver nuestra lista de productos cubiertos de venta sin receta médica.
- **Programa de recompensas de CarePlus:**
  – Gane una tarjeta de regalo de **$50** por hacerse pruebas de detección y realizar otras actividades de cuidado de la salud.

Acupuntura

- **$40** de copago por hasta **20** tratamientos cubiertos por Medicare para el dolor crónico de espalda baja cuando son solicitados por un médico.

Atención quiropráctica

- **$20** 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:
  – **$20** de copago por hasta **12** visitas de rutina dentro de la red cada año, sin necesidad de un referido.

CareSalute (HMO) H1019-119

Atención médica en el hogar

- **$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.

Cuidado de hospicio

- **$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.

Diálisis renal

- **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, 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.

CarePlus
HEALTH PLANS

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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-794-5907 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí 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 도와 드릴 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ございます。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

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