

Resumen de beneficios

CareOne Plus (HMO-POS)

Orlando

Área de Orlando

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Florida: Lake, Marion, Orange, Osceola, Seminole, Sumter.

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.
- 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.
- 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 esta guía 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: **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 7 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

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 documento 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 en Puerto Rico. 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 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!

CarePlus
HEALTH PLANS®



Prima mensual, deducible y límites

COSTOS DEL PLAN

| | |
|--|---|
| Prima mensual del plan | \$0 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. |
| Reducción en la prima de Parte B | Su plan reducirá su prima mensual de la Parte B hasta \$5 pero por no más de la prima de la Parte B de Medicare Original para el 2025. |
| Deducible médico | Este plan no tiene deducible. |
| Deducible de farmacia (Parte D) | Deducible de \$0 |
| Responsabilidad máxima de desembolso personal | \$2,750 dentro de la red \$2,750 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 estadía como paciente hospitalizado. | Copago de \$60 por día por los días 1 a 5 | Copago de \$60 por día por los días 1 a 5 |
| | Copago de \$0 por día por los días 6 a 90 | Copago de \$0 por día por los días 6 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 \$60 | Copago de \$60 |
| CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA | | |
| Servicios de colonoscopia de diagnóstico | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Servicios de cirugía | Copago de \$20 | Copago de \$20 |

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](https://www.CarePlusHealthPlans.com/PAL).



Beneficios médicos (cont.)

H1019057000

| | DENTRO DE LA RED | FUERA DE LA RED |
|--|---|---|
| VISITAS AL MÉDICO | | |
| Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Consultorio de un PCP • Telesalud | Copago de \$0 Copago de \$0 | No hay cobertura Sin cobertura |
| Consultorio del especialista | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Consultorio del especialista • Telesalud | Copago de \$0 Copago de \$0 | Copago de \$0 Sin cobertura |
| CUIDADO PREVENTIVO | | |
| Este plan cubre todos los servicios preventivos de Medicare, los cuales incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • 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 de cáncer de mama (mamografía) • Consulta de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular • Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular • Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal • Prueba de detección de cáncer colorrectal • Prueba de detección de la depresión • Pruebas de detección de la diabetes | Copago de \$0 Ciertos servicios preventivos están cubiertos solo cuando se reciben de su PCP. | Copago de \$0 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". 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.



DENTRO DE LA RED

FUERA DE LA RED

- **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**
- **Prueba de detección de cáncer de próstata**
- **Examen físico rutinario**
- **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"**

Estarán cubiertos todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato.

*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 médicos (cont.)

H1019057000

| | DENTRO DE LA RED | FUERA DE LA RED |
|--|------------------------|-------------------------|
| CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA | | |
| Servicios en casos de emergencia en la 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 \$100 | Copago de \$100 |
| Servicios médicos y profesionales en la sala de emergencias | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| SERVICIOS QUE SE NECESITAN CON URGENCIA | | |
| • Telesalud | Copago de \$0 | Sin cobertura |
| • Centro de cuidado de urgencia | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| 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. | | |
| SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES | | |
| Servicios de imágenes avanzadas (MRI, MRA, PET y escaneo de CT) | | |
| • Centro de radiología independiente | Copago de \$50 | Copago de \$50 |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de \$60 | Copago de \$60 |
| • Consultorio de un PCP | Copago de \$50 | No hay cobertura |
| • Consultorio del especialista | Copago de \$50 | Copago de \$50 |

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 médicos (cont.)

H1019057000

| | DENTRO DE LA RED | FUERA DE LA RED |
|---|-----------------------|-------------------------|
| Servicios de radiología básicos (radiografías) | | |
| • Centro de radiología independiente | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de \$25 | 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 |
| 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 \$25 | 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 de laboratorio | | |
| • Laboratorio independiente | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| • 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 \$50 | Copago de \$50 |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de \$60 | Copago de \$60 |

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 médicos (cont.)

H1019057000

| | 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 \$0 | Copago de \$0 |
| Radiología terapéutica (Radioterapia) | | |
| • Centro de radiología independiente | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | 20% del costo | 20% del costo |
| • Consultorio del especialista | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN | | |
| Servicios para la audición cubiertos por Medicare | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la audición | HER845 | No hay cobertura |
| Para encontrar un proveedor de cuidado rutinario de audición o para ver si su proveedor está en nuestra red, visite CarePlusHealthPlans.com/Doctor > Medical (Médico) > Ingresar código postal > Escriba "Audiologist" (Audiólogo) en la casilla debajo de "Name, specialty, condition*" (Nombre especialidad, condición*) > Search (Buscar) | <ul style="list-style-type: none"> 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 audifono 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 | Copago de \$0 |
| Beneficio suplementario obligatorio de servicios dentales | DEN103 | 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". 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.



| | DENTRO DE LA RED | FUERA DE LA RED |
|---|---|-----------------|
| <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Para obtener más información sobre sus beneficios dentales, visite</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 para exámenes bucales integrales, hasta 1 cada 3 años. • Copago de \$0 para dentaduras postizas parciales o completas, hasta 1 juego cada 5 años. • Copago de \$0 para alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante por año. • Copago de \$0 para revestimiento de dentadura postiza, radiografía panorámica, conducto radicular, hasta 1 por año. • Copago de \$0 para radiografías de mordida, hasta 2 juegos por año. • Copago de \$0 para examen de diagnóstico de emergencia, cirugía bucal, examen bucal periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año. • Copago de \$0 para empastes de amalgama o resina compuesta, mantenimiento periodontal, hasta 4 por año. • Copago de \$0 para extracción quirúrgica o simple, hasta 5 por año. • Copago de \$0 para extracciones para dentaduras postizas, anestesia necesaria con un servicio cubierto, sin límite por año. • Las extracciones ilimitadas están cubiertas solo para los afiliados que recibirán | |

*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**.*



DENTRO DE LA RED

FUERA DE LA RED

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.

dentaduras postizas, todas las demás extracciones tienen un límite de 5 por año.

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).

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/Denta

*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 médicos (cont.)

H1019057000

| | DENTRO DE LA RED | FUERA DE LA RED |
|--|--|-------------------------|
| I-Finder > ingrese su código postal > Seleccione la categoría de búsqueda > Escriba el nombre del dentista o especialidad o seleccione "Todos los proveedores de servicios dentales". | | |
| 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 | Copago de \$0 |
| Servicios para la vista cubiertos por Medicare | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la vista Para encontrar un proveedor de cuidado rutinario de la vista o para ver si el proveedor está en nuestra red, visita CarePlusHealthPlans.com/Doctor > Médico > ingrese el código postal > escriba optometrist (optometrista) en el recuadro bajo "Name, specialty, condition*" (Nombre, especialidad, afección) > haga clic en Search (Buscar). | VIS843 <ul style="list-style-type: none"> 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, 2 pares de anteojos seleccionados por año sin costo. Puede elegir 1 par de anteojos de sol recetados. Los anteojos incluyen protección ultravioleta y capa contra rayaduras. | 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". 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 médicos (cont.)

H1019057000

| | DENTRO DE LA RED | FUERA DE LA RED |
|---|--|--|
| 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 \$60 por día por los días 1 a 5 Copago de \$0 por día por los días 6 a 90 | Copago de \$60 por día por los días 1 a 5 Copago de \$0 por día por los días 6 a 90 |
| Consultas de terapia para la salud mental | | |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| • Hospitalización parcial | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| • Consultorio del especialista | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Servicios ambulatorios para la farmacodependencia | | |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| • Hospitalización parcial | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| • Consultorio del especialista | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| • Telesalud | Copago de \$0 | Sin cobertura |
| 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 \$160 por día por los días 21 a 100 | Copago de \$0 por día por los días 1 a 20 Copago de \$160 por día por los días 21 a 100 |
| AMBULANCIA | | |
| Aérea | 20% del costo | 20% del costo |
| Terrestre | Copago de \$200 por viaje | Copago de \$200 por viaje |
| TRANSPORTE | | |
| El afiliado debe comunicarse con el proveedor de transporte para organizar el transporte. | Copago de \$0 para localidades aprobadas por el plan, hasta 26 viajes sencillos por año. Este beneficio ofrece millas ilimitadas 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](https://www.CarePlusHealthPlans.com/PAL).



Beneficios médicos (cont.)

H1019057000

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 | Copago de \$0 |

Medicamentos para quimioterapia

| | | |
|--|----------------------|----------------------|
| • Hospital para pacientes ambulatorios | 19% del costo | 19% del costo |
| • Consultorio del especialista | 19% del costo | 19% del costo |

Otros medicamentos de la Parte B

| | | |
|--|----------------------|-------------------------|
| • Hospital para pacientes ambulatorios | 19% del costo | 19% del costo |
| • Consultorio de un PCP | 19% del costo | No hay cobertura |
| • Farmacia | 19% del costo | 19% del costo |
| • Consultorio del especialista | 19% del costo | 19% del costo |

Insulina de la Parte B

| | | |
|--|----------------------|-------------------------|
| • Hospital para pacientes ambulatorios | 19% del costo | 19% del costo |
| • Consultorio de un PCP | 19% del costo | No hay cobertura |
| • Farmacia | 19% del costo | 19% del costo |
| • Consultorio del especialista | 19% del costo | 19% 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". 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

| | |
|--|---|
| Copagos de \$0 | Copagos de \$0 en farmacias y niveles seleccionados. Más detalles a continuación. |
| Deducible | Deducible de \$0 |
| 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

Este plan tiene un deducible de **\$0**.

COBERTURA INICIAL

Usted paga lo siguiente hasta que los costos de desembolso personal totales de medicamentos para medicamentos lleguen a **\$2,000**. Una vez que llegue a esta cantidad, ingresará en el Período catastrófico.

Costos compartidos en farmacias

| Días de suministro | 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™ | |
|--|--|-----------|--|-----------|---|-----------|
| | 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 | \$25 | \$75 | \$47 | \$141 | \$25 | \$65 |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos | 35% | 35% | 50% | 50% | 35% | 35% |
| Nivel 5: Nivel de especialidad | 33% | No aplica | 33% | No aplica | 33% | No aplica |

Usted tiene varias opciones de surtir sus medicamentos recetados, incluidas las farmacias de pedido por correo y minoristas. CenterWell Pharmacy® es la farmacia preferida, de pedido por correo, de costo compartido para muchos planes de CarePlus, lo que significa que pueda pagar tan poco como **\$0** para ciertos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2. Obtenga más información en **CenterWellPharmacy.com**.

Hay otras farmacias disponibles en nuestra red. Para encontrar cuáles farmacias están disponibles en nuestra red, visite **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.

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.

Costos compartidos para insulina

| Días del suministro | 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™ | |
|---------------------------------------|--|-----------|--|-----------|---|-----------|
| | 30 días | 100 días* | 30 días | 100 días* | 30 días | 100 días* |
| Nivel 2: Genéricos | \$0 | \$0 | \$20 | \$60 | \$0 | \$0 |
| Nivel 3: De marca preferidos | \$25 | \$75 | \$35 | \$105 | \$25 | \$65 |
| Nivel 5: Nivel de especialidad | \$35 | No aplica | \$35 | No aplica | \$35 | No aplica |

Hay otras farmacias disponibles en nuestra red. 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.

COBERTURA CATASTRÓFICA

Después de que sus costos totales de desembolso personal alcancen **\$2,000**, usted paga **\$0** por medicamentos cubiertos por el plan de la Parte D y excluidos.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

Medicamentos para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés) Con cobertura por la cantidad del costo compartido del Nivel 1.

Vitaminas recetadas Con cobertura por la cantidad del costo compartido del Nivel 1.

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 **\$2,000**, pagará uno de los siguientes según su nivel de "Ayuda adicional:"

- **\$4.90** por medicamento genérico/preferido de origen múltiple o biosimilar; **\$12.15** por cualquier otro medicamento; O
- **\$1.60** por medicamento genérico/preferido de origen múltiple o biosimilar; **\$4.80** por cualquier otro medicamento; O
- **\$0** por todos los medicamentos

Después de alcanzar su límite anual de desembolso personal de **\$2,000**, 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).

Los costos compartidos pueden variar según la farmacia que elija, cuándo 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 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Para obtener más información sobre su beneficio para medicamentos recetados, llámenos o consulte nuestra Evidencia de cobertura en línea.

Si reside en un centro de cuidado médico a largo plazo dentro de la red, usted paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista 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 de la red.



Beneficios adicionales

H1019057000

| | 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 \$0 | Copago de \$0 |
| Servicios de podología (cubiertos por Medicare) | Copago de \$0 | 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 | Copago de \$0 |
| • Farmacia | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| 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 | 20% del costo |
| Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) - Todos los demás | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Suministros médicos de un proveedor de suministros médicos | Copago de \$0 | Copago de \$0 |



Beneficios adicionales (Cont.)

Prótesis y suministros relacionados de un proveedor de prótesis

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Servicios de rehabilitación cardíaca

• Hospital para pacientes ambulatorios

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

• Consultorio del especialista

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

Terapia ocupacional

• Centro de rehabilitación ambulatoria integral

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

• Hospital para pacientes ambulatorios

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

• Consultorio del especialista

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

Terapia física

• Centro de rehabilitación ambulatoria integral

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

• Hospital para pacientes ambulatorios

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

• Consultorio del especialista

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

Servicios de rehabilitación pulmonar

• Hospital para pacientes ambulatorios

Copago de **\$5**

Copago de **\$5**

• Consultorio del especialista

Copago de **\$5**

Copago de **\$5**

Terapia del habla

• Centro de rehabilitación ambulatoria integral

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

• Hospital para pacientes ambulatorios

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

• Consultorio del especialista

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**



Beneficios adicionales (Cont.)

H1019057000

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 | Copago de \$0 |
| • Consultorio del especialista | Copago de \$0 | Copago de \$0 |



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*

Los afiliados diagnosticados con una afección crónica elegible pueden recibir un subsidio mensual de **\$25** en una tarjeta prepaga para utilizar para artículos esenciales que necesitan para cuidar su salud.

Este subsidio se puede utilizar para comprar productos aprobados en comercios minoristas participantes (como comestibles, artículos de cuidado personal, suministros para el hogar, etc.) o para pagar servicios aprobados (gastos de manutención mensuales, como alquiler, costos de transporte no médico como taxi, Uber, Lyft, etc.).

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

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

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.

Servicios quiroprácticos de rutina

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

Cuidado rutinario de los pies

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

*Los beneficios mencionados pueden ser parte de un programa suplementario especial para afiliados con enfermedades crónicas con una de las siguientes afecciones: diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos, insuficiencia cardíaca crónica. Esta no es una lista completa de afecciones calificantes. Tener una sola afección calificante no significa que usted recibirá los beneficios. Otros requisitos pueden aplicar.

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.

Pedido por correo de productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)

Subsidio trimestral de **\$75** para comprar productos de venta sin receta aprobados para la salud y el bienestar disponibles a través de nuestro proveedor de pedidos por correo OTC.

La cantidad no utilizada vence al final del trimestre.

- Los montos de los subsidios trimestrales están disponibles para usar a principios de enero, abril, julio y octubre.
- Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones.

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 de **\$500** 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.

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.

El beneficio de reducción de la prima de la Parte B paga parte o la totalidad de su prima de la Parte B y el monto puede cambiar según el monto que pague por la Parte B.

CareOne Plus (HMO-POS)
H1019057000 SPA
Área de Orlando



www.CarePlusHealthPlans.com