2027

Resumen de beneficios

CareOne Plus (HMO-POS) H1019-043

Treasure Coast

Condados de Brevard e Indian River

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Florida: Brevard, Indian River.

H1019_SB_MAPD_HMOPOS_043000_2027_SP_M

CarePlus HEALTH PLANS

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 **888-685-8607 (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 **888-685-8607 (TTY: 711)** para ver una copia de la EOC.
- [ ] 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 (Guía de medicamentos) 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.
- [ ] Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2028.
- [ ] **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.
- [ ] Este plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos ciertos servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar proveerle tratamiento. Los proveedores no contratados pueden negar el cuidado médico, excepto en una situación de emergencia o urgencia. Además, es posible que pague un copago/coseguro más alto por los servicios provistos de los proveedores no contratados.

Hablemos sobre CareOne Plus (HMO-POS)

Obtenga más información sobre el plan CareOne Plus (HMO-POS), incluidos los servicios de salud y medicamentos que cubre, con este folleto fácil de usar.

CareOne Plus (HMO-POS) es un plan HMO-POS Medicare Advantage con un contrato con Medicare. 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, por favor refiérase a la Evidencia de cobertura del plan en nuestro sitio web, **CarePlusHealthPlans.com/Plans**.

Para ser elegible

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

Nombre del plan

CareOne Plus (HMO-POS)

Cómo contactarnos

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

Si **no** es afiliado de este plan, llame sin costo al: **888-685-8607 (TTY: 711)**.

Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede contestar su llamada durante los fines de semana y días festivos.

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

Más información sobre CareOne Plus (HMO-POS)

¿Tiene Medicare y Medicaid? Si es beneficiario con doble elegibilidad inscrito tanto en Medicare como en el programa de Medicaid del estado, posiblemente no tenga que pagar los costos médicos indicados en este folleto, y los costos de medicamentos recetados también pueden ser más bajos.

Si tiene Medicaid, asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de Medicaid además de su tarjeta de afiliado de CarePlus para que su proveedor tenga conocimiento de que usted puede tener cobertura adicional. CarePlus paga primero sus servicios y luego los paga Medicaid.

Como afiliado debe seleccionar a un médico dentro de la red dentro del área de servicio que se menciona en este folleto para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). CareOne Plus (HMO-POS) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Sin embargo, este plan también cubre ciertos servicios recibidos de proveedores fuera de la red dentro del área de servicio del plan. Si usa proveedores que no están en nuestra red, puede estar sujeto a mayores gastos de desembolso personal.

Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a los máximos, las limitaciones y/o las exclusiones de beneficios dentro de la red. Es posible que el proveedor fuera de la red le facture

CarePlus HEALTH PLANS™

cualquiera cantidad mayor que el pago que CarePlus le realizó al proveedor.

Una asociación saludable

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

Prima mensual, deducible y límites

COSTOS DEL PLAN	
Prima mensual del plan	**$0** Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.
Deducible de farmacia (Parte D)	Deducible de **$0** para Nivel 1, Nivel 2, y Nivel 3 Deducible de **$700** para Nivel 4 y Nivel 5
Límite máximo de gastos de desembolso personal para cuidado médico	**$4,000** dentro de la red **$4,000** combinado dentro y fuera de la red La cantidad máxima que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos cubiertos durante el año.

Beneficios médicos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN		
Este plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización de paciente internado.	Copago de **$225** por día por los días 1 a 7 Copago de **$0** por día por los días 8 a 90	Copago de **$250** por día por los días 1 a 7 Copago de **$0** por día por los días 8 a 90
COBERTURA HOSPITALARIA AMBULATORIA		
Colonoscopia de diagnóstico	Copago de **$0**	Copago de **$0**
Mamografía de diagnóstico	Copago de **$0**	Copago de **$0**
Servicios de cirugía	Copago de **$200**	Copago de **$200**
CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA		
Colonoscopia de diagnóstico	Copago de **$0**	Copago de **$0**
Servicios de cirugía	Copago de **$100**	Copago de **$125**
CONSULTAS AL MÉDICO		
Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)		
• Consultorio de un PCP	Copago de **$0**	**No hay cobertura**
• Telesalud	Copago de **$0**	**Sin cobertura**

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". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

CarePlus HEALTH PLANS™

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Especialista		
• Consultorio del especialista	Copago de **$15**	Copago de **$30**
• Telesalud	Copago de **$15**	**Sin cobertura**
CUIDADO PREVENTIVO		
Este plan cubre todos los servicios preventivos de Medicare, los cuales incluyen: **Pruebas de detección de cáncer** • Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) • Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal • Prueba de detección de cáncer colorrectal • Prueba de detección de cáncer de pulmón • Prueba de detección de cáncer de próstata **Cuidado cardiovascular (del corazón)** • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Consulta de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular • Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular **Cuidado de diabetes** • Pruebas de detección de diabetes • Capacitación para el automanejo de la diabetes	Copago de **$0** Ciertos servicios preventivos están cubiertos solo cuando se reciben de su PCP.	Copago de **$0** o **50%** del costo, según el servicio y el lugar donde se provea. Ciertos servicios preventivos están cubiertos solo cuando se reciben de su PCP.

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". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
• Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)		
Guía y apoyo dietético • Terapia de nutrición médica • Prueba de detección y terapia para la obesidad		
Pruebas de detección y vacunas rutinarias • Consulta de bienestar anual (AWV, por sus siglas en inglés) • Vacunas • Examen físico rutinario • Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare"		
Pruebas de detección y servicios de asesoramiento • Medición de la masa ósea • Prueba de detección de la depresión • Prueba de detección de glaucoma • Prueba de detección de VIH • Prueba de detección y asesoramiento para reducir el mal uso del alcohol • Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco		
Estarán cubiertos todos los servicios preventivos adicionales		

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". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

CarePlus HEALTH PLANS™

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
aprobados por Medicare durante el año de contrato.		
CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA		
Servicios en casos de emergencia en la sala de emergencias Si se le admite en el mismo hospital dentro de 24 horas por la misma afección, usted paga $0 por el cuidado médico en casos de emergencia que recibió.	Copago de **$150**	Copago de **$150**
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 **$10** Copago de **$10**	**Sin cobertura** Copago de **$10**

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". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
COBERTURA EN TODO EL MUNDO		
• **Ambulancia de emergencia**		Copago de **$250** por viaje
• **Sala de emergencias - Hospital**		Copago de **$150**
• **Centro de cuidado de urgencia**		Copago de **$10**
Si tiene una emergencia o un servicio que necesita con urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado y puede solicitar un reembolso. Si se le admite en el mismo hospital dentro de 24 horas por la misma afección, usted paga $0 por el cuidado médico en casos de emergencia que recibió.		
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES		
Servicios de imágenes avanzadas (escaneos MRI, MRA, PET y de CT)		
• Centro de radiología independiente	Copago de **$150**	Copago de **$200**
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$200**	Copago de **$250**
• Consultorio de un PCP	Copago de **$150**	**No hay cobertura**
• Consultorio del especialista	Copago de **$150**	Copago de **$200**

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". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

CarePlus HEALTH PLANS™

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios de radiología básicos (radiografías)		
• Centro de radiología independiente	Copago de **$15**	Copago de **$25**
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$90**	Copago de **$90**
• Consultorio de un PCP	Copago de **$0**	**No hay cobertura**
• Consultorio del especialista	Copago de **$15**	Copago de **$30**
• Centro de cuidado de urgencia	Copago de **$10**	Copago de **$10**
Mamografía de diagnóstico		
• Centro de radiología independiente	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Consultorio del especialista	Copago de **$0**	Copago de **$0**
Procedimientos y pruebas de diagnóstico		
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$30**	Copago de **$30**
• Consultorio de un PCP	Copago de **$0**	**No hay cobertura**
• Consultorio del especialista	Copago de **$15**	Copago de **$30**
• Centro de cuidado de urgencia	Copago de **$10**	Copago de **$10**
Servicios de laboratorio		
• Laboratorio independiente	Copago de **$0**	Copago de **$25**
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$0**	Copago de **$25**
• Consultorio de un PCP	Copago de **$0**	**No hay cobertura**
• Consultorio del especialista	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Centro de cuidado de urgencia	Copago de **$0**	Copago de **$0**
Servicios y medicina nuclear		
• Centro de radiología independiente	Copago de **$150**	Copago de **$200**
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$200**	Copago de **$250**

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". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Estudio del sueño		
• Hogar del afiliado	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$25**	Copago de **$25**
• Consultorio del especialista	Copago de **$15**	Copago de **$25**
Radiología terapéutica (Radioterapia)		
• Centro de radiología independiente	Copago de **$15**	Copago de **$30**
• Hospital para pacientes ambulatorios	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio del especialista	Copago de **$15**	Copago de **$30**
SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN		
Servicios para la audición cubiertos por Medicare	Copago de **$15**	Copago de **$30**
Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la audición	**HER108** • Copago de **$0** para ajuste, exámenes de audición de rutina, hasta 1 por año. • Copago de **$0** para consultas de seguimiento con el proveedor hasta 3 por año. • Copago de **$575** para cada audífono recetado de Nivel 1, hasta 1 por oído por año. • Copago de **$750** para cada audífono recetado de Nivel 2, hasta 1 por oído por año. • Nota: Incluye 3 años de baterías por audífono no recargable (hasta 60 celdas por oído, por año) y 3 años de garantía. • Un ajuste y tres consultas de seguimiento con el proveedor	**No hay cobertura**

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". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

CarePlus HEALTH PLANS™

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
	durante el primer año después de la compra del audífono, con el proveedor original.	
SERVICIOS DENTALES		
Servicios dentales cubiertos por Medicare	Copago de **$15**	Copago de **$30**
Beneficio suplementario obligatorio de servicios dentales **<u>Proveedores dentro de la red</u>** • 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. • **Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios cubiertos a tarifas contratadas (según el cuadro de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés).** • **Si un afiliado visita a un proveedor dental participante de la red, no se podrá facturar al afiliado por cargos superiores al programa de tarifas negociado (pero el pago de cualquier coseguro pertinente continúa siendo aplicable).**	**DEN857** • Copago de **$0** por exámenes bucales integrales, hasta 1 cada 3 años. • Copago de **$0** por dentaduras postizas parciales o completas, hasta 1 cada 5 años. • Copago de **$0** para alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante por año. • Copago de **$0** por radiografías de mordida, ajustes de dentadura postiza, rebasado, revestimiento, radiografía panorámica, raspado para inflamación moderada, hasta 1 por año. • Copago de **$0** por empaste de amalgama y resina compuesta, examen diagnóstico de emergencia, examen bucal periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año. • Copago de **$0** por extracción quirúrgica o sencilla, hasta 3 por año. • Copago de **$0** para anestesia necesaria con servicio cubierto	**No hay cobertura**

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". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Límites del beneficio • El dentista puede sugerir y ayudar a coordinar servicios adicionales que no figuran en este cuadro de beneficios; sin embargo, cualquier procedimiento recibido que no figure en este cuadro de beneficios o que exceda las limitaciones de beneficios indicadas en este cuadro no está cubierto por este beneficio. • 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. • Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Los beneficios se ofrecen en base al año calendario. Para obtener más información sobre sus beneficios dentales, visite **CarePlusHealthPlans.com/Dental** para ver el Programa de	hasta según sea necesario con códigos cubiertos por año. • Copago de **$0** para extracciones para dentaduras postizas, sin límite por año. • Las extracciones ilimitadas están cubiertas solo para los afiliados que recibirán dentaduras postizas, todas las demás extracciones tienen un límite de 3 por año.	

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". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

CarePlus HEALTH PLANS™

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
beneficios dentales de su plan dental. También puede llamar a nuestro Departamento de servicios para afiliados al 800-794-5907. Si utiliza un TTY, llame al 711. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y los días festivos. 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/FindCare.**		
SERVICIOS PARA LA VISTA		
Anteojos (después de una cirugía de cataratas)	Copago de **$0**	Copago de **$0**
Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare	Copago de **$0**	**50%** del costo
Servicios para la vista cubiertos por Medicare	Copago de **$15**	Copago de **$30**
Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la vista Consulte a un proveedor para la vista de la red para obtener más información sobre la opción de anteojos sin costo. Para	**VIS894** • 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 **$100** por año	**No hay cobertura**

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". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
encontrar un proveedor de cuidado rutinario de la vista o para ver si el proveedor está en nuestra red, visite **CarePlusHealthPlans.com/FindCare**. Los copagos, coseguros y deducibles pagados por los beneficios suplementarios no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de desembolso personal. Estos beneficios se ofrecen en base al año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá.	para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) más ajustes; o bien, 1 par de anteojos seleccionados por año sin costo. • Los anteojos incluyen protección ultravioleta y capa contra rayaduras.	
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 **$225** por día por los días 1 a 7 Copago de **$0** por día por los días 8 a 90	Copago de **$250** por día por los días 1 a 7 Copago de **$0** por día por los días 8 a 90
Consultas de terapia para la salud mental		
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$10**	Copago de **$30**
• Consultorio del especialista	Copago de **$10**	Copago de **$30**
• Telesalud	Copago de **$10**	**Sin cobertura**
Servicios ambulatorios para la farmacodependencia		
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$10**	Copago de **$30**
• Consultorio del especialista	Copago de **$10**	Copago de **$30**
• Telesalud	Copago de **$10**	**Sin cobertura**

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". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

CarePlus HEALTH PLANS™

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
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 día por los días 1 a 20 Copago de **$203** por día por los días 21 a 100	Copago de **$0** por día por los días 1 a 20 Copago de **$203** por día por los días 21 a 100
AMBULANCIA		
Aérea	**20%** del costo	**20%** del costo
Terrestre	Copago de **$250** por viaje	Copago de **$250** por viaje
TRANSPORTE		
Beneficio de transporte suplementario obligatorio El afiliado ***debe*** comunicarse con el proveedor de transporte al menos 3 días hábiles antes de su cita para organizar el transporte.	Copago de **$0** para ubicaciones aprobadas por el plan, hasta 20 viajes solo de ida o de vuelta por año. Este beneficio incluye millas ilimitadas por viaje de ida. Todo viaje de ida de más de 35 millas requiere aprobación previa.	**Sin cobertura**
Flexibilidad y uniformidad en el beneficio de transporte médico que no es de emergencia El afiliado ***debe*** comunicarse con el proveedor de transporte al menos 3 días hábiles antes de su cita para organizar el transporte.	Copago de **$0** para ubicaciones aprobadas por el plan hasta una cantidad ilimitada de viajes sencillos por año para afiliados con enfermedad renal crónica (CKD, por sus siglas en inglés), enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) o diagnóstico de cáncer. Este beneficio incluye millas ilimitadas por viaje de ida. Todo viaje de ida de más de 35 millas requiere aprobación previa.	**No hay cobertura**

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". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

Beneficios médicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
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**	**No hay cobertura**
• Consultorio del especialista	Copago de **$0**	**50%** del costo
Medicamentos para quimioterapia		
• Hospital para pacientes ambulatorios	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio del especialista	**20%** del costo	**20%** del costo
Otros medicamentos de la Parte B		
• Hospital para pacientes ambulatorios	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio de un PCP	**20%** del costo	**No hay cobertura**
• Farmacia	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio del especialista	**20%** del costo	**20%** del costo
Insulina de la Parte B		
• Hospital para pacientes ambulatorios	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio de un PCP	**20%** del costo	**No hay cobertura**
• Farmacia	**20%** del costo	**20%** del costo
• Consultorio del especialista	**20%** del costo	**20%** del costo
No pagará más de **$35** por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina que cubra este plan.		

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". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

CarePlus HEALTH PLANS™

Beneficios de medicamentos recetados

ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN	
Copagos de $0	Copagos de **$0** en farmacias y niveles seleccionados. Más detalles a continuación.
Deducible	Deducible de **$0** para Nivel 1, Nivel 2, y Nivel 3
Costos para insulina	No pagará más de **$35** por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina que cubra este plan
Suministro para 100 días	Suministro de hasta 100 días de medicamentos elegibles
Cobertura de medicamentos excluidos	Cobertura adicional de medicamentos para Medicamentos para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés) Vitaminas recetadas
Vacunas de $0	Copago de **$0** por las vacunas cubiertas de la Parte D para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés).

DEDUCIBLE

Deducible de **$0** para Nivel 1, Nivel 2, y Nivel 3. Este plan tiene un deducible de **$700** para medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5. Usted pagará el costo total de estos medicamentos hasta que alcance los **$700**. Luego, solo paga su costo compartido, y entra en la Etapa de cobertura inicial.

COBERTURA INICIAL

Usted paga lo siguiente hasta que los costos de desembolso personal totales de medicamentos anuales lleguen a **$2,400**. Una vez que llegue a esta cantidad, ingresará en la etapa de cobertura catastrófica.

Costos compartidos en farmacias						
	Costos compartidos minoristas Incluye todas las farmacias minoristas dentro de la red		**Costos compartidos de pedido por correo estándar**		**Costos compartidos de pedido por correo preferido** CenterWell Pharmacy®	
Días de suministro	**30 días**	**100 días***	**30 días**	**100 días***	**30 días**	**100 días***
Nivel 1: Genéricos preferidos	$0	$0	$10	$30	$0	$0
Nivel 2: Genéricos	$0	$0	$20	$60	$0	$0
Nivel 3: De marca preferidos	17%	17%	17%	17%	17%	15%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25%	No aplica	25%	No aplica	25%	No aplica

Usted puede surtir sus medicamentos recetados de varias maneras, como a través de las farmacias de pedido por correo y minoristas. Para planes de CarePlus CenterWell Pharmacy® es la farmacia preferida de pedido por correo con beneficios de costos compartidos. Para obtener más información, visite **CenterWellPharmacy.com**.

Hay otras farmacias disponibles en nuestra red. Para encontrar cuáles farmacias están disponibles en nuestra red, visite **CarePlusHealthPlans.com/FindCare.**

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

Costos compartidos para insulina						
	Costos compartidos minoristas Incluye todas las farmacias minoristas dentro de la red		**Costos compartidos de pedido por correo estándar**		**Costos compartidos de pedido por correo preferido** CenterWell Pharmacy®	
Días del suministro	**30 días**	**100 días***	**30 días**	**100 días***	**30 días**	**100 días***
Nivel 1: Genéricos preferidos	$0	$0	25% hasta $10	25% hasta $30	$0	$0
Nivel 2: Genéricos	$0	$0	16% hasta $20	16% hasta $60	$0	$0
Nivel 3: De marca preferidos	17% hasta $35	17% hasta $105	17% hasta $35	17% hasta $105	17% hasta $35	15% hasta $105
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	25% hasta $35	25% hasta $105	25% hasta $35	25% hasta $105	25% hasta $35	25% hasta $105
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% hasta $35	No aplica	25% hasta $35	No aplica	25% hasta $35	No aplica

*Es posible que no todos los niveles incluyan insulina. Consulte la Guía de medicamentos recetados para confirmar la cobertura de insulina.

No pagará más de **$35** por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina cubierto por el plan independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.

Hay otras farmacias disponibles en nuestra red. Para encontrar cuáles farmacias están disponibles en nuestra red, visite **CarePlusHealthPlans.com/FindCare.**

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

COBERTURA CATASTRÓFICA

Después de que sus costos totales de desembolso personal alcancen los **$2,400**, usted paga **$0** por medicamentos cubiertos por el plan de la Parte D y medicamentos excluidos.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS EXCLUIDOS	
Medicamentos para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés)	Ciertos medicamentos tienen cobertura por la cantidad del costo compartido del Nivel 1.
Vitaminas recetadas	Ciertos medicamentos tienen cobertura por la cantidad del costo compartido del Nivel 1.

*Vea su Evidencia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura para Medicamentos excluidos.

AYUDA ADICIONAL

Si usted recibe Ayuda adicional para sus medicamentos, tendrá un deducible de **$0**.

Antes de alcanzar su límite anual de desembolso personal de **$2,400**, pagará uno de los siguientes montos según su nivel de Ayuda adicional:

- **$5.80** por medicamento genérico/preferido de origen múltiple o biosimilar; **$14.40** por cualquier otro medicamento; O
- **$1.65** por medicamento genérico/preferido de origen múltiple o biosimilar; **$5.00** por cualquier otro medicamento; O
- **$0** por todos los medicamentos

Después de alcanzar su límite anual de desembolso personal de **$2,400**, usted pagará **$0** por el resto del año calendario, independientemente del nivel de Ayuda adicional que reciba. Habrá información adicional disponible en su cláusula del subsidio por ingresos limitados (cláusula LIS, por sus siglas en inglés).

Los costos compartidos pueden variar según la farmacia que elija, cuando ingresa en otra fase del beneficio de la Parte D y si es elegible para obtener Ayuda adicional. Para determinar si es elegible para obtener Ayuda adicional, contacte a la Oficina del Seguro Social al 800-772-1213 (TTY: 800-325-0778), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Para más información sobre su beneficio para medicamentos recetados, llámenos o consulte su Evidencia de cobertura en línea.

Si reside en un centro de cuidado a largo plazo dentro de la red, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista dentro de la red. En ciertas circunstancias, podría obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero tal vez deba pagar más que lo que pagaría en una farmacia dentro de la red.

Beneficios adicionales

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios de acupuntura (cubiertos por Medicare)	Copago de **$0** por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año.	Copago de **$0** por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a las cantidades máximas, limitaciones y/o exclusiones del beneficio dentro de la red.
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	Copago de **$15**	Copago de **$30**
Servicios de podología (cubiertos por Medicare)	Copago de **$15**	Copago de **$30**
EQUIPO / SUMINISTROS MÉDICOS		
Monitor continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés)		
• Proveedor de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	**20%** del costo	**20%** del costo
• Farmacia	**20%** del costo	**20%** del costo
• Farmacia preferida	Copago de **$0**	**Sin cobertura**
Suministros para el control de la diabetes		
• Proveedor para la diabetes	Copago de **$0**	Copago de **$0**
• Farmacia minorista de la red	Copago de **$0**	Copago de **$0**
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) - Costo alto	**20%** del costo	**50%** del costo
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) - Todos los demás	**20%** del costo	**50%** del costo
Suministros médicos de un proveedor de suministros médicos	**20%** del costo	**20%** del costo

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". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

Beneficios adicionales (Cont.)

Prótesis y suministros relacionados de un proveedor de prótesis	**20%** del costo	**20%** del costo
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN		
Servicios de rehabilitación cardíaca		
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$15**	Copago de **$30**
• Consultorio del especialista	Copago de **$15**	Copago de **$30**
Terapia ocupacional		
• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de **$15**	Copago de **$30**
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$15**	Copago de **$45**
• Consultorio del especialista	Copago de **$15**	Copago de **$30**
Terapia física		
• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de **$15**	Copago de **$30**
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$15**	Copago de **$45**
• Consultorio del especialista	Copago de **$15**	Copago de **$30**
Servicios de rehabilitación pulmonar		
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$15**	Copago de **$30**
• Consultorio del especialista	Copago de **$15**	Copago de **$30**
Terapia del habla		
• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de **$15**	Copago de **$30**
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$15**	Copago de **$45**
• Consultorio del especialista	Copago de **$15**	Copago de **$30**

Beneficios adicionales (Cont.)

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 **$15**	Copago de **$30**
• Consultorio del especialista	Copago de **$15**	Copago de **$30**

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". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

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** para ver una copia de la Evidencia de cobertura (EOC) o llame al **888-685-8607**.

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 **$15** por consultas quiroprácticas rutinarias, hasta 12 consultas por año.

Cuidado rutinario de los pies
Copago de **$15** 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 como paciente internado 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 de paciente internado.

Limitado a 4 veces por año.

Recompensas e incentivos - Go365®
Realice actividades saludables elegibles, como pruebas de detección y exámenes preventivos, y obtenga recompensas con Go365 Primary.

Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®
Copago de **$0** por SilverSneakers®.

El programa de acondicionamiento físico incluye acceso a centros participantes y

CarePlus HEALTH PLANS™

clases de ejercicio grupales exclusivas dirigidas por instructores certificados.

Este beneficio también lo conecta con una red de apoyo y recursos virtuales a través de clases en vivo, videos a pedido y una aplicación móvil.

Visite SilverSneakers.com para obtener más información sobre su beneficio.

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.

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/FindCare** 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.

CarePlus HEALTH PLANS™

Active su cuenta segura de MyCarePlus.

Su cuenta en línea de MyCarePlus es una parte importante de su afiliación a CarePlus. Utilícela para ver los detalles de este plan en cualquier momento y acceder a documentos importantes del plan en línea, todo en un solo lugar. Es fácil de usar y se adapta a sus necesidades.

¿Ya tiene una cuenta?

Visite **CarePlusHealthPlans.com/Logon** e inicie sesión.

¿Todavía no tiene una cuenta?

Cree una utilizando el mismo enlace anterior en unos pocos minutos.

Aviso de no discriminación

CarePlus Health Plans, Inc. cumple con las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color de la piel, 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 modificaciones razonables y recursos y servicios auxiliares apropiados gratuitos para comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
  - Intérpretes acreditados para hablar por señas
  - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes acreditados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, recursos auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese al **800-794-5907 (TTY: 711)**. Si usted cree que CarePlus Health Plans, Inc. no ha prestado estos servicios o ha discriminado por motivos de raza, color de la piel, 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, puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o electrónico ante el coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **800-794-5907 (TTY: 711)**, o **Accessibility1@CarePlus-HP.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o por teléfono a:

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

CarePlus HEALTH PLANS™

Este aviso está disponible en **CarePlusHealthPlans.com/NDN**.

GHHNDN2026CP

CarePlus HEALTH PLANS™

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

H1019043000

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسِّيق البديل مجاناً. اتصل على الرقم **1-800-794-5907 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարեք **1-800-794-5907 (TTY` 711)** հեռախոսահամարով:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **1-800-794-5907 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]：我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **1-800-794-5907**（听障专线：**711**）。

繁體中文 [Traditional Chinese]：我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **1-800-794-5907**（聽障專線：**711**）。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Gen sèvis lengwistik gratis, èd oksilyè, ak lòt fòma sèvis ki disponib. Rele **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupne su besplatne jezične usluge, usluge dodatne pomoći i alternativnog formata. Nazovite **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **1-800-794-5907 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French] : Des services gratuits d’assistance linguistiques, d’aide auxiliaire et de format alternatif sont disponibles. Appelez le **1-800-794-5907 (ATS : 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: મફત ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** પર કૉલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **1-800-794-5907 (TTY: 711)**

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiamare il numero **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

GHHNOA2026CP_0526

日本語 [Japanese]: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**1-800-794-5907 (TTY: 711)** までお電話ください。

H1019043000

ภาษาไทย [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오.

Diné [Navajo]: Saad bee áná'álwo', bee haz'áanii, dóó naaltsoos t'áá ajiłii'ígíí bee ak'e'elyaaígíí t'áá jiik'eh hólǫ́. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** bich'į' hodíílnih.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Português [Brazilian Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-794-5907 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: May available na mga libreng serbisyo sa wika, mga gamit na pantulong, at alternatibong format. Tumawag sa **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: மொழி,, உதவிப் பொருட்கள் மற்றும் மாற்று வடிவமைப்புச் சேவைகள் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** எண்ணை அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال **1-800-794-5907 (TTY: 711)**۔

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hỗ trợ phụ trợ và định dạng thay thế. Hãy gọi **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

This notice is available at **CarePlusHealthPlans.com/MLI**

Notas

H1019043000

Notas

H1019043000

CarePlus HEALTH PLANS™

Notas

H1019043000

Notas

H1019043000

CarePlus HEALTH PLANS™

CarePlus Health Plans, Inc.
P.O. Box 14168
Lexington, KY 40512-4168

CareOne Plus (HMO-POS)
H1019043000 SPA
Condados de Brevard e Indian River

www.CarePlusHealthPlans.com

H1019_SB_MAPD_HMOPOS_043000_2027_SP_M