

2026

Notificación anual de cambios



CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)
H1019-118

Atlantic Coast
Norte de Florida

CarePlus
HEALTH PLANS™



Revise las actualizaciones de su plan de CarePlus para el 2026

Adentro encontrará la Notificación anual de cambios. Este manual compara sus beneficios del 2025 con sus beneficios del 2026.

Este manual muestra cambios importantes, pero no detalla todos los beneficios. Tenga en cuenta que su plan le continuará brindando cobertura dental, de la vista, auditiva y de medicamentos recetados. Su plan también incluye una prima de \$0, un copago para médico de cuidado primario de \$0 y servicios preventivos de \$0, que incluyen mamografías, colonoscopías y pruebas de detección de densidad ósea.

Si desea quedarse con CarePlus, no es necesario que haga nada. Su afiliación se renovará automáticamente el 1 de enero de 2026. Si tiene preguntas sobre su plan, comuníquese con nosotros. Estamos aquí para ayudar.

Desde el 15 de octubre de 2025, usted puede encontrar estos documentos del 2026 en línea en **CarePlusHealthPlans.com/Plans**:

- **Evidencia de Cobertura**
Detalles completos sobre su plan de CarePlus, incluyendo beneficios y costos
- **Guía de Medicamentos Recetados (Lista de Medicamentos)**
Lista de medicamentos cubiertos por su plan
- **Directorio de Proveedores**
Lista de médicos, farmacias y otros proveedores en su red

Si prefiere que le enviemos una copia impresa de estos documentos por correo postal, complete nuestro formulario de pedido en línea en: **CarePlusHealthPlans.com/PrintRequest**.

Si tiene preguntas, llame al Departamento de servicios para afiliados al **800-794-5907**. Si usa 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. Para servicio las 24 horas, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com**.

Es posible que CarePlus se ponga en contacto con usted de vez en cuando para informarle sobre otros planes de CarePlus. Para dejar de recibir llamadas en el futuro, puede comunicarse con Servicios para Afiliados al número de teléfono que aparece arriba.

Gracias por ser afiliado de CarePlus. Estamos comprometidos a ofrecerle beneficios y servicios que le ayuden a ahorrar dinero y tener el mejor estado de salud posible.

Notificación anual de cambio para 2026

Usted está inscrito como afiliado de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP).

Este material le explica los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en CareBreeze Platinum (HMO C-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite es.Medicare.gov o revise la lista en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2026*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Tiene más información sobre los costos, beneficios y reglas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en CarePlusHealthPlans.com/Plans o llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que le enviemos una copia por correo. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* para ver si otros cambios en los beneficios o costos le afectan.

Recursos adicionales

- Este material está disponible sin costo en inglés.
- Para obtener más información, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. Puede llamarnos los siete días de la semana. Tenga en cuenta que es posible que nuestro sistema telefónico automatizado responda a su llamada los fines de semana y días festivos. Para servicio las 24 horas, puede visitarnos en CarePlusHealthPlans.com. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluidos braille, letra grande y audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Servicios para afiliados al número que aparece anteriormente.
- **La cobertura conforme a este plan se considera cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito de la responsabilidad individual compartida según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)

- CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) es un plan de necesidades especiales con un contrato con Medicare. La inscripción en este plan de CarePlus depende de la renovación del contrato.
- Cuando este material dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa CarePlus Health Plans, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa CareBreeze Platinum (HMO C-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre 2025, quedará inscrito automáticamente en CareBreeze Platinum (HMO C-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	5
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el año próximo	10
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	10
Sección 1.2 Cambios en su cantidad máxima de desembolso personal	10
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....	11
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	11
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos para servicios médicos.....	11
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D.....	15
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados.....	16
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	20
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes.....	20
Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes	20
Sección 3.2 ¿Hay otros periodos del año para realizar un cambio?	21
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados	21
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?.....	22
Reciba ayuda de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)	22
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	22
Obtenga ayuda de Medicare	23
Anexo A. Información de contacto de las agencias estatales.....	24
Se enumeran los nombres, direcciones, números de teléfono y otra información de contacto para una variedad de recursos útiles en su estado	

Resumen de costos importantes para 2026

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior a esta cantidad. Para ver información detallada, consulte la Sección 1.1.	\$0	\$0
Cantidad máxima de desembolso personal Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de gastos de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Para ver información detallada, consulte la Sección 1.2).	\$3,800	\$3,800
Visitas al consultorio del proveedor de cuidado primario	Copago de \$0 por consulta	Copago de \$0 por consulta
Consultas médicas con un especialista	Copago de \$20 por consulta	Copago de \$20 por consulta
Estadías en el hospital como paciente internado Incluye internación hospitalaria para enfermedades agudas, internación para servicios de rehabilitación, hospitales de cuidado médico a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios de internación. El cuidado hospitalario a pacientes internados comienza el día en que usted está formalmente admitido en el hospital por orden de un médico. El día antes de que le den de alta es su último día de paciente internado.	Copago de \$200 por día para los días 1 – 5	Copago de \$200 por día para los días 1 – 5
	Copago de \$0 por día para los días 6 – 90	Copago de \$0 por día para los días 6 – 90
Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles).	\$0	\$615 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles, incluidas las Etapas de deducible anual, cobertura inicial, y cobertura catastrófica). Es posible que no todos los niveles incluyan la insulina. Consulte la Guía de medicamentos recetados para confirmar la cobertura de la insulina.	Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:	Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 para los medicamentos en el Nivel 1, \$5 por costo compartido para medicamentos en el Nivel 2, \$45 por costo compartido para medicamentos en el Nivel 3, \$0 por costo compartido para medicamentos en el Nivel 6, y el costo total de los medicamentos en el Nivel 4 y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual. Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
	Por un suministro de 30 días de una farmacia minorista: - Nivel 1 de medicamentos: \$0 - Nivel 2 de medicamentos: \$5 Usted paga \$5 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 3 de medicamentos: \$45 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 4 de medicamentos: 50% - Nivel 5 de medicamentos: 33% Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 6 de medicamentos: \$0	Por un suministro de 30 días de una farmacia minorista: - Nivel 1 de medicamentos: \$0 Usted paga 0% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 2 de medicamentos: \$5 Usted paga 25% hasta \$5 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 3 de medicamentos: \$45 Usted paga 25% hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 4 de medicamentos: 50% Usted paga 25% hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 5 de medicamentos: 25% Usted paga 25% hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 6 de medicamentos: \$0 Usted paga 0% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
	Por un suministro de 100 días de una farmacia de pedido por correo con costos compartidos preferidos: - Nivel 1 de medicamentos: \$0 - Nivel 2 de medicamentos: \$0 Usted paga \$0 por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 3 de medicamentos: \$125 Usted paga \$95 por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 4 de medicamentos: 50% - Nivel 5 de medicamentos: No disponible - Nivel 6 de medicamentos: \$0	Por un suministro de 100 días de una farmacia de pedido por correo con costos compartidos preferidos: - Nivel 1 de medicamentos: \$0 Usted paga 0% por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 2 de medicamentos: \$0 Usted paga 0% por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 3 de medicamentos: \$90 Usted paga 25% hasta \$70 por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 4 de medicamentos: 50% Usted paga 25% hasta \$105 por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 5 de medicamentos: No disponible - Nivel 6 de medicamentos: \$0 Usted paga 0% por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
	Por un suministro de 100 días de una farmacia de pedido por correo con costos compartidos estándares: - Nivel 1 de medicamentos: \$30 - Nivel 2 de medicamentos: \$60 Usted paga \$60 por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 3 de medicamentos: \$141 Usted paga \$105 por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 4 de medicamentos: 50% - Nivel 5 de medicamentos: No disponible - Nivel 6 de medicamentos: \$0	Por un suministro de 100 días de una farmacia de pedido por correo con costos compartidos estándares: - Nivel 1 de medicamentos: \$30 Usted paga 25% hasta \$30 por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 2 de medicamentos: \$60 Usted paga 25% hasta \$60 por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 3 de medicamentos: \$141 Usted paga 25% hasta \$105 por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 4 de medicamentos: 50% Usted paga 25% hasta \$105 por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 5 de medicamentos: No disponible - Nivel 6 de medicamentos: \$0 Usted paga 0% por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos y por medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.	Cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y por medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el año próximo

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual del plan

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
Prima mensual del plan (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
Reducción de la prima de la Parte B Este monto se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que pagará menos por la Parte B.	\$95	\$118

Factores que podrían cambiar la cantidad de su prima de la Parte D

- **Multa por afiliación tardía:** su prima mensual del plan será *más alta* si usted debe pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos al menos tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (a lo que también se hace referencia como “cobertura válida”) durante 63 días o más.
- **Recargo por ingresos más altos:** si usted tiene un ingreso superior, es posible que deba pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos recetados de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en su cantidad máxima de desembolso personal

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina la cantidad máxima de desembolso personal. Una vez que haya pagado esta cantidad, por lo general no debe pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
Cantidad máxima de desembolso personal Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos) se tienen en cuenta para la cantidad máxima de desembolso personal. Sus costos de los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de desembolso personal.	\$3,800	\$3,800 Una vez que haya pagado \$3,800 de desembolso personal por los servicios cubiertos de las Partes A y B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B para el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Consulte el *Directorio de proveedores de 2026* en **CarePlusHealthPlans.com/Directories** para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en **CarePlusHealthPlans.com/Directories**.
- Llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que son parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que pague por sus medicamentos recetados pueden depender de las farmacias que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *únicamente* si se surten en una farmacia de nuestra red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores de 2026* en **CarePlusHealthPlans.com/Directories** para ver qué farmacias están en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en **CarePlusHealthPlans.com/Directories**.
- Llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre las farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo postal un *Directorio de proveedores*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que son parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Los servicios recibidos en Clínicas de salud rurales, Clínicas de salud calificadas federalmente y Hospitales de acceso crítico pueden estar sujetos al copago o coseguro del médico de cuidado primario o especialista, según corresponda, para 2026.

Este subsidio para gasto es un(os) programa(s) especial(es) para afiliados con afecciones de salud específicas. Las afecciones elegibles incluyen diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, trastornos de salud mental crónicos y discapacitantes, trastornos pulmonares crónicos, o insuficiencia cardíaca crónica, entre otras. Algunos planes requieren al menos dos afecciones y aplican otros requerimientos. Consulte la Evidencia de Cobertura para más detalles. Si utiliza este programa para la renta o servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo

Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) requiere que esto se informe como ingreso si busca asistencia. Si tiene preguntas, contacte a la oficina del HUD local.

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos Subsidio CareEssentials	Subsidio mensual de \$25 en una tarjeta prepaga para utilizar para artículos esenciales que necesita para cuidar su salud. Este subsidio se puede utilizar para comprar productos aprobados en comercios minoristas participantes (como comestibles, artículos de venta sin receta para la salud y el bienestar, artículos de cuidado personal, suministros para el hogar, etc.) o para pagar servicios aprobados (gastos 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.	Los afiliados a los que se les haya diagnosticado una afección de salud crónica elegible pueden recibir un subsidio mensual de \$35 en una tarjeta de gastos prepagada que pueden utilizar en establecimientos minoristas participantes para comprar productos básicos necesarios para la salud. Además, los afiliados también pueden utilizar este dinero para pagar alimentos, servicios públicos, alquileres y otras cosas elegibles. Las cantidades no utilizadas se transfieren al siguiente mes y vencen al final del año del plan o al desafiarse, lo que ocurra primero.
Servicios de ambulancia Por cada transporte terrestre de emergencia cubierto por Medicare, usted paga:	Copago de \$200 por viaje	Copago de \$250 por viaje
Monitor continuo de glucosa - en un proveedor de equipo médico duradero - en una farmacia minorista de la red	10% del costo total 10% del costo total	Copago de \$0 Copago de \$0
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados Por cada artículo de alto costo cubierto por Medicare, usted paga:	20% del costo total por sillas de ruedas eléctricas o personalizadas, scooters	Sin cambio

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
Por todos los demás artículos cubiertos por Medicare, usted paga:	motorizadas, estimuladores de crecimiento óseo, cajas de voz, bombas de insulina, sistemas de oxígeno líquido, desfibriladores cardioversores portátiles y dispositivos de oscilación de alta frecuencia para la pared torácica. 10% del costo total	20% del costo total
Cuidado médico en casos de emergencia Por cada consulta en una sala de emergencias cubierta por Medicare, usted paga:	Copago de \$90 está exento si es admitido dentro de 24 horas.	Copago de \$150 está exento si es admitido dentro de 24 horas.
Servicios para la audición Beneficios suplementarios de servicios para la audición:	HER722 Copago de \$0 por ajuste o evaluación, exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios de \$250 para cada audífono recetado (de todo tipo), hasta 1 por oído por año. Tenga en cuenta que incluye 2 años de garantía y 1 mes de suministro de batería.	HER751 Copago de \$0 por ajuste o evaluación, exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios de \$500 para cada audífono recetado (de todo tipo), hasta 1 por oído por año. Tenga en cuenta que incluye 2 años de garantía y 1 mes de suministro de batería.
Servicios ambulatorios intensivos – en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de \$20	Copago de \$25
Pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios, servicios y suministros terapéuticos - Por las pruebas y procedimientos de diagnóstico, usted paga: – en un centro de cuidado de urgencia - Por los servicios de imágenes avanzadas (MRI, MRA, PET o escaneo CT), usted paga: – en el consultorio de su proveedor de cuidado primario – en el consultorio de un especialista – en un centro de radiología independiente – en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de \$20 Copago de \$95 Copago de \$95 Copago de \$95 Copago de \$110	Copago de \$25 Copago de \$100 Copago de \$100 Copago de \$100 Copago de \$200

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
• Por los servicios de radiología básicos, usted paga: – en un centro de cuidado de urgencia • Por los servicios de medicina nuclear, usted paga: – en un centro de radiología independiente – en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de \$20 Copago de \$60 Copago de \$110	Copago de \$25 Copago de \$100 Copago de \$150
Servicios de rehabilitación ambulatoria • Por terapia física cubierta por Medicare, usted paga: – en un centro hospitalario como paciente ambulatorio • Por terapia ocupacional cubierta por Medicare, usted paga: – en un centro hospitalario como paciente ambulatorio • Para la terapia del habla/lenguaje cubierta por Medicare, usted paga: – en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de \$20 Copago de \$20 Copago de \$20	Copago de \$25 Copago de \$25 Copago de \$25
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios provistos en centros hospitalarios de cuidado ambulatorio y centros de cirugía ambulatoria • Por cada consulta para servicios quirúrgicos cubierta por Medicare, usted paga: – en un centro de cirugía ambulatoria – en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de \$95 Copago de \$110	Copago de \$100 Copago de \$200
Pedido por correo de medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	Subsidio mensual de \$35 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 mes.	Subsidio mensual de \$30 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 mes.
Hospitalización parcial		

Costo	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
– en un centro hospitalario como paciente ambulatorio	Copago de \$20	Copago de \$25
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) Por una estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare, usted paga:	Copago de \$0 por día para los días 1 - 20 Copago de \$125 por día para los días 21 - 100	Copago de \$0 por día para los días 1 - 20 Copago de \$160 por día para los días 21 - 100
Flexibilidad uniforme para el transporte médico que no es de emergencia	No hay cobertura	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 ofrece una cantidad ilimitada de millas por viaje.
Servicios que se necesitan con urgencia - Por los servicios que se necesitan con urgencia cubiertos por Medicare, usted paga: - en un centro de cuidado de urgencia - por una consulta virtual de cuidado de urgencia	Copago de \$20 Copago de \$20	Copago de \$25 Copago de \$25
Cobertura mundial - Por cada consulta en la sala de emergencias, usted paga: - Por cada consulta en un centro de cuidado de urgencia, usted paga:	Copago de \$90 está exento si es admitido dentro de 24 horas. Copago de \$20	Copago de \$150 está exento si es admitido dentro de 24 horas. Copago de \$25

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D

Cambios a nuestra Guía de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Guía de medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Guía de medicamentos por medios electrónicos. La Lista de medicamentos incluye muchos, pero no todos, de los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no ve su medicamento en esta lista, es posible que igual esté cubierto. **Usted puede obtener la Guía de medicamentos completa** llamando a Servicios para

afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web ([CarePlusHealthPlans.com/DrugGuide](https://www.CarePlusHealthPlans.com/DrugGuide)).

Hemos realizado cambios a nuestra Guía de medicamentos, los cuales incluyen remover o añadir medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos, o cambiarlos a un nivel de costos compartidos diferente. **Revise la Guía de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá restricciones, o si su medicamento se cambió a un nivel de los costos compartidos diferente.**

La mayoría de los cambios en la Guía de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año calendario. También actualizaremos nuestra Guía de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proveer la lista más actualizada de medicamentos. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con el profesional que le receta para saber sus opciones, como pedir un suministro temporal, pedir una excepción y/o encontrar un medicamento nuevo. Llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Sección 1.7 – Cambios en los costos y beneficios de medicamentos recetados

¿Recibe Ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **la información acerca de los costos de medicamentos de la Parte D posiblemente no le corresponda a usted.** Le enviamos material por separado llamado *Cláusula de la evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados*, que le informa sobre sus costos de los medicamentos. Si recibe Ayuda adicional, y no recibe este material antes del 30 de septiembre, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula del subsidio por ingresos limitados* (*Cláusula LIS*, por sus siglas en inglés).

Etapas del pago de medicamentos

Hay **3 etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. El Período sin cobertura y el Programa de descuentos durante el período sin cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

- **Etapa 1: Deducible anual**

Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el deducible anual.

- **Etapa 2: Cobertura inicial**

Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo. Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos del año hasta la fecha alcancen **\$2,100**.

- **Etapa 3: Cobertura catastrófica**

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de descuentos durante el período sin cobertura ha sido reemplazado por el Programa de descuentos de los fabricantes. Según el Programa de descuentos de los fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una porción del costo completo del plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los

fabricantes según el Programa de descuentos de los fabricantes no se tienen en cuenta para los gastos de desembolso personal.

En la tabla se muestran los costos por medicamentos recetados durante esta etapa.

Costos de medicamentos en la Etapa 1: deducible anual

Etapa	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
Deducible anual	Como no tenemos un deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	El deducible es \$615 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Durante esta etapa, usted paga \$0 de costos compartidos por los medicamentos del Nivel 1, \$5 de costos compartidos por los medicamentos del Nivel 2, \$45 de costos compartidos por los medicamentos del Nivel 3, \$0 de costos compartidos por los medicamentos del Nivel 6 y el costo total de los medicamentos del Nivel 4 y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.

Costos de medicamentos en la Etapa 2: cobertura inicial

Cambiamos el nivel de algunos medicamentos en nuestra Guía de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Guía de medicamentos.

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

La tabla muestra el costo por receta para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de vacunas, o información sobre los costos para un suministro a largo plazo, o para medicamentos recetados de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado **\$2,100** como desembolso personal por medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).

	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
Nivel 1: Genéricos preferidos:	Usted paga \$0 . Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es \$10 .	Usted paga \$0 por suministro mensual en una farmacia minorista. Usted paga 0% por suministro mensual en una farmacia minorista de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es \$10 . Usted paga 25% hasta \$10 por suministro mensual de receta de pedido por correo de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Nivel 2: Genéricos:	Usted paga \$5 . Usted paga \$5 por un mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es \$20 .	Usted paga \$5 por suministro mensual en una farmacia minorista. Usted paga 25% hasta un \$5 por un mes de suministro en una farmacia minorista de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es \$20 . Usted paga 25% hasta \$20 por suministro mensual de receta de pedido por correo de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Nivel 3: De marca preferidos:	Usted paga \$45 . Usted paga \$35 por un mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es \$47 .	Usted paga \$45 por suministro mensual en una farmacia minorista. Usted paga 25% hasta \$35 por un mes de suministro en una farmacia minorista de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es \$47 . Usted paga 25% hasta \$35 por suministro mensual de receta de pedido por correo de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
Nivel 4: Medicamentos no preferidos:	Usted paga 50% del costo total. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es 50% .	Usted paga 50% del costo total por suministro mensual en una farmacia minorista. Usted paga 25% hasta \$35 por un mes de suministro en una farmacia minorista de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es 50% . Usted paga 25% hasta \$35 por suministro mensual de receta de pedido por correo de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Nivel 5: Nivel de especialidad:	Usted paga 33% del costo total. Usted paga \$35 por un mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es 33% .	Usted paga 25% del costo total por suministro mensual en una farmacia minorista. Usted paga 25% hasta \$35 por un mes de suministro en una farmacia minorista de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es 25% . Usted paga 25% hasta \$35 por suministro mensual de receta de pedido por correo de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Nivel 6: Medicamentos de cuidado seleccionado:	Usted paga \$0 . Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es \$0 .	Usted paga \$0 por suministro mensual en una farmacia minorista. Usted paga 0% por suministro mensual en una farmacia minorista de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es \$0 . Usted paga 0% por suministro mensual de receta de pedido por correo de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Cambios en la Etapa de cobertura catastrófica

Si alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura catastrófica, consulte el Capítulo 6, Sección 6, en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2025 (este año)	2026 (año próximo)
Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare	El plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que empezó este año y puede ayudarle a manejar los costos de desembolso personal de los medicamentos cubiertos por nuestro plan al dividirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Es posible que usted participe en esta opción de pago.	Si usted está participando en el Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para el 2026. Para aprender más sobre esta opción de pago, llámenos al 800-794-5907 (usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite http://es.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes

Para permanecer en **CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)** **no necesita hacer nada**. A menos que se inscriba en un plan diferente o cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan CareBreeze Platinum (HMO C-SNP).

Si quiere cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare distinto**, inscribese en el nuevo plan. Se le desafiliará automáticamente de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP).
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se le desafiliará automáticamente de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP).
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, usted puede enviarnos una solicitud de desafiliación por escrito. Llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite la desafiliación. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se afilia a un plan de medicamentos de Medicare, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D (consulte la Sección 4).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite es.Medicare.gov, lea el manual *Medicare* y *usted 2026*, llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección 5), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 – Plazos para cambiar de planes

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cobertura desde **el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que empieza el 1 de enero de 2026 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin una cobertura aparte para medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 – ¿Hay otros períodos del año para realizar un cambio?

En determinadas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para hacer cambios en su cobertura durante el año. Los ejemplos incluyen personas que:

- Tengan Medicaid.
- Reciban Ayuda adicional para pagar los medicamentos.
- Tengan o dejen de tener cobertura del empleador.
- Se muden fuera del área de servicio de nuestro plan.

Si recientemente se mudó a una institución o actualmente vive en una (como un centro de enfermería especializada u hospital de cuidado a largo plazo), usted puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin una cobertura aparte de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si acaba de mudarse de una institución, tiene una oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original por 2 meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados

Usted puede ser elegible para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Existen diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para obtener Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos incluyendo primas mensuales del plan de medicamentos, deducibles anuales y coseguro. Además, las personas que son elegibles no tendrán una multa por afiliación tardía. Para ver si usted es elegible, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los siete días de la semana.
 - Seguro social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - La oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el programa ADAP que están viviendo con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos esenciales contra el VIH. Para ser elegible para el programa ADAP de su estado, usted debe cumplir ciertos criterios, incluidos la prueba de residencia estatal y condición de VIH, bajos ingresos, según lo definido por el estado, y el estatus de no tener seguro o tener seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP son elegibles para recibir ayuda con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del programa ADAP. Para obtener información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa, o si ya está inscrito cómo

continuar recibiendo ayuda, llame al programa ADAP (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en el “Anexo A” en la parte final de este documento). Cuando llame, asegúrese de informar el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o su número de póliza.

- **El Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare.** El Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus gastos de desembolso personal, para medicamentos cubiertos por nuestro plan, al distribuirlos durante el año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**
- La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su ADAP, para las personas que son elegibles, tiene más ventajas que la participación en el Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los afiliados son elegibles para participar en el plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare, sin importar su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite es.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Reciba ayuda de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)

Llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907. (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Estamos disponibles para atender las llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m. Puede llamarnos los siete días de la semana. Tenga en cuenta que es posible que nuestro sistema telefónico automatizado responda a su llamada los fines de semana y días festivos. Para servicio las 24 horas, puede visitarnos en CarePlusHealthPlans.com. Las llamadas a estos números son gratis.

Lea su *Evidencia de cobertura para 2026*

Esta *Notificación anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) para 2026. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Le explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en CarePlusHealthPlans.com/Plans o llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo postal.

Visite CarePlusHealthPlans.com/Plans.

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*formulario/Guía de medicamentos*).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en cada estado.

Llame al SHIP de su estado para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros de salud. Le pueden ayudar a comprender las opciones de planes de Medicare y Medicaid, y responder preguntas acerca del

cambio de planes. La información de contacto del SHIP de su estado se menciona en el “Anexo A” en la parte final de este documento.

Obtenga ayuda de Medicare

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo en es.Medicare.gov**

Puede chatear en vivo en es.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite es.Medicare.gov**

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costo, cobertura y calificaciones de calidad de Estrellas para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y usted 2026***

El manual *Medicare y usted 2026* se envía por correo a las personas que tienen Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes que se hacen sobre Medicare. Obtenga una copia en es.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Anexo A - Información de contacto de las agencias estatales**Anexo A - Información de contacto de las agencias estatales**

Esta sección provee la información de contacto de las agencias estatales a las que se hace referencia en esta Notificación anual de cambios. Si tiene problemas para localizar la información que busca, contacte a Servicios para afiliados al número de teléfono en la contraportada de este manual.

FLORIDA	
Nombre del programa SHIP e información de contacto	Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000 800-963-5337 (llamada gratuita) 800-955-8770 (TTY) 850-414-2150 (fax) 800-963-5337 http://www.floridaSHINE.org
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 888-317-0751 711 (TTY) 844-878-7921 (Fax) www.acentraqio.com
Oficina estatal de Medicaid	Florida Medicaid 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308-5407 888-419-3456 (llamada gratuita) 850-412-4000 (local) 850-922-2993 (fax) 800-955-8771 (TTY) https://ahca.myflorida.com
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA	Florida AIDS Drug Assistance Program (ADAP) HIV/AIDS Section 4052 Bald Cypress Way Tallahassee, FL 32399 850-245-4422 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) (español) 1-800-2437-101 (1-800-AIDS-101) (Kreyòl Ayisyen) 888-503-7118 (TTY) http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html

Insurance ACE

Aviso sobre prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. ANALÍCELO DETENIDAMENTE.

La privacidad de su información personal y de salud es importante. No necesita hacer nada a menos que tenga una solicitud o una queja.

Este Aviso sobre prácticas de privacidad se aplica a todas las entidades que forman parte de Insurance ACE, una entidad cubierta afiliada según la HIPAA. ACE es un grupo de entidades cubiertas legalmente separadas que están afiliadas y se han designado a sí mismas como una única entidad cubierta a los fines de la HIPAA.

Hay una lista completa de las entidades miembro de ACE disponible en <https://huma.na/insuranceace>.

Es posible que cambiemos nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permitan las leyes, incluyendo la información que creamos o que recibamos antes de hacer los cambios. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestro plan de salud el correspondiente aviso.

¿Qué es la información personal o de salud no pública?

La información personal y de salud no pública incluye tanto información médica como información personal, como su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social, números de cuenta, información de pago o información demográfica. El término “información” en este aviso incluye toda información personal y sobre salud no pública. Esto incluye información creada o recibida por un proveedor de cuidado de la salud o un plan de salud. La información se relaciona con su salud física o mental o su afección, la prestación de servicios de cuidado de la salud que usted recibe o el pago de esos servicios de cuidado de la salud.

¿Cómo recopilamos información sobre usted?

Recopilamos información sobre usted y su familia cuando usted completa solicitudes y formularios. También recopilamos información de sus transacciones con nosotros, nuestras afiliadas u otros. Por ejemplo, es posible que recibamos información sobre usted de participantes del sistema de cuidado de la salud, como su médico u hospital, así como de empleadores o administradores de planes, agencias de informes de crédito y la Oficina de Información Médica.

¿Qué información recibimos sobre usted?

La información que recibimos puede incluir datos como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, historial de pagos de primas y su actividad en nuestro sitio web. Esto también incluye información relacionada con su plan de beneficios médicos, sus beneficios de salud y evaluaciones de riesgos de salud.

¿Cómo protegemos su información?

Tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información en todos los formatos, incluida la información electrónica, y oral. Entre los procedimientos administrativos, técnicos y físicos que tenemos para proteger su información de diversas formas se incluyen:

- Limitamos el número de personas que pueden ver su información.
- Limitamos la forma en que podemos usar o divulgar su información.
- Le informamos a usted acerca de nuestros deberes legales acerca de su información.
- Capacitamos a nuestros empleados acerca de nuestro programa y procedimientos de privacidad.

¿Cómo usamos y divulgamos su información?

Usamos y divulgamos su información:

- A usted o a cualquier persona que tenga derecho legal de actuar en su nombre.

- A la Secretaría del Departamento de salud y servicios humanos.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:

- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluido el pago de reclamaciones de servicios cubiertos provistos a usted por proveedores de cuidado de la salud y para pagos de las primas del plan de salud.
- Para actividades de funcionamiento del cuidado de la salud. Esto incluye procesar su inscripción, responder a sus preguntas, coordinar su cuidado, mejorar la calidad, y determinar las primas.
- Para realizar actividades de suscripción. No obstante, no usaremos ningún resultado de exámenes genéticos ni haremos preguntas con respecto a su historia familiar.
- Al patrocinador de su plan, para permitirle realizar funciones de administración del plan, como actividades relacionadas con la elegibilidad, la inscripción y la desafiliación. Podemos compartir información de salud resumida sobre usted con el patrocinador de su plan en ciertos casos. Por ejemplo, para permitirle al patrocinador de su plan obtener ofertas de otros planes de salud. Su información de salud detallada no se compartirá con el patrocinador de su plan. Le pediremos permiso o el patrocinador de su plan debe certificar que se compromete a mantener la privacidad de su información.
- Para contactarle a usted y brindarle información acerca de servicios y beneficios relacionados con la salud, recordatorios de citas, o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Si usted optó por no recibir este tipo de información, no nos comunicaremos con usted.
- A sus familiares y amigos si usted no puede comunicarse, como en un caso de emergencia.
- A sus familiares y amigos o a cualquier otra persona que usted identifique. Esto se aplica si la información es directamente pertinente con la participación de dichas personas en su cuidado de la salud o en el pago de dicho cuidado. Por ejemplo, si un familiar o cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, nosotros podemos confirmar si la reclamación ha sido recibida y pagada.
- Para proveer información de pago al suscriptor para sustentación ante el Servicio de impuestos internos.
- A las agencias de salud pública, si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando hay problemas de abuso, negligencia o violencia familiar.
- En respuesta a una orden administrativa o del tribunal, citación, solicitud de revelación u otros procesos legales.
- Con fines de aplicación de la ley, a las autoridades militares y según sea exigido de cualquier otra forma por la ley.
- Para ayuda en tareas de recuperación en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones bajo el contrato o la ley de compensación laboral.
- Para evitar una grave e inminente amenaza para su salud o seguridad o para la salud o seguridad de otras personas.
- Con fines de investigación, en circunstancias limitadas y siempre que hayan tomado las medidas apropiadas para proteger su privacidad.
- Para obtención, remisión al banco de órganos, o trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico patólogo forense, examinador médico o director funerario.

Otras restricciones sobre el uso y la divulgación para ciertos tipos de información:

- Algunas leyes estatales y federales podrían restringir el uso y la divulgación de determinada información sensible de salud, tal como: trastorno por abuso de sustancias; información biométrica; negligencia o abuso infantil o de adultos, incluido el ataque sexual; enfermedades transmisibles; información genética; VIH/SIDA; salud mental; salud reproductiva; y enfermedades de transmisión sexual.
- Información de salud reproductiva: No usaremos ni divulgaremos información para realizar una investigación para identificar a (o el intento de imponer responsabilidad contra) ninguna persona por el hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar cuidado de salud reproductiva legal. En respuesta a una solicitud de información de una agencia gubernamental (o de otra persona) que podría estar relacionada al cuidado de la salud reproductiva, la persona que efectúe la solicitud debe proporcionar una certificación firmada que indique que el objetivo de dicha solicitud no viola la prohibición sobre la divulgación de la información de cuidado de salud reproductiva.

¿Usaremos su información para fines no descritos en este aviso?

No usaremos ni divulgaremos su información con ningún otro fin que no esté descrito en este aviso sin su permiso por escrito. Usted puede cancelar su permiso en cualquier momento mediante una notificación por escrito. Los siguientes usos y divulgaciones requerirán su permiso por escrito:

- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia.
- Los fines de marketing.
- La venta de información personal y de salud.

¿Qué hacemos con su información cuando usted deja de ser afiliado?

Su información puede seguir siendo usada con los fines descritos en este aviso. Esto incluye cuando usted no obtiene cobertura a través de nosotros. Después del periodo de retención legal requerido, destruimos la información siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?

Tenemos el compromiso de responder a su solicitud de derechos de manera oportuna.

- Acceso: usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que puede ser usada para tomar decisiones acerca de usted. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Según lo exige la ley aplicable, pondremos esta información personal a su disposición o a disposición de su representante designado.
- Decisión adversa sobre la suscripción: si rechazamos su solicitud de seguro, usted tiene derecho a que se le proporcione el motivo de la denegación.
- Comunicación alterna: para evitar una situación que ponga en riesgo la vida, usted tiene derecho a recibir su información de una manera diferente o en un lugar diferente. Procesaremos su solicitud si es razonable.
- Enmienda: usted tiene derecho a solicitar correcciones a cualquier información personal a través de enmiendas o eliminaciones. Dentro de los 60 días hábiles de recibir el pedido por escrito, le notificaremos a usted sobre su enmienda o eliminación de la información en disputa, o de nuestro rechazo de hacer cierta corrección luego de más investigación.
- Si nos rehusáramos a enmendar o eliminar la información en disputa, usted tiene el derecho de presentarnos una declaración por escrito con las razones de su desacuerdo con nuestra evaluación de la información en disputa y lo que usted considera ser información correcta. Haremos que dicha declaración sea accesible para todas y cada una de las partes que revisen la información en disputa.*
- Divulgación: usted tiene derecho a recibir una lista de las veces en las cuales nosotros o nuestros asociados comerciales hayamos divulgado su información. Esto no se aplica a tratamientos, pagos, operaciones del plan de salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un periodo de seis años. Si solicita esta lista más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable basado en los costos.
- Aviso: usted tiene derecho a solicitar y recibir una copia por escrito de este aviso en cualquier momento.
- Restricción: usted tiene derecho a solicitar que se limite el uso o la divulgación de su información. No se nos exige aceptar este límite, pero si lo hacemos, acataremos nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a aceptar o terminar una limitación previamente presentada.

Si creo que se ha violado mi privacidad, ¿qué debo hacer?

Si cree que se ha violado su privacidad, puede presentar una queja ante nosotros llamándonos al 866-861-2762 en cualquier momento.

También puede presentar una queja por escrito al Departamento de salud y servicios humanos de EE. UU., Oficina de derechos civiles (OCR, por sus siglas en inglés). Le suministraremos la dirección regional de la OCR que corresponda si usted así lo solicita. También puede enviar su queja por correo electrónico a

OCRComplaint@hhs.gov. Si decide presentar una queja, sus beneficios no se verán afectados y no le castigaremos ni tomaremos represalias de ninguna manera.

Respaldamos su derecho de proteger la privacidad de su información personal y de salud.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber puesto en riesgo la privacidad o la seguridad de su información
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información excepto según se describe aquí, a menos que usted nos indique que podemos hacerlo por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

¿Cómo ejerzo mis derechos u obtengo una copia de este aviso?

Todos sus derechos de privacidad se pueden ejercer mediante la obtención de los formularios pertinentes. Para obtener cualquiera de estos formularios:

- Comuníquese con nosotros al 866-861-2762
- Ingrese a nuestro sitio web en **CarePlusHealthPlans.com/Privacy** y vaya al enlace de Prácticas de privacidad
- Envíe el formulario de solicitud completado a:

Humana Inc.
Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

* Este derecho solo se aplica a nuestros residentes de Massachusetts según las regulaciones estatales.

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 **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 14618, Lexington, KY 40512-4618, **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)**.



Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

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 والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **1-800-794-5907 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն Armenian: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Չանգահարե՛ք՝ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**:

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: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis disponib. Rele **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hrvatski Croatian: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge 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 linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **1-800-794-5907 (TTY: 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: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** પર કોલ 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. Chiama il numero **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

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

GHHNOA2025CP

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。

ភាសាខ្មែរ Khmer: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួយប្រភេទផ្សេងៗទៀតដោយឥតគិតថ្លៃ។ 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: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahji' bee adahodoonígíí diné bich'í' anídahazt'i'í, dóó ahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohji' hodíilnih **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

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

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

ਪੰਜਾਬੀ Punjabi: ਮੁਫਤ 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: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

தமிழ் Tamil: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** ஐ 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۔ **(TTY: 711) 1-800-794-5907** کال کریں۔

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

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

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



H1019118000ANOCSP26

Información importante sobre los cambios en su plan de Medicare Advantage y de medicamentos recetados



Más información en el interior

Aquí está un resumen de las diferencias en su **plan de CarePlus** que entra en vigencia el 1 de enero de 2026.

¿Tiene preguntas?

Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al 800-794-5907 (TTY: 711).



CarePlusHealthPlans.com