

Resumen de beneficios

CareNeeds Platinum (HMO D-SNP)

Este es un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad altamente integrado (HIDE, por sus siglas en inglés).

Sur de Florida

Condados de Broward, Miami-Dade y Palm Beach

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Florida: Broward, Miami-Dade, Palm Beach.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que usted comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un representante de servicio al cliente al **1-800-794-4105 (TTY: 711)**.

Entender los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) provee una lista completa de todos los servicios y la cobertura. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de que se afilie. Visite **CarePlusHealthPlans.com/Plans** o llame al **1-800-794-4105 (TTY: 711)** para ver una copia de la Evidencia de cobertura.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que actualmente visita se encuentren en la red. Si no están en la lista, probablemente tenga que seleccionar un médico nuevo.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, probablemente tenga que seleccionar una farmacia nueva para sus medicamentos recetados.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Entender las reglas importantes

- Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses. Las primas de la Parte A/ Parte B podrían ser pagadas por Florida Medicaid.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de cuidado de la salud actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para obtener más información, póngase en contacto con Tricare. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no podrá utilizar.
- Los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el directorio de proveedores) no están cubiertos, excepto en situaciones de emergencia o urgencia.
- Este plan es un plan que cubre a personas con necesidades especiales y que tienen doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid. Este plan puede inscribir a FBDE, QDWI, QI, QMB, QMB+, SLMB, SLMB+.



Hablemos sobre CareNeeds Platinum (HMO D-SNP)

Obtenga más información sobre el plan CareNeeds Platinum (HMO D-SNP), incluidos los servicios de salud y de medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

CareNeeds Platinum (HMO D-SNP) es un plan de Cuidado coordinado HMO con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Florida Medicaid. La inscripción en este plan de CarePlus depende de la renovación del contrato.

La información que proveemos sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No abarca todos los servicios que cubrimos ni tampoco la totalidad de limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura del plan en nuestro sitio web, [CarePlusHealthPlans.com/Plans](https://www.CarePlusHealthPlans.com/Plans).

Como afiliado debe seleccionar a un médico dentro de la red dentro del área de servicio que aparezca en este documento para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). CareNeeds Platinum (HMO D-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

Usted tiene acceso a coordinadores de cuidado de la salud. Los coordinadores de cuidado de la salud son profesionales de enfermería o administradores de cuidado de la salud que respaldan su salud y su bienestar al proveer servicios adicionales tales como: coordinación del cuidado para afecciones crónicas y agudas, apoyo para la salud por vía telefónica y en persona, asistencia en la coordinación de beneficios de Medicare y Medicaid, recursos y talleres educativos, y apoyo a familiares y cuidadores.

Para ser elegible

Si usted recibe tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid, esto significa que usted tiene doble elegibilidad. Para inscribirse en CareNeeds Platinum (HMO D-SNP), un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y además recibir determinados niveles de asistencia de Florida Medicaid.

CareNeeds Platinum (HMO D-SNP) puede inscribir a FBDE, QDWI, QI, QMB, QMB+, SLMB, SLMB+.

Beneficios completos para personas con doble elegibilidad (FBDE, por sus siglas en inglés): Pueden ayudar a pagar las primas de la Parte A y/o la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos) y proporciona beneficios completos de Medicaid para los servicios de Medicaid provistos por proveedores de Medicaid.

Trabajador discapacitado elegible (QDWI, por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Persona elegible (QI, por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de la Parte B.

Beneficiario de Medicare elegible (QMB, por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos).

Beneficiario de Medicare elegible Plus (QMB+, por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos) y proporciona beneficios completos de Medicaid para los servicios de Medicaid proporcionados por proveedores de Medicaid.

Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare (SLMB, por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de la Parte B.

Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare Plus (SLMB+, por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid para los servicios de Medicaid proporcionados por proveedores de Medicaid.

Nombre del plan:

CareNeeds Platinum (HMO D-SNP)

Más información sobre CareNeeds Platinum (HMO D-SNP)

Dependiendo de su nivel de elegibilidad para recibir asistencia bajo su programa estatal de Medicaid, usted puede estar sujeto o no a los requisitos de costos compartidos. La tabla comparativa de beneficios de Medicaid muestra los beneficios específicos que Medicaid puede cubrir para algunos afiliados con doble elegibilidad. Trabajaré con su administrador de cuidado de la salud de CarePlus para comprender y acceder a estos beneficios. La tabla de beneficios médicos y hospitalarios cubiertos muestra los beneficios que usted recibirá de CarePlus.

Asegúrese de mostrar la tarjeta de identificación de Florida Medicaid además de su tarjeta de afiliado de CarePlus para que su proveedor tenga conocimiento de que usted también tiene cobertura de Medicaid.

Cómo contactarnos:

Si tiene preguntas sobre sus beneficios o sobre su nivel de elegibilidad para recibir asistencia de Medicaid, debe contactar al Departamento de Servicios para afiliados de CarePlus o a Florida Medicaid para obtener más detalles.

Si usted es afiliado de este plan, llame sin costo al: **1-800-794-5907 (TTY: 711).**

Si **no** es afiliado de este plan, llame sin costo al: **1-800-794-4105 (TTY: 711).**

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

Llame los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre:

Llame de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

También puede visitar nuestro sitio web: **CarePlusHealthPlans.com/ContactUs**.

Los beneficios de Medicaid se validaron por última vez el 1 de julio de 2024 y están sujetos a cambio. Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de Florida visite el sitio web de Florida Medicaid, en **<https://ahca.myflorida.com>** o llame a la línea directa de Medicaid al 1-888-419-3456 (llamada gratuita) 1-800-955-8771 (TTY).



Una asociación saludable

¡Obtenga más provecho de este plan — con los servicios y recursos adicionales que le provee CarePlus!



Prima mensual, deducible y límites

Prima mensual del plan	\$0 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Su prima de la Parte A y/o su prima de la Parte B pueden ser pagadas en su nombre por el Programa Florida Medicaid.
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.
Deducible de farmacia (Parte D)	Deducible de \$0 si usted recibe "Ayuda adicional". Si no recibe "Ayuda adicional", consulte su Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés).
Responsabilidad máxima de desembolso personal La cantidad máxima que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos cubiertos durante el año	\$3,400 dentro de la red Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare según Florida Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso personal en función de la cantidad máxima de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.



Beneficios médicos

LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS

COBERTURA HOSPITALARIA A PACIENTES INTERNADOS

Este plan cubre una cantidad ilimitada de días para una estadía como paciente internado. Copago de **\$0** por admisión

COBERTURA HOSPITALARIA A PACIENTES AMBULATORIOS

Colonoscopia de diagnóstico Copago de **\$0**

Mamografía de diagnóstico Copago de **\$0**

Servicios de cirugía Copago de **\$0**

CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA

Colonoscopia de diagnóstico Copago de **\$0**

Servicios de cirugía Copago de **\$0**

VISITAS AL MÉDICO

Proveedor de cuidado primario (PCP)

- Consultorio de un PCP Copago de **\$0**
- Telesalud Copago de **\$0**

Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para este plan, o visite CarePlusHealthPlans.com/PAL.



LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS

Especialista

- | | |
|----------------------------------|----------------------|
| • Consultorio de un especialista | Copago de \$0 |
| • Telesalud | Copago de \$0 |

CUIDADO PREVENTIVO

Este plan cubre todos los servicios preventivos de Medicare, los cuales incluyen: Copago de **\$0**

- **Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal**
- **Prueba de detección y asesoramiento para abuso del alcohol**
- **Consulta anual de bienestar (AWV, por sus siglas en inglés)**
- **Medición de la masa ósea**
- **Prueba de detección del cáncer de mama (mamografía)**
- **Consulta de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular**
- **Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular**
- **Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal**
- **Pruebas de detección de cáncer colorrectal**
- **Prueba de detección de la depresión**
- **Prueba de detección de diabetes**
- **Capacitación para el automanejo de la diabetes**
- **Prueba de detección de glaucoma**
- **Prueba de detección de VIH**
- **Vacunas**
- **Prueba de detección de cáncer de pulmón**
- **Terapia de nutrición médica**
- **Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)**
- **Prueba de detección y terapia para la obesidad**
- **Exámenes de pruebas de detección de cáncer de próstata**
- **Examen físico rutinario**

Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para este plan, o visite CarePlusHealthPlans.com/PAL.



LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS

- **Prueba de detección y asesoramiento para infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés)**
- **Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco**
- **Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare"**

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.

CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA

Sala de emergencias

Si está admitido al mismo hospital dentro de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo para el cuidado de emergencia.

Copago de **\$0** o **\$140**

Servicios médicos y profesionales en la sala de emergencias

Copago de **\$0**

SERVICIOS QUE SE NECESITAN CON URGENCIA

- **Telesalud**
- **Centro de cuidado de urgencia**

Los servicios que se necesitan con urgencia se proveen para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata.

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES

Servicios de imágenes avanzadas (MRI, MRA, PET y escaneo CT):

- Centro de radiología independiente
- Hospital para pacientes ambulatorios
- Consultorio de un PCP
- Consultorio de un especialista

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para este plan, o visite CarePlusHealthPlans.com/PAL.



LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS

Servicios de radiología básicos (radiografías):

• Centro de radiología independiente	Copago de \$0
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$0
• Consultorio de un PCP	Copago de \$0
• Consultorio de un especialista	Copago de \$0
• Centro de cuidado de urgencia	Copago de \$0

Mamografía de diagnóstico

• Centro de radiología independiente	Copago de \$0
• Consultorio de un especialista	Copago de \$0

Pruebas y procedimientos de diagnóstico:

• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$0
• Consultorio de un PCP	Copago de \$0
• Consultorio de un especialista	Copago de \$0
• Centro de cuidado de urgencia	Copago de \$0

Servicios de laboratorio

• Laboratorio independiente	Copago de \$0
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$0
• Consultorio de un PCP	Copago de \$0
• Consultorio de un especialista	Copago de \$0
• Centro de cuidado de urgencia	Copago de \$0

Servicios y medicina nucleares

• Centro de radiología independiente	Copago de \$0
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$0

Estudio del sueño

• Hogar del afiliado	Copago de \$0
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$0
• Consultorio de un especialista	Copago de \$0

Radiología terapéutica (Radioterapia)

• Centro de radiología independiente	Copago de \$0
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$0
• Consultorio de un especialista	Copago de \$0

SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN

Servicios para la audición cubiertos por Medicare	Copago de \$0
--	----------------------

Beneficio suplementario obligatorio para servicios de la audición

Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para este plan, o visite CarePlusHealthPlans.com/PAL.



Para encontrar un proveedor de cuidado rutinario de la audición o para ver si su proveedor está en nuestra red, visite

CarePlusHealthPlans.com/Doctor > Medical (Médico) > Ingresar código postal > Escribir Audiologist (Audiólogo) en la casilla "Name, specialty, condition*" (Nombre, especialidad, afección*" > Search (Buscar)

LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS

HER845

- Copago de **\$0** por ajuste o evaluación, exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$1,000** para cada audífono recetado (de todo tipo), hasta 1 por año.
- Tenga en cuenta que incluye 1 año de garantía y 1 mes de suministro de batería.

SERVICIOS DENTALES

Servicios dentales cubiertos por Medicare

Copago de **\$0**

Beneficio suplementario obligatorio para servicios dentales

Todos los servicios deben ser recibidos en el consultorio de un dentista general o especialista dental (p. ej., cirujano oral, endodoncista, periodoncista, etc.) participante dentro la red. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Los beneficios se ofrecen en base al año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá.

El dentista puede sugerir y ayudar a coordinar servicios adicionales no enumerados en este programa de beneficios; sin embargo, no están cubiertos por este beneficio los procedimientos recibidos que no estén enumerados en este programa de beneficios o que superen las limitaciones de los beneficios que se enumeran en este programa. El afiliado puede ser responsable de los costos de estos servicios adicionales y podría pagar las tarifas usuales y habituales del proveedor de servicios dentales, menos cualquier descuento que corresponda según el contrato. Las reclamaciones enviadas están sujetas a un proceso de revisión que puede incluir una revisión clínica y un historial dental para aprobar la cobertura.

DEN927

- Copago de **\$0** por exámenes bucales integrales, hasta 1 cada 3 años.
- Copago de **\$0** por dentaduras postizas parciales o completas, hasta 1 juego cada 5 años.
- Copago de **\$0** para raspado y pulido radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante por año.
- Copago de **\$0** por radiografías de mordida hasta 1 juego por año.
- Copago de **\$0** para revestimiento de dentadura postiza, radiografía panorámica, conducto radicular, hasta 1 por año.
- Copago de **\$0** por empaste de amalgama o resina compuesta, examen de diagnóstico de emergencia, examen bucal periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.
- Copago de **\$0** para extracción quirúrgica o sencilla, hasta 3 por año.
- Copago de **\$0** por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.
- Copago de **\$0** por extracciones para dentaduras postizas, anestesia necesaria con servicio cubierto hasta un número ilimitado por año.
- Las extracciones ilimitadas solo están cubiertas para los afiliados que recibirán dentaduras

*Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para este plan, o visite **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.*



LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS

Para obtener más información sobre sus beneficios dentales, visite CarePlusHealthPlans.com/Dental para ver el Programa de beneficios dentales de su plan dental. También puede llamar a Servicios para afiliados al 1-800-794-5907 (TTY: 711). Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo, todos los días de 8 a.m. a 8 p.m. y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un correo de voz fuera del horario normal, los sábados, los domingos y los días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.

postizas, todas las demás extracciones tienen un límite de 3 por año.

Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas (el cuadro de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura por cargos superiores a los del cuadro de tarifas negociadas (pero el pago de cualquier coseguro pertinente continúa siendo aplicable).

Este plan no ofrece cobertura fuera de la red.

Para buscar un dentista o verificar si su dentista está en nuestra red, visite CarePlusHealthPlans.com/Dental-Finder > ingrese su código postal > Seleccione la categoría de buscar > Escriba el nombre del dentista o la especialidad o seleccione "all dental providers" ("todos los proveedores de servicios dentales").

SERVICIOS PARA LA VISTA

Anteojos (después de una cirugía de cataratas)	Copago de \$0
Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare	Copago de \$0
Servicios para la vista cubiertos por Medicare	Copago de \$0

Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para este plan, o visite CarePlusHealthPlans.com/PAL.



LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS

Beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista

Para encontrar un proveedor de cuidado rutinario de la vista o para ver si su proveedor está en nuestra red, visite CarePlusHealthPlans.com/Doctor > Medical (médico) > Enter zip code (Ingresar código postal) > Escribir Optometrist (Optometrista) en la casilla "Name, specialty, condition*" (Nombre, especialidad, afección*" > Search (Buscar).

VIS141

- Copago de **\$0** por prueba de refracción y dilatación (si es necesario) con examen rutinario, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$300** por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) más ajustes; o bien, 3 pares de anteojos seleccionados por año sin costo.
- Puede elegir 1 par de anteojos de sol recetados.
- Los anteojos incluyen protección ultravioleta, capa contra rayaduras, lentes bifocales estándar sin línea y lentes de transición.

SERVICIOS PARA LA SALUD MENTAL

Paciente internado

Este plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidado de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico

Copago de **\$0** por admisión

Consultas de terapia para salud mental

- Hospital para pacientes ambulatorios
- Hospitalización parcial
- Consultorio de un especialista

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

Servicios ambulatorios para farmacodependencia

- Hospital para pacientes ambulatorios
- Hospitalización parcial
- Consultorio del especialista
- Telesalud

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Este plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF)

Copago de **\$0** por admisión

AMBULANCIA

- **Aérea**
- **Terrestre**

Copago de **\$0** o **20%** del costo

Copago de **\$0** o **\$200** por viaje

Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para este plan, o visite CarePlusHealthPlans.com/PAL.



LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS

TRANSPORTE

El afiliado *debe* comunicarse con el proveedor de transporte para organizar el transporte

Copago de **\$0** para localidades aprobadas por el plan, hasta 50 viajes sencillos por año. Este beneficio ofrece millas ilimitadas por viaje.

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

Es posible que algunos medicamentos de la Parte B reembolsables estén sujetos a un menor coseguro.

Vacunas y sueros antialérgicos:

- | | |
|----------------------------------|----------------------|
| • Consultorio de un PCP | Copago de \$0 |
| • Consultorio de un especialista | Copago de \$0 |

Medicamentos para quimioterapia

- | | |
|--|----------------------|
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de \$0 |
| • Consultorio de un especialista | Copago de \$0 |

Otros medicamentos de la Parte B

- | | |
|--|----------------------|
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de \$0 |
| • Consultorio de un PCP | Copago de \$0 |
| • Farmacia | Copago de \$0 |
| • Consultorio de un especialista | Copago de \$0 |

Insulina de la Parte B

- | | |
|--|----------------------|
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de \$0 |
| • Consultorio de un PCP | Copago de \$0 |
| • Farmacia | Copago de \$0 |
| • Consultorio de un especialista | Copago de \$0 |

Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para este plan, o visite CarePlusHealthPlans.com/PAL.



Beneficios de medicamentos recetados

ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN

Beneficio de copago de \$0 para medicamentos recetados	Si recibe "Ayuda adicional", pagará \$0 por todos los medicamentos recetados cubiertos por el plan de la Parte D de Medicare durante todo el año calendario.
Suministro de 100 días	Suministro de hasta 100 días de medicamentos elegibles
Vacunas de \$0	Copago de \$0 por vacunas cubiertas por la Parte D para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés).

Si no recibe "Ayuda adicional", consulte el Capítulo 6 de la Evidencia de cobertura para obtener más detalles sobre el beneficio de medicamentos recetados. Los costos pueden variar según la ubicación de la farmacia o días del suministro.

Para encontrar cuáles farmacias están disponibles en nuestra red, visite [CarePlusHealthPlans.com/PharmacyFinder](https://www.CarePlusHealthPlans.com/PharmacyFinder).

*Algunos medicamentos están limitados a un suministro de 30 días y otros pueden ser elegibles para un suministro de hasta 100 días.



Beneficios adicionales

LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS

Servicios de acupuntura (cubiertos por Medicare)	Copago de \$0 por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año.
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	Copago de \$0
Cuidado de los pies (cubierto por Medicare) (podología)	Copago de \$0

EQUIPO / SUMINISTROS MÉDICOS

Monitor continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés)

• Proveedor de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	Copago de \$0
• Farmacia	Copago de \$0



LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS

Suministros para el control de la diabetes

- Proveedor para diabetes Copago de **\$0**
- Farmacia minorista de la red Copago de **\$0**

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)

Copago de **\$0**

Suministros médicos en un suministrador de suministros médicos

Copago de **\$0**

Dispositivos protésicos y suministros relacionados

Copago de **\$0**

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Servicios de rehabilitación cardíaca

- Hospital para pacientes ambulatorios Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista Copago de **\$0**

Terapia ocupacional

- Centro de rehabilitación ambulatoria integral Copago de **\$0**
- Hospital para pacientes ambulatorios Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista Copago de **\$0**

Terapia física

- Centro de rehabilitación ambulatoria integral Copago de **\$0**
- Hospital para pacientes ambulatorios Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista Copago de **\$0**

Servicios de rehabilitación pulmonar

- Hospital para pacientes ambulatorios Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista Copago de **\$0**

Terapia del habla

- Centro de rehabilitación ambulatoria integral Copago de **\$0**
- Hospital para pacientes ambulatorios Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista Copago de **\$0**

Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) para la enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés)

- Hospital para pacientes ambulatorios Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista Copago de **\$0**



Comparación de beneficios de Medicaid

Los beneficios descritos en la sección Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos que figura anteriormente están cubiertos por CareNeeds Platinum (HMO D-SNP). Para cada beneficio descrito a continuación, puede ver lo que cubre Florida Medicaid y lo que cubre este plan.

Todos los beneficios de Florida Medicaid están sujetos a las pautas y requisitos de elegibilidad de Medicaid, y están disponibles solo para personas con doble elegibilidad completa. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, revise su Manual para los afiliados o comuníquese con Florida Medicaid al 1-888-419-3456 (llamada gratuita) 1-800-955-8771 (TTY).

BENEFICIO	BENEFICIO DE MEDICAID	BENEFICIO DE ESTE PLAN
Ambulancia	Hay cobertura	Hay cobertura
Centro de cirugía ambulatoria	Hay cobertura	Hay cobertura
Dentaduras postizas	Hay cobertura	Hay cobertura
Servicios de diagnóstico, laboratorio, e imágenes	Hay cobertura	Hay cobertura
Visitas a un médico	Hay cobertura	Hay cobertura
Cuidado médico en casos de emergencia	Hay cobertura	Hay cobertura
Anteojos	Hay cobertura	Hay cobertura
Audífonos	Hay cobertura	Hay cobertura
Programas de servicios de exención basados en el hogar y en la comunidad	Hay cobertura	No hay cobertura
Hospital para pacientes hospitalizados	Hay cobertura	Hay cobertura
Servicios de hospitalización para salud mental, servicios de cuidado en un centro de enfermería y servicios de cuidado intermedio en una institución para enfermedades mentales (MD, por sus siglas en inglés), para personas de 65 años de edad y mayores	Hay cobertura	Hay cobertura con limitaciones

BENEFICIO	BENEFICIO DE MEDICAID	BENEFICIO DE ESTE PLAN
Servicios de cuidado para salud mental para pacientes hospitalizados menores de 21 años	Hay cobertura	Hay cobertura con limitaciones
Servicios en centros de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales (ICF-IID, por sus siglas en inglés)	Hay cobertura	No hay cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Hay cobertura	Hay cobertura
Servicios de salud mental	Hay cobertura	Hay cobertura
Servicios en centros de enfermería distintos a los proporcionados en una institución para enfermedades mentales	Hay cobertura	Hay cobertura con limitaciones
Cobertura hospitalaria ambulatoria	Hay cobertura	Hay cobertura
Terapia física, ocupacional, del habla	Hay cobertura	Hay cobertura
Cuidado preventivo	Hay cobertura	Hay cobertura
Centro de enfermería especializada	Hay cobertura	Hay cobertura
Transporte	Hay cobertura	Hay cobertura
Servicios que se necesitan con urgencia	Hay cobertura	Hay cobertura



Más beneficios de **este plan**

Disfrute de algunos de estos beneficios adicionales que incluye su plan. Este es un resumen de lo que cubrimos. No enumera todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de cobertura y servicios. Visite [CarePlusHealthPlans.com/Plans](https://www.CarePlusHealthPlans.com/Plans) para ver una copia de la Evidencia de cobertura (EOC) o llame al **1-800-794-4105**.

Subsidio CareEssentials

Subsidio mensual de **\$225** en una tarjeta prepagada para usar en elementos esenciales que necesite para apoyar su salud.

Este subsidio se puede utilizar para comprar productos aprobados en tiendas minoristas participantes (como comestibles, artículos de venta sin receta para la salud y el bienestar, artículos de cuidado personal, suministros para el hogar, etc.) o para pagar servicios aprobados (gastos mensuales de subsistencia, como alquiler; costos de transporte no médico, como un taxi, Uber, Lyft, etc.).

La cantidad del subsidio no se puede combinar con otros subsidios que pudieran estar en la tarjeta.

Los fondos no utilizados se transfieren al siguiente mes y vencen al final del año del plan.

Consulte la sección CarePlus Spending Account Card para obtener más detalles.

Over-the-counter (OTC) Allowance (Subsidio para productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés))

Subsidio trimestral de **\$75** en una tarjeta prepaga para comprar productos de venta sin receta aprobados para la salud y el bienestar en tiendas minoristas participantes.

La cantidad del subsidio no puede combinarse con otros subsidios que pudieran estar en la tarjeta.

La cantidad no utilizada se transfiere al siguiente trimestre y vence al final del año del plan.

- Los montos de los subsidios trimestrales están disponibles para usar a principios de enero, abril, julio y octubre.
- Pueden aplicarse limitaciones y restricciones.

Consulte la sección CarePlus Spending Account Card para obtener más detalles.

CarePlus Spending Account Card (Tarjeta de cuenta de gastos de CarePlus)

La tarjeta CarePlus Spending Account Card es lo que usted usa para gastar los subsidios incluidos en este plan. Active su tarjeta tan pronto como la reciba por correo. Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones.

Acupuntura de rutina

Copago de **\$0** por consultas de acupuntura, hasta 25 consultas por año. Se pueden aplicar reglas de autorización.

Servicios quiroprácticos de rutina

Copago de **\$0** por consultas quiroprácticas rutinarias, hasta 12 consultas por año.

Programa para dejar de fumar

Para ayudarle en su esfuerzo por dejar de fumar o de usar productos de tabaco, cubrimos un asesoramiento adicional con el intento de dejar de fumar o de usar productos de tabaco en un período de 12 meses como un servicio sin costo para usted. Esto se añade a los dos intentos con asesoramiento provistos por Medicare e incluye hasta cuatro consultas personales. Este servicio se puede usar para medidas preventivas o para diagnóstico con una enfermedad relacionada con el tabaco.

Cuidado rutinario de los pies

Copago de **\$0** por consulta rutinaria de podología, sin límite de consultas por año.

Programa de comidas Well Dine™ de CarePlus

Copago de **\$0** por el programa de comidas CarePlus Well Dine™.

Después de su hospitalización en un hospital o centro de enfermería, es posible que sea elegible para recibir 2 comidas entregadas a domicilio por día durante 7 días (hasta 14 comidas).

Las comidas deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores al alta de su hospitalización.

Límite de 4 veces por año.

Cuidado personal en el hogar

Copago de **\$0** por un mínimo de 3 horas por día, hasta un máximo de 42 horas por año para ciertos servicios de apoyo en el hogar para ayudar a personas con discapacidades y/o condiciones médicas a realizar actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) dentro de su casa con la ayuda de un asistente acreditado (asistencia para bañarse, vestirse, ir al baño, caminar, comer y preparar comidas).

Recompensas e incentivos

Los afiliados ganan recompensas al completar las pruebas de detección preventivas y las actividades de cuidado de la salud definidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Los afiliados pueden elegir tarjetas de regalo de tiendas minoristas específicas como recompensa.

Pelucas (relacionadas con el tratamiento de quimioterapia)

Hasta un beneficio máximo ilimitado por año.

Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®

Viva una vida más saludable y más activa a través de acondicionamiento y conexión social en lugares participantes y en línea.

ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO POR REQUISITOS DE IMPRESIÓN

Aviso de no discriminación

CarePlus Health Plans, Inc. cumple con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discrimina ni excluye a las personas por su raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. CarePlus Health Plans Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades adaptaciones razonables y servicios y ayudas auxiliares gratuitas y adecuadas para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes acreditados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos de acceso electrónico o de otro tipo).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés, los cuales pueden incluir:
 - Intérpretes acreditados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita adaptaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Si usted cree que CarePlus Health Plans, Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja en persona o por correo postal o electrónico a la atención del Coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. en P.O. Box 277810, Miramar, FL 33027, **1-800-794-5907 (TTY: 711)**, o **Accessibility1@CarePlus-HP.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o por teléfono a:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Este aviso está disponible en **[es-www.CarePlusHealthPlans.com/Multi-Language-Insert](https://www.CarePlusHealthPlans.com/Multi-Language-Insert)**.

GHHNDN2025CP_SP

CarePlus
HEALTH PLANS®

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 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 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: 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。



Obtenga **más** información



¿Necesita ayuda para encontrar un médico o una farmacia? Puede ver el **Directorio de proveedores y farmacias** de este plan en nuestro sitio web en **CarePlusHealthPlans.com/Directories** o llámenos al número que está al comienzo de este folleto y le enviaremos uno.



Puede ver la **Guía de medicamentos** de este plan en nuestro sitio web en **CarePlusHealthPlans.com/PrescriptionDrugGuides** o llámenos al número que está al comienzo de este folleto y le enviaremos una.

Para obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual actualizado "Medicare y usted". Puede verlo en línea en <https://es.medicare.gov> o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar una copia, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

CareNeeds Platinum (HMO D-SNP) ha sido aprobada por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) para operar como un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) hasta el 12/31/2026 basado en una revisión del Modelo de cuidado de CareNeeds Platinum (HMO D-SNP).

CarePlus es un plan HMO SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el Programa de Medicaid de Florida. La inscripción en CarePlus depende de la renovación del contrato. CareNeeds Platinum (HMO D-SNP) está patrocinado por CarePlus Health Plans, Inc y la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud del estado de Florida.

Si recibe asistencia de Medicare para el pago de costos compartidos, los proveedores de CareNeeds Platinum (HMO D-SNP) no pueden cobrarle ni facturarle por servicios y artículos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, incluidos deducibles, coseguro y copagos, incluso cuando el pago de Medicaid es cero o cuando un proveedor decide no acudir a Medicaid. Si un proveedor le pide que pague, eso va en contra de la ley. Sin embargo, usted puede ser responsable de un pequeño copago de Medicaid.

Si se le factura o se le pide que pague a un proveedor de la red deducibles, coseguro o copagos por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, infórmelo al proveedor que tiene protección contra el pago de costos compartidos y que no se le puede cobrar. Si usted ya ha efectuado el pago, tiene derecho a un reembolso. Si su proveedor no deja de facturarle, puede llamarnos al 1-800-794-5907 o llamar a Medicare al 1-800-Medicare (1-800-633-4227), (TTY 1-877-486-2048). CarePlus o Medicare pueden pedirle a su proveedor que deje de facturarle y que le reembolse cualquier pago que usted haya realizado.

Los servicios de telesalud mostrados aquí son adicionales a los servicios de telesalud cubiertos por Medicare original. El costo que usted paga puede ser diferente bajo telesalud de Medicare original. Es posible que este servicio no sea ofrecido por todos los proveedores en nuestra red. Verifique directamente con su proveedor sobre la disponibilidad de los servicios de telesalud, o puede visitar nuestro sitio web

CarePlusHealthPlans.com/Doctor para acceder a nuestro directorio de búsqueda de proveedores. Por favor refiérase a su evidencia de cobertura para detalles adicionales sobre lo que este plan cubre u otras reglas que pueden aplicar.

Además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D, los planes pueden ofrecer los beneficios suplementarios.

Todos los nombres de productos, logotipos, marcas y marcas registradas son propiedad de sus respectivos dueños, y cualquier uso no implica aprobación.

CareNeeds Platinum (HMO D-SNP)
H1019023000 SPA
Condados de Broward, Miami-Dade y
Palm Beach



www.CarePlusHealthPlans.com