

CareBreeze Platinum (HMO-POS C-SNP)
H1019-142

2023



RESUMEN DE BENEFICIOS

ÁREA DE TAMPA:

Hernando

CarePlus
HEALTH PLANS

Un Vistazo a los Beneficios

CareBreeze Platinum (HMO-POS C-SNP) H1019-142



Prima mensual del plan

\$0



Reducción de la prima
de la Parte B de Medicare

Hasta **\$164.90**
de regreso cada mes



Visita al consultorio del médico
de atención primaria

\$0 de copago



Visita al consultorio
del especialista

\$10 de copago (dentro de la red)
\$20 de copago (fuera de la red)



Asignación para productos
de venta sin receta médica

\$50 por mes



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

\$0 de copago



Atención hospitalaria
como paciente internado

\$50 de copago por día
durante los días 1-5 (dentro de la red)

\$75 de copago por día
durante los días 1-5 (fuera de la red)

Atención de emergencia

\$75 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: _____

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.
- ☐ 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

- ☐ 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.
- ☐ Nuestro plan le permite consultar proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, a pesar de que pagaremos ciertos servicios cubiertos prestados, 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.
- ☐ Este es un plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (C-SNP, por sus siglas en inglés). Su capacidad para afiliarse dependerá de que se verifique que usted tiene una afección crónica específica severa o discapacitante que califique.

Resumen de Beneficios del 2023



Este folleto le brinda un resumen de lo que **CareBreeze Platinum (HMO-POS C-SNP)** 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 CareBreeze Platinum (HMO-POS C-SNP)?

Para inscribirse en **CareBreeze Platinum (HMO-POS C-SNP)**, usted debe tener derecho a recibir la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, ser diagnosticado con trastornos pulmonares crónicos, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado en Florida: Hernando.



¿Qué médicos, hospitales y farmacias puede utilizar?

CareBreeze Platinum (HMO-POS C-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores; sin embargo, **este plan cubre ciertos servicios recibidos de proveedores fuera de la red en el condado de Hernando**. Los beneficios cubiertos fuera de la red dentro de este condado están indicados en el cuadro de beneficios en este folleto. **Puede requerirse una autorización previa o un referido 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. Existen farmacias de pedido por correo de nuestra red que ofrecen costo compartido preferido. Es posible que usted pague menos si utiliza estas farmacias.

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



¿Qué cubre este plan?

CareBreeze Platinum (HMO-POS C-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.



Cómo determinar sus costos de medicamentos

Los medicamentos están catalogados en uno de cinco niveles. Use nuestra Guía de Medicamentos para ubicar el nivel de su medicamento. El monto que usted paga depende del nivel del medicamento y de la etapa de la cobertura del medicamento.

¿Tiene Medicare y Medicaid? Si usted está inscrito en ambos Medicare y Medicaid, **es posible que no tenga que pagar los costos médicos que se muestran en este folleto, y sus costos de medicamentos recetados serán más bajos.** Por favor comuníquese con nosotros para obtener más información.



¿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.

CareBreeze Platinum (HMO-POS C-SNP) H1019-142

Cobertura fuera de la red disponible solamente en el condado de Hernando

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 **\$164.90**. 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 combinados dentro y fuera de la red)

- **\$2,500** 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 de medicamentos recetados, servicios en el extranjero o beneficios complementarios.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Atención hospitalaria como paciente internado

	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
• Días 1 al 5 .	\$50 de copago por día	\$75 de copago por día
• Días 6 al 90 .	\$0 de copago	\$0 de copago
• Días 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. • Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener información sobre períodos de beneficios.		

Atención hospitalaria como paciente ambulatorio

	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
• Consultas de terapia individual y grupal de salud mental. • Terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla. • Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar. • Servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés).	\$10 de copago	\$20 de copago
• Procedimientos y pruebas de diagnóstico. Vea la sección "Servicios de diagnóstico" para más detalles. • Servicios de cirugía.	\$40 de copago	\$55 de copago
• Medicamentos de quimioterapia. • Diálisis renal.	20% de coaseguro	20% de coaseguro

Centro de cirugía ambulatoria

	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
• Servicios médicos y profesionales. • Servicios de colonoscopia de diagnóstico. • Detección del cáncer colorrectal.	\$0 de copago	\$0 de copago
• Servicios de cirugía.	\$25 de copago	\$40 de copago

CareBreeze Platinum (HMO-POS C-SNP) H1019-142

Cobertura fuera de la red disponible solamente en el condado de Hernando

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.	\$0 de copago	No está cubierto
• Visitas a médicos especialistas	\$10 de copago	\$20 de copago

Atención preventiva (dentro de la red* y fuera de la red)

- **\$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.
- *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)

- **\$75** 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 (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.
- **\$10** de copago en el consultorio de un especialista.
- **\$10** de copago en un centro de atención urgente.
- La cobertura por servicios de urgencia es la misma a nivel mundial.

CareBreeze Platinum (HMO-POS C-SNP) H1019-142
Cobertura fuera de la red disponible solamente en el condado de Hernando

Servicios de diagnóstico

	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
• Procedimientos y pruebas de diagnóstico: – En el consultorio de su médico de atención primaria dentro de la red – En el consultorio de un especialista – En un centro de atención urgente – En un centro hospitalario como paciente ambulatorio	\$0 de copago \$10 de copago \$10 de copago \$40 de copago	No está cubierto \$20 de copago \$20 de copago \$55 de copago
• Radiología básica (rayos X): – En el consultorio de su médico de atención primaria dentro de la red – 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 \$10 de copago \$10 de copago \$25 de copago \$25 de copago	No está cubierto \$20 de copago \$20 de copago \$40 de copago \$40 de copago
• Radiología de diagnóstico (como MRI, MRA y tomografías): – En el consultorio de su médico de atención primaria dentro de la red – En el consultorio de un especialista – En un centro de radiología independiente – En un centro hospitalario como paciente ambulatorio	\$25 de copago \$25 de copago \$25 de copago \$40 de copago	No está cubierto \$40 de copago \$40 de copago \$55 de copago
• Radioterapia: – En el consultorio de un especialista – En un centro de radiología independiente – En un centro hospitalario como paciente ambulatorio	\$10 de copago \$25 de copago 20% de coaseguro	\$20 de copago \$40 de copago 20% de coaseguro
• Análisis de laboratorio	\$0 de copago	\$0 de copago
• 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
• Colonoscopia de diagnóstico: – En el consultorio de un especialista – En un centro de cirugía ambulatoria – En un centro hospitalario como paciente ambulatorio	\$0 de copago	\$0 de copago
• Medicina nuclear: – En un centro de radiología independiente – En un centro hospitalario como paciente ambulatorio	\$25 de copago \$40 de copago	\$40 de copago \$55 de copago

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.	\$10 de copago	\$20 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. – \$600 de asignación por oído para audífonos por año calendario. – Incluye el suministro de batería para 1 mes y 2 años de garantía.	\$0 de copago	No está cubierto

CareBreeze Platinum (HMO-POS C-SNP) H1019-142
Cobertura fuera de la red disponible solamente en el condado de Hernando

Servicios dentales

	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
Servicios cubiertos por Medicare. Excluye los servicios de prevención, restauración, extracción y reemplazo.	\$10 de copago	\$20 de copago
- 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 - Limpiezas profilaxis, hasta 2 por año calendario - Radiografías con aleta de mordida, 1 juego por año calendario - Película de radiografía panorámica, 1 cada 3 años calendario - Empastes de amalgama y/o compuestos, hasta 2 por año calendario - Extracciones simples o quirúrgicas, hasta 2 por año calendario - Dentaduras postizas completas o parciales (superiores y/o inferiores), 1 juego cada 5 años calendario - Anestesia - Las evaluaciones orales periódicas e integrales se limitan a un total de 2 por año calendario.	\$0 de copago	No está cubierto

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.	\$10 de copago	\$20 de copago
Examen de la vista por diabetes.	\$0 de copago	\$0 de copago
1 par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.	\$0 de copago	\$0 de copago
- Servicios de rutina complementarios para la visión: \$0 de copago por exámenes de la vista de rutina con refracción, 1 por año calendario. \$300 de asignación por año para los lentes de contacto o anteojos de su elección; O, usted puede elegir 2 pares gratuitos de anteojos selectos (uno de los pares puede ser de anteojos de sol recetados). - 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 o el costo de cualquier mejora cuando se elige un par gratuito.	\$0 de copago	No está cubierto

CareBreeze Platinum (HMO-POS C-SNP) H1019-142
Cobertura fuera de la red disponible solamente en el condado de Hernando

Servicios de salud mental

	Dentro de la red	Fuera de la red
• Visita como paciente internado - hospital general: – Días 1 al 5. – Días 6 al 90. – Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener información sobre las estadías máximas y los días de reserva de por vida.	\$50 de copago por día \$0 de copago por día	\$75 de copago por día \$0 de copago por día
• Visita como paciente internado - centro psiquiátrico: – Días 1 al 5. – Días 6 al 90. – Cubre hasta 190 días de por vida.	\$50 de copago por día \$0 de copago por día	\$75 de copago por día \$0 de copago por día
• Visita como paciente ambulatorio: – Consultas de terapia individual y grupal. – Hospitalización parcial. – Incluye tratamiento por enfermedad mental y abuso de sustancias.	\$10 de copago	\$20 de copago

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.
- Cubre hasta **100** días por período de beneficio.
- Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener detalles sobre los períodos de beneficios.

Terapia física

Dentro de la red:

- **\$10** de copago por visita.

Fuera de la red:

- **\$20** de copago por visita.

Servicios de ambulancia (transporte terrestre) (dentro de la red y fuera de la red)

- **\$120** de copago por viaje por emergencias.
- **\$0** de copago por viaje por razones médicas que no sean de emergencia.

Transporte de rutina (solamente dentro de la red)

- **\$0** de copago por hasta **50** viajes de ida por año calendario.
- Transporte a destinos aprobados proporcionado por un proveedor participante.

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

- **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.

CareBreeze Platinum (HMO-POS C-SNP) H1019-142

Cobertura fuera de la red disponible solamente en el condado de Hernando

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

- **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.
- **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. Esto aplica a todas las insulinas cubiertas por la Parte D, incluyendo las insulinas selectas cubiertas bajo el Programa de Ahorros en la Insulina como se describe a continuación. Si usted recibe Ayuda/Beneficio Adicional, seguirá pagando como máximo **\$35** por el suministro de un mes de cada insulina cubierta por la Parte D. 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.
- **Si recibe Ayuda/Beneficio Adicional, usted paga la cantidad que sea menor: su costo compartido bajo el plan o el costo compartido del Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés). Además, la información del Programa de Ahorros en la Insulina (abajo) no corresponde en su caso.**

Deducible

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

Programa de ahorros en la insulina

- Su plan participa en el Programa de Ahorros en la Insulina. Usted pagará como máximo **\$35** por el suministro de un mes (hasta 30 días) de insulinas selectas, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentren. Para identificar las insulinas selectas incluidas en el Programa de Ahorros en la Insulina, busque el indicador ISP en su Guía de Medicamentos Recetados. Usted no califica para este programa si recibe Ayuda/Beneficio Adicional.
- Su plan también proporciona cobertura mejorada de insulina, esto significa que usted pagará como máximo **\$35** por el suministro de un mes (hasta 30 días) de todas las insulinas de la Parte D cubiertas por nuestro plan, incluyendo las insulinas selectas, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentren. La cobertura mejorada de insulina está disponible aún si usted recibe Ayuda/Beneficio Adicional.
- Su costo por ciertos medicamentos de insulina:

Nivel	Suministro	Costo compartido de venta al por menor	Costo compartido preferido de pedido por correo	Costo compartido estándar de pedido por correo
Nivel 2 Genérico	30 días	\$5	\$5	\$20
	90 días	\$15	\$0	\$60
Nivel 3 Marca Preferida	30 días	\$35	\$35	\$35
	90 días	\$105	\$95	\$105

CareBreeze Platinum (HMO-POS C-SNP) H1019-142

Cobertura fuera de la red disponible solamente en el condado de Hernando

Cobertura inicial

- Su costo por todos los demás medicamentos cubiertos hasta alcanzar la brecha en la cobertura.

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	\$0	\$0	\$10
	90 días	\$0	\$0	\$30
Nivel 2 Genérico	30 días	\$5	\$5	\$20
	90 días	\$15	\$0	\$60
Nivel 3 Marca Preferida	30 días	\$45	\$45	\$47
	90 días	\$135	\$125	\$141
Nivel 4 Medicamento No Preferido	30 días	\$85	\$85	\$100
	90 días	\$255	\$245	\$300
Nivel 5 Nivel Especializado	30 días	33%	33%	33%
	90 días	No se ofrece	No se ofrece	No se ofrece

Brecha en la cobertura

- Después de que los costos totales anuales de medicamentos (lo que usted y el plan pagan) alcancen los **\$4,660**, usted ingresa a la brecha en la cobertura.
- Cobertura durante la brecha para los Niveles 1 y 2: Su costo por estos medicamentos es el mismo antes y durante la brecha en la cobertura.
- Usted paga el 25% del costo del plan por todos los demás medicamentos cubiertos durante la brecha en la cobertura.

Cobertura catastrófica

- Después de que sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos alcancen los **\$7,400**, usted paga la suma mayor de:
 - 5% del costo, o
 - **\$4.15** de copago por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y **\$10.35** de copago por todos los demás medicamentos.
- Para obtener detalles consulte la Evidencia de Cobertura.

Medicamentos recetados y vitaminas excluidos de la Parte D

- Copago del Nivel 1 por ciertos medicamentos para la disfunción eréctil y ciertas vitaminas recetadas.
- Su costo es el mismo durante todas las etapas y no se aplica hacia su costo total anual de medicamentos. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener detalles.

BENEFICIOS MÉDICOS CUBIERTOS ADICIONALES

Cirugía ambulatoria

	Dentro de la red	Fuera de la red
• En el consultorio de su médico de atención primaria	\$0 de copago	No está cubierto
• En el consultorio de un especialista.	\$10 de copago	\$20 de copago
• en un centro de cirugía ambulatoria.	\$25 de copago	\$40 de copago
• En un centro hospitalario como paciente ambulatorio.	\$40 de copago	\$55 de copago

CareBreeze Platinum (HMO-POS C-SNP) H1019-142
Cobertura fuera de la red disponible solamente en el condado de Hernando

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). • Servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés).	\$10 de copago	\$20 de copago

Cuidado de los pies (servicios de podología)

	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
• Exámenes y tratamiento cubiertos por Medicare.	\$10 de copago	\$20 de copago
• 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.	\$10 de copago	No está cubierto

Equipo/Suministro médico

- **Equipo médico duradero (dentro de la red y fuera de la red):**
 - **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:**

Dentro de la red:

 - **\$0** de copago por prótesis.
 - **20%** de coaseguro por otros suministros médicos.

Fuera de la red:

 - **20%** de coaseguro por prótesis.
 - **20%** de coaseguro por otros suministros médicos.
- **Suministros para la diabetes:**

Dentro de la red:

 - **\$0** de copago por plantillas y zapatos terapéuticos.
 - **\$0** de copago por suministros para el control de la diabetes.

Fuera de la red:

 - **\$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.
- **\$10** 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.

CareBreeze Platinum (HMO-POS C-SNP) H1019-142

Cobertura fuera de la red disponible solamente en el condado de Hernando

Programas de bienestar (solamente dentro de la red)

- **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):**
 - \$50 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

	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
• Hasta 20 tratamientos cubiertos por Medicare para el dolor crónico de espalda baja cuando son solicitados por un médico.	\$10 de copago	\$20 de copago
• Hasta 25 visitas de rutina por 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).	\$10 de copago	\$20 de copago
• Servicios quiroprácticos de rutina: – Hasta 12 visitas de rutina dentro de la red cada año, sin necesidad de un referido.	\$10 de copago	No está cubierto

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

- \$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 (dentro de la red y fuera de la red)

- \$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 (dentro de la red y fuera de la red)

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

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

- Hasta **\$500** 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.

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



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.