

# 2025

## Notificación anual de cambios



---

### **CareNeeds Platinum (HMO D-SNP)** H1019-146

---

### **Centro y norte de Florida**

Determinados condados en Florida

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

**CarePlus**  
HEALTH PLANS®



## Gracias por ser un afiliado de CarePlus.

Agradecemos la confianza que deposita en nosotros para sus necesidades de cuidado de la salud. CarePlus se compromete a ofrecer los beneficios y los servicios que les resulten más útiles a nuestros afiliados para ahorrar dinero y tener el mejor estado de salud posible.

Este folleto muestra una comparación entre sus beneficios de 2024 y sus beneficios de 2025. Si desea mantener su plan actual, no tiene que hacer nada.

### La información que necesita está a solo un clic de distancia

A partir del 15 de octubre de 2024, podrá encontrar estos documentos correspondientes a 2025 en línea en: [www.CarePlusHealthPlans.com/Plans](http://www.CarePlusHealthPlans.com/Plans):

- **Evidencia de cobertura**  
Detalles completos sobre su plan de CarePlus, incluyendo beneficios y costos
- **Guía de medicamentos Recetados (Lista de Medicamentos)**  
La lista de los medicamentos cubiertos por su plan
- **Directorio de proveedores**  
La lista de los médicos, las farmacias y otros proveedores que están en su red

Si prefiere que le enviemos una copia impresa de estos documentos por correo postal, complete nuestro formulario de solicitud en línea en:

[www.CarePlusHealthPlans.com/PrintRequest](http://www.CarePlusHealthPlans.com/PrintRequest). También puede llamar al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

## CareNeeds Platinum (HMO D-SNP) ofrecido por CarePlus Health Plans, Inc.

### Notificación anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como afiliado de CareNeeds Platinum (HMO D-SNP). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 6 para un Resumen de Costos Importantes, que incluye la prima.**

Este documento le explica los cambios a su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios, o reglas, revise la *Evidencia de cobertura*, la cual se puede encontrar en nuestro sitio web en **[CarePlusHealthPlans.com/Plans](https://www.CarePlusHealthPlans.com/Plans)**. También puede llamar a Servicios para afiliados para pedir que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

---

#### Qué tiene que hacer ahora

##### 1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a su caso

- Revise los cambios a nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - Revise los cambios a los costos de cuidado médico (médico, hospital).
  - Revise los cambios a nuestra cobertura para medicamentos recetados, que incluye las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
  - Considere cuánto gastará en primas, deducibles, y costos compartidos.
  - Revise los cambios a nuestra "Guía de medicamentos" de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente todavía se cubren.
  - Compare la información del plan de 2024 y 2025 para ver si algunos de estos medicamentos se cambiarán a un nivel diferente de costos compartidos o estarán sujetos a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia por fases o un límite de cantidad, para 2025.
- Confirme si sus médicos de cuidado primario, especialistas, hospitales, y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Confirme si es elegible para obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para obtener "Ayuda adicional" de Medicare.
- Piense si está feliz con nuestro plan.

##### 2. COMPARE: Infórmese sobre otras opciones de planes

- Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el Buscador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2025*. Para obtener ayuda adicional, póngase en contacto con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

##### 3. ELIJA: Decida si quiere cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en CareNeeds Platinum (HMO D-SNP).

- Para **cambiar a un plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su cobertura nueva empezará el **1 de enero de 2025**. Esto terminará su inscripción con CareNeeds Platinum (HMO D-SNP).
- Consulte la sección 3.2, página 19 para obtener más información acerca de sus opciones.
- Si recientemente se mudó a una institución o actualmente vive en una de estas (como un centro de enfermería especializada o hospital de cuidado a largo plazo), usted puede cambiar de plan o cambiar a Medicare original (con o sin un plan aparte de medicamentos recetados 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 dos meses completos después del mes en que se mudó.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en criollo haitiano y inglés.
- Póngase en contacto con nuestro departamento de Servicios para afiliados llamando al 1-800-794-5907 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil. 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/es/affordable-care-act/individuals-and-families](http://www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families) para obtener más información.

## Acerca de CareNeeds Platinum (HMO D-SNP)

- CarePlus es un plan HMO SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el Programa Medicaid de Florida. La inscripción en CarePlus depende de la renovación del contrato. El plan además tiene un contrato por escrito con el programa de Medicaid de Florida para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Patrocinado por CarePlus Health Plans, Inc. y la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud del Estado de Florida.
- Cuando este documento dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa CarePlus Health Plans, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa CareNeeds Platinum (HMO D-SNP).

H1019\_ANOC\_MAPD\_HMO\_146000\_2025\_SP\_M

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

## **Notificación anual de cambios para 2025**

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2025.....</b>	<b>6</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios a los beneficios y costos para el año próximo.....</b>	<b>10</b>
Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual.....	10
Sección 1.2 – Cambios a su cantidad máxima de desembolso personal .....	10
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y de farmacias.....	11
Sección 1.4 – Cambios a los beneficios y costos de los servicios médicos.....	11
Sección 1.5 – Cambios a la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.....	15
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>19</b>
Sección 3.1 – Si desea permanecer en CareNeeds Platinum (HMO D-SNP).....	19
Sección 3.2 – Si desea cambiar de planes .....	19
<b>SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de planes .....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratis acerca de Medicare y Medicaid .....</b>	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....</b>	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?.....</b>	<b>22</b>
Sección 7.1 – Recibir ayuda de CareNeeds Platinum (HMO D-SNP).....	22
Sección 7.2 – Recibir ayuda de Medicare.....	22
Sección 7.3 – Recibir ayuda de Medicaid.....	23
<b>Anexo A. Información de contacto de las agencias estatales.....</b>	<b>24</b>
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 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y los costos para 2025 de CareNeeds Platinum (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$0 o hasta \$32.50</b>	<b>\$0</b>
<b>Cantidad máxima de desembolso personal</b> Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de gastos de desembolso personal por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Para ver información detallada, consulte la Sección 1.2).	<b>\$3,400</b> Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso personal de la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	<b>\$3,400</b> Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso personal de la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	Consultas de cuidado primario: Copago de <b>\$0</b> por consulta  Consultas al especialista: Copago de <b>\$0</b> por consulta	Consultas de cuidado primario: Copago de <b>\$0</b> por consulta  Consultas al especialista: Copago de <b>\$0</b> por consulta
<b>Estadías en el hospital como paciente internado</b>	Copago de <b>\$0</b> por estadía	Copago de <b>\$0</b> por estadía

Costo	2024 (este año)	2025 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
<p><b>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<p>El <b>beneficio de copago de medicamentos recetados de \$0</b> está cubierto, si usted no recibe "Ayuda Adicional". Usted pagará lo siguiente por todos los Medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan durante todo el año calendario:</p> <p>Deducible: <b>\$0</b></p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan: <b>\$0</b></li> </ul> <p>El <b>beneficio de copago de medicamentos recetados de \$0 no</b> está cubierto, si usted recibe "Ayuda Adicional". Usted pagará lo siguiente:</p> <p>Deducible: <b>\$545</b> a excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. El costo para su insulina cubierta durante esta etapa será el mismo que el costo en la Etapa de cobertura inicial a continuación.</p> <p>Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p>	<p>El <b>beneficio de copago de medicamentos recetados de \$0</b> está cubierto, si usted recibe "Ayuda Adicional". Usted pagará lo siguiente por todos los Medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan durante todo el año calendario:</p> <p>Deducible: <b>\$0</b></p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: <b>\$0</b></li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: <b>\$0</b></li> <li>• Nivel 3 de medicamentos: <b>\$0</b></li> <li>• Nivel 4 de medicamentos: <b>\$0</b></li> <li>• Nivel 5 de medicamentos: <b>\$0</b></li> </ul> <p>Los costos compartidos aplican a suministros de 30 y 100 días. El nivel 5 de medicamentos se limita a un suministro de 30 días.</p> <p>El <b>beneficio de copago de medicamentos recetados de \$0 no</b> aplica, si Usted no recibe "Ayuda Adicional". Usted pagará lo siguiente:</p> <p>Deducible: <b>\$510</b> a excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. El costo para su insulina cubierta durante esta etapa será el mismo que el costo en la Etapa de cobertura inicial a continuación.</p> <p>Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
	<p>Por un suministro de 30 días de una <b>farmacia minorista</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan: <b>25%</b></li> </ul> <p>Usted paga el <b>25%</b> por receta excepto por cada producto de insulina cubierto, pagará <b>\$35</b> por suministro mensual.</p>	<p>Por un suministro de 30 días de una <b>farmacia minorista</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 de medicamentos: <b>\$0</b></li> <li>Nivel 2 de medicamentos: <b>\$0</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>\$0</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 de medicamentos: <b>\$47</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 4 de medicamentos: <b>25%</b></li> <li>Nivel 5 de medicamentos: <b>25%</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p>Por un suministro de 90 días de una <b>farmacia de pedido por correo</b> con costos compartidos preferidos:</p> <p>No se aplica</p>	<p>Por un suministro de 100 días de una <b>farmacia de pedido por correo</b> con costos compartidos preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 de medicamentos: <b>\$0</b></li> <li>Nivel 2 de medicamentos: <b>\$0</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>\$0</b> por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 de medicamentos: <b>\$94</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>\$70</b> por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 4 de medicamentos: <b>25%</b></li> <li>Nivel 5 de medicamentos: no disponible</li> </ul>



Costo	2024 (este año)	2025 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
	<p>Por un suministro de 90 días de una <b>farmacia de pedido por correo</b> con costos compartidos estándares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan: <b>25%</b></li> </ul> <p>Usted paga el <b>25%</b> por receta excepto por cada producto de insulina cubierto, pagará <b>\$105</b> por suministro de 3 meses</p>	<p>Por un suministro de 100 días de una <b>farmacia de pedido por correo</b> con costos compartidos estándares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: <b>\$30</b></li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: <b>\$60</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>\$60</b> por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 3 de medicamentos: <b>\$141</b></li> </ul> <p>Usted paga <b>\$105</b> por un suministro de 3 meses por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 4 de medicamentos: <b>25%</b></li> <li>• Nivel 5 de medicamentos: no disponible</li> </ul>
	<p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos</li> </ul>	<p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D.</li> </ul>

**SECCIÓN 1 Cambios a los beneficios y costos para el año próximo**

**Sección 1.1 - Cambios a la prima mensual**

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (el año próximo)</b>
<p><b>Prima mensual</b> (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Florida Medicaid la pague por usted).</p>	<p><b>\$0 o hasta \$32.50</b> Si usted es elegible para recibir "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, es posible que no tenga que pagar una prima del plan, o que pueda pagar una cantidad reducida.</p>	<p><b>\$0</b></p>

**Sección 1.2 - Cambios a 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 alcance 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.

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>		<b>2025 (el año próximo)</b>	
	<b>Dentro de la red</b>		<b>Dentro de la red</b>	
<p><b>Cantidad máxima de desembolso personal</b>  <b>Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Florida Medicaid, pocos afiliados alcanzan esta cantidad máxima de desembolso personal.</b></p> <p>Si es elegible para asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, usted no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso personal de la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>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.</p>	<p><b>\$3,400</b></p>		<p><b>\$3,400</b>  Una vez que haya pagado <b>\$3,400</b> 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.</p>	

### Sección 1.3 - Cambios en las redes de proveedores y 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.

Los directorios de proveedores actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [CarePlusHealthPlans.com/Directories](https://www.careplushealthplans.com/directories). También puede llamar a Servicios para afiliados para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o las farmacias o para solicitarnos que le enviemos un Directorio, el cual enviaremos por correo dentro de 3 días hábiles.

Hay cambios a nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el Directorio de proveedores (CarePlusHealthPlans.com/Directories) de 2025 para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios a nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores de 2025 para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de su plan durante el año. Si un cambio en nuestros proveedores durante el año le afecta a usted, comuníquese con Servicios para afiliados para que podamos ayudarle.

### Sección 1.4 - Cambios a los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que la *Notificación anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Realizaremos cambios en los costos y beneficios para ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe dichos cambios.

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 2025.

Costo	2024 (este año)	2025 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
<b>Servicios de ambulancia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por cada transporte terrestre de emergencia cubierto por Medicare, usted paga:</li> </ul>	Copago de <b>\$0 o \$100</b> por viaje Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga una cantidad de copago de <b>\$0</b> .	Copago de <b>\$0 o \$200</b> por viaje Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga una cantidad de copago de <b>\$0</b> .
<b>Servicios dentales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficios suplementarios de servicios dentales:</li> </ul>	<b>DEN914</b> El plan cubre un subsidio de hasta <b>\$1,000</b> por año para servicios dentales preventivos e	<b>DEN117</b> Copago de <b>\$0</b> por exámenes bucales integrales, radiografía panorámica hasta 1 cada 3 años.

Costo	2024 (este año)	2025 (el año próximo)
	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>integrales no cubiertos por Medicare. Usted es responsable de cualquier cantidad que exceda el límite de cobertura dental. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá. Su beneficio puede ser utilizado para la mayoría de los tratamientos dentales, como los siguientes: Servicios dentales preventivos, como exámenes, limpiezas rutinarias, etc. Servicios dentales básicos, como empastes, extracciones, etc. Servicios dentales complejos, como raspado periodontal, coronas, dentaduras postizas, tratamientos de conducto radicular, puentes, implantes, etc. Tenga en cuenta que el subsidio no puede utilizarse para servicios cosméticos.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Copago de <b>\$0</b> por dentaduras postizas parciales o completas, hasta 1 juego cada 5 años. Copago de <b>\$0</b> por radiografías de mordida hasta 1 juego por año. Copago de <b>\$0</b> para empaste de amalgama o resina compuesta, examen bucal periódico, profilaxis (limpieza), extracción quirúrgica o sencilla, hasta 2 por año. Copago de <b>\$0</b> para mantenimiento periodontal hasta 4 por año. Copago de <b>\$0</b> por 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 dentaduras postizas, todas las demás extracciones tienen un límite de 2 por año.</p>
<p><b>Cuidado médico en casos de emergencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por cada consulta en una sala de emergencias cubierta por Medicare, usted paga:</li> </ul>	<p>Copago de <b>\$0 o \$120</b> está exento si es admitido dentro de 24 horas. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga una cantidad de copago de <b>\$0</b>.</p>	<p>Copago de <b>\$0 o \$140</b> está exento si es admitido dentro de 24 horas. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga una cantidad de copago de <b>\$0</b>.</p>
<p><b>Subsidio de productos de venta libre (OTC)</b> Debe usar la <b>tarjeta de cuenta de gastos de CarePlus</b> para gastar este subsidio. - Si sus planes de 2024 y 2025 incluyen una <b>tarjeta de cuenta de gastos de CarePlus</b>, siga usando la misma tarjeta. - Si no tiene una tarjeta, le enviaremos una por correo, y su subsidio para 2025 se cargará automáticamente. - Las cantidades del subsidio no se pueden combinar con otros subsidios para beneficios.</p>	<p>No hay cobertura</p>	<p>Subsidio trimestral de <b>\$75</b> en una tarjeta prepaga para comprar productos de venta sin receta aprobados para la salud y el bienestar en tiendas minoristas participantes. La cantidad del subsidio no puede combinarse con otros subsidios que pudieran estar en la tarjeta. La cantidad no utilizada se transfiere al siguiente trimestre y vence al final del año del plan.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el año próximo)
	Dentro de la red	Dentro de la red
- Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones.		
<p><b>Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asistencia para el cuidado de afecciones crónicas</li> </ul>	<p>Se encuentra a disposición la Asistencia de cuidado de afección crónica para los afiliados elegibles que demuestren la necesidad de recibir asistencia adicional a través de un gasto médico calificado, principalmente relacionado con la salud, o no relacionado principalmente con la salud que respalde los objetivos del plan de atención del afiliado.</p> <p>La elegibilidad se considerará para los afiliados con ciertas afecciones crónicas que califican, actualmente participan en los servicios de coordinación del cuidado de la salud y que cumplen con los criterios del programa.</p> <p>Los beneficios se limitan a <b>\$1,000</b> por año y están coordinados por la coordinación del cuidado de la salud.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para participar.</p>	No hay cobertura
<b>Transporte</b>	<p>Copago de <b>\$0</b> para ubicaciones aprobadas por el plan, con cantidad sin límite de viajes solo de ida o de vuelta por año.</p> <p>Este beneficio ofrece millas sin límite por viaje.</p>	<p>Copago de <b>\$0</b> para localidades aprobadas por el plan, hasta 50 viajes sencillos por año.</p> <p>Este beneficio ofrece millas ilimitadas por viaje.</p>
<p><b>Modelo de Diseño de Seguros Basado en el Valor (VBID)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación de CareEssentials™</li> </ul> <p>Debe usar la <b>tarjeta de cuenta de gastos de CarePlus</b> para gastar este subsidio.</p> <p>- Si sus planes de 2024 y 2025 incluyen una <b>tarjeta de cuenta de gastos de CarePlus</b>, siga usando la misma tarjeta.</p>	<p>Subsidio mensual de <b>\$250</b> en una tarjeta prepaga para utilizar para artículos esenciales que necesita para cuidar su salud.</p> <p>Este subsidio se puede utilizar para comprar productos aprobados en comercios</p>	<p>Subsidio mensual de <b>\$225</b> en una tarjeta prepagada para usar en elementos esenciales que necesite para apoyar su salud.</p> <p>Este subsidio se puede utilizar para comprar productos aprobados en tiendas minoristas</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el año próximo)
<p>- Si no tiene una tarjeta, le enviaremos una por correo, y su subsidio para 2025 se cargará automáticamente.</p> <p>- Las cantidades del subsidio no se pueden combinar con otros subsidios para beneficios.</p> <p>- Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>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.).</p> <p>La cantidad del subsidio no se puede combinar con otros subsidios que pudieran estar en la tarjeta.</p> <p>La cantidad no utilizada vence al final de cada mes.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>participantes (como comestibles, artículos de venta sin receta para la salud y el bienestar, artículos de cuidado personal, suministros para el hogar, etc.) o para pagar servicios aprobados (gastos mensuales de subsistencia, como alquiler; costos de transporte no médico, como un taxi, Uber, Lyft, etc.).</p> <p>La cantidad del subsidio no se puede combinar con otros subsidios que pudieran estar en la tarjeta.</p> <p>Los fondos no utilizados se transfieren al siguiente mes y vencen al final del año del plan.</p>
<p><b>Cuidado para la vista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios para la vista rutinarios:</li> </ul>	<p><b>VIS143</b></p> <p>Copago de <b>\$0</b> por prueba de refracción y dilatación (si es necesario) con examen rutinario, hasta 1 por año.</p> <p>Cantidad máxima de cobertura de beneficios de <b>\$400</b> por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) más ajustes; o bien, 3 pares de anteojos seleccionados por año sin costo.</p> <p>Puede elegir 1 par de anteojos de sol recetados.</p> <p>Los anteojos incluyen protección ultravioleta, capa contra rayaduras, lentes bifocales estándar sin línea y lentes de transición.</p>	<p><b>VIS141</b></p> <p>Copago de <b>\$0</b> por prueba de refracción y dilatación (si es necesario) con examen rutinario, hasta 1 por año.</p> <p>Cantidad máxima de cobertura de beneficios de <b>\$300</b> por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) más ajustes; o bien, 3 pares de anteojos seleccionados por año sin costo.</p> <p>Puede elegir 1 par de anteojos de sol recetados.</p> <p>Los anteojos incluyen protección ultravioleta, capa contra rayaduras, lentes bifocales estándar sin línea y lentes de transición.</p>
<p><b>Cobertura mundial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por cada consulta en la sala de emergencias, usted paga:</li> </ul>	<p>Copago de <b>\$0 o \$120</b> está exento si es admitido dentro de 24 horas.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga una cantidad de copago de <b>\$0</b>.</p>	<p>Copago de <b>\$0 o \$140</b> está exento si es admitido dentro de 24 horas.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga una cantidad de copago de <b>\$0</b>.</p>

## Sección 1.5 - Cambios a la cobertura para medicamentos recetados 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. **Usted también puede obtener la Guía de medicamentos** al llamar a Servicios para afiliados consulte la contraportada) o visite nuestro sitio web ([CarePlusHealthPlans.com/DrugGuide](https://CarePlusHealthPlans.com/DrugGuide)).

Hemos realizado cambios a nuestra Guía de medicamentos, los cuales incluyen remover o añadir medicamentos, cambiando las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos, o cambiarlos a un nivel diferente de costos compartidos. **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 ha cambiado a un nivel de 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 de plan. También actualizaremos nuestra “Guía de medicamentos” en línea 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 su médico para saber sus opciones, como pedir un suministro temporal, pedir una excepción y/o encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicios para afiliados para obtener más información.

Actualmente, podemos retirar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Guía de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica del medicamento en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca que reemplaza. Además, cuando añadimos una nueva versión del medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Guía de medicamentos, pero lo trasladamos inmediatamente a otro nivel de costos compartidos o añadimos nuevas restricciones o ambas cosas.

A partir de 2025, podemos reemplazar inmediatamente productos biológicos originales con ciertos biosimilares. Esto significa que, por ejemplo, si está usando un producto biológico original que será reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba un aviso sobre el cambio 30 días antes de que lo hagamos o no pueda obtener un suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está usando el producto biológico original en el momento en que hagamos el cambio, igualmente recibirá información sobre el cambio específico que hicimos, pero podría llegar después de que hagamos el cambio.

Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para ver definiciones de tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) también proporciona información al consumidor sobre medicamentos. Visite el sitio web de la FDA:

<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede ponerse en contacto con Servicios para afiliados o solicítele más información a su proveedor de cuidado de la salud, profesional que expide la receta o farmacéutico.

**Cambios a los costos y beneficios de medicamentos recetados**

**Tenga en cuenta:** si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"), **la información acerca de los costos de medicamentos recetados de la Parte D posiblemente no le corresponda a usted.**

A partir de 2025, hay tres 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.

El Programa de descuentos durante el período sin cobertura también será 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.

**Cambios a la Etapa de deducible**

<b>Etapa</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (el año próximo)</b>
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos hasta que haya alcanzado el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra la culebrilla, el tétanos y las vacunas de viaje. El costo para su insulina cubierta durante esta etapa será el mismo que el costo en la Etapa inicial de cobertura a continuación.</p>	<p>Si usted recibe "Ayuda adicional", su deducible es de <b>\$0</b>. Durante esta etapa, usted paga <b>\$0</b> por todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan.</p> <p>Si usted <b>no</b> recibe "Ayuda adicional", el deducible es <b>\$545</b></p>	<p>Si usted recibe "Ayuda adicional", su deducible es de <b>\$0</b>. Durante esta etapa, usted paga <b>\$0</b> por todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan.</p> <p>Si <b>no</b> recibe "Ayuda adicional", el deducible es <b>\$510</b></p>

**Cambios a sus costos compartidos durante la Etapa de cobertura inicial**

Para los medicamentos en el Nivel 1 – Genéricos preferidos, sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial están cambiando de coseguro a un copago. Consulte la tabla a continuación para los cambios de 2024 a 2025.

para medicamentos en el Nivel 2 – Genéricos, sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial están cambiando de coseguro a un copago. Consulte la tabla a continuación para los cambios de 2024 a 2025.

Para medicamentos en el Nivel 3 – Marca Preferida, su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial está cambiando de coseguro a un copago. Consulte el siguiente cuadro para ver los cambios de 2024 a 2025.

<b>Etapa</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (el año próximo)</b>
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b>		



Etapa	2024 (este año)	2025 (el año próximo)
<p>Una vez que usted pague el deducible anual, usted pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga la parte del costo que le corresponde.</b></p> <p>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.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Si recibe “Ayuda adicional”, pagará <b>\$0</b> por todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan.</p> <p>Si <b>no</b> recibe “Ayuda adicional”, el costo de un suministro de un mes (hasta 30 días) surtido en una farmacia de la red es inferior.</p>	<p>Si recibe “Ayuda adicional”, pagará <b>\$0</b> por todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan.</p> <p>Si <b>no</b> recibe “Ayuda adicional”, el costo de un suministro de un mes (hasta 30 días) surtido en una farmacia de la red es inferior.</p>
	<p><b>Todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan:</b> Usted paga el <b>25%</b> por receta excepto por cada producto de insulina cubierto, pagará <b>\$35</b> por mes de suministro.</p>	
		<p><b>Genéricos preferidos:</b> Usted paga <b>\$0</b> por medicamento recetado. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es <b>\$10</b></p>
		<p><b>Genéricos:</b> Usted paga <b>\$0</b> por medicamento recetado. Usted paga <b>\$0</b> 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 <b>\$20</b></p>
		<p><b>De marca preferidos:</b> Usted paga <b>\$47</b> por medicamento recetado. Usted paga <b>\$35</b> 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 <b>\$47</b></p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (el año próximo)
		<b>Medicamentos no preferidos:</b> Usted paga <b>25%</b> por medicamento recetado. Su costo para un mes de medicamentos recetados de pedido por correo es <b>25%</b>
		<b>Nivel de especialidad:</b> Usted paga <b>25%</b> por medicamento recetado. Usted paga <b>\$35</b> 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 <b>25%</b>
	Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance <b>\$5,030</b> , pasará a la próxima etapa (Período sin cobertura).	Una vez que haya pagado <b>\$2,000</b> como gasto de desembolso personal por sus medicamentos de la Parte D, pasará a la próxima etapa (Período de cobertura catastrófica).

### Cambios en la Etapa de cobertura catastrófica

La Etapa de cobertura catastrófica es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una porción de los costos completos del plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante 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.

### Si alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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	2024 (este año)	2025 (año próximo)
<b>Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare</b>	No se aplica	El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en <b>pagos mensuales que varían a lo largo del año</b> (enero a diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, por favor visítenos <b>CarePlusHealthPlans.com/RxCostHelp</b> , contáctenos al número de Servicios para afiliados en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de afiliado de CarePlus o visite Medicare.gov.

## SECCIÓN 3      Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 3.1 -      Si desea permanecer en CareNeeds Platinum (HMO D-SNP)

**No necesita hacer nada para permanecer en nuestro plan.** Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan CareNeeds Platinum (HMO D-SNP).

### Sección 3.2 -      Si desea cambiar de planes

Esperamos mantenerle como afiliado el próximo año, pero si desea cambiar de plan en 2025, siga estos pasos:

#### Paso 1: Obtenga más información acerca de sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- O-- Puede cambiarse a Medicare original. Si usted se cambia a Medicare original, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información acerca de Medicare original y los distintos tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y usted 2025*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés) (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare distinto**, inscribese en el nuevo plan. Se le desafiliará automáticamente de CareNeeds Platinum (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare original con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se le desafiliará automáticamente de CareNeeds Platinum (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
  - Enviarnos una solicitud de desafiliación por escrito. Póngase en contacto con Servicios para afiliados si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - – O – Ponerse en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana, y solicitar la desafiliación. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Medicare original y **no** se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

## SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de planes

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare original para el próximo año, puede hacerlo entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2025.

### ¿Hay otros períodos del año para realizar un cambio?

En determinadas situaciones, también se pueden hacer cambios en otros momentos del año. Unos ejemplos incluyen las personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o dejan la cobertura del patrono, y las que se mudan fuera del área de servicio.

Debido a que tiene Florida Medicaid, puede cancelar su afiliación en nuestro plan cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, lo que incluye:

- Medicare original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- Medicare original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. (Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática).
- Si es elegible, un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés) integrado que proporciona Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicare en un solo plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que empieza el 1 de enero de 2025, y no le gusta el plan que eligió, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) o puede cambiar a Medicare original (ya sea con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si recientemente se mudó a una institución o actualmente vive en una de estas (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 recetados de Medicare) o cambiar a Medicare original (con o sin un plan aparte de medicamentos recetados 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 dos meses completos después del mes en que se mudó.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratis acerca de Medicare y Medicaid

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.

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local y **gratis** sobre el seguro médico a las personas con Medicare. Los asesores del Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas con Medicare. Le pueden ayudar a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca del cambio de planes. Puede llamar a su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico al número que está en el "Anexo A" en la parte final de este documento.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Florida Medicaid, comuníquese con Florida Medicaid. Pregunte de qué forma inscribirse en otro plan o volver a Medicare original influye en cómo recibe su cobertura de Florida Medicaid. Puede llamar a Florida Medicaid al número que está en el "Anexo A" en la parte final de este documento.

## SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede ser elegible para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, indicamos diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Debido a que usted tiene Florida Medicaid, puede estar ya inscrito en "Ayuda adicional", también llamado Subsidio por ingresos limitados. Si recibe "Ayuda adicional", paga una parte de o todas sus primas de medicamentos recetados y deducibles anuales y sus costos por receta, dependiendo del nivel de ayuda que recibe. Si usted es elegible, no tiene una multa por afiliación tardía. Si tiene preguntas sobre "Ayuda adicional", 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;
  - La oficina del 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 son disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 ; o
  - 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, las personas deben 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 recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP son elegibles para recibir asistencia 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 asistencia, llame al programa, ADAP (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en una lista en el "Anexo A" en la parte final de este documento). Cuando llame, asegúrese de informarle el nombre de su plan de la Parte D de Medicare y su número de póliza.

- **El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar sus gastos de desembolso personal, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar sus gastos de medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **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 Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los afiliados son elegibles para participar en esta opción de pago, sin importar su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, visite [CarePlusHealthPlans.com/RxCostHelp](https://www.CarePlusHealthPlans.com/RxCostHelp), póngase en contacto con nosotros llamando al número de Servicios para afiliados en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado de CarePlus o visite Medicare.gov.

## SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1 - Recibir ayuda de CareNeeds Platinum (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para afiliados al 1-800-794-5907. (TTY únicamente, llame al 711.) Estamos disponibles para atender las llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes, entre el 1 de abril y el 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en un plazo de un día hábil. Las llamadas a estos números son gratis.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura para 2025* (tiene detalles sobre los costos y beneficios del próximo año)**

Esta *Notificación anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de CareNeeds Platinum (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Obtenga una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [CarePlusHealthPlans.com/Plans](https://www.CarePlusHealthPlans.com/Plans). También puede llamar a Servicios para afiliados para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo postal.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [CarePlusHealthPlans.com](https://www.CarePlusHealthPlans.com). Como recordatorio, 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*).

### Sección 7.2 - Recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente 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.

---

## Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Tiene información sobre costo, cobertura y calificaciones de calidad de Estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, vaya a [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

## Lea Medicare y usted 2025

Lea el manual *Medicare y usted 2025*. Este documento 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. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamar 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.

---

## Sección 7.3 - Recibir ayuda de Medicaid

---

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Florida Medicaid a los números que se encuentran en el "Anexo A" en la parte final de este documento.

**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.

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



# 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.

### **¿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 período 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 período de seis años. Si solicita esta lista más de una vez en un período 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.

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

## 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 1-866-861-2762 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](mailto: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 1-866-861-2762
- 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

## 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)**.

**Encarte multilingüe**  
Servicios de intérprete en múltiples idiomas

Formulario Aprobado  
OMB# 0938-1421

**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。





CarePlus Health Plans, Inc.  
P.O. Box 14098  
Lexington, KY 40512-4098



H1019146000ANOCSP25

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



### **Mire adentro**

Aquí está un resumen de las diferencias en su **plan de CarePlus** que entra en vigencia el 1 de enero del 2025.

### **¿Preguntas?**

Llame a Servicios para afiliados al 1-800-794-5907, (TTY: 711)