

Resumen de beneficios

CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)

Tampa

Área de Tampa

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Florida: Hillsborough, Pasco, Pinellas, Polk.

Lista de verificación previa a la inscripción

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

Entender los beneficios

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

Entender las reglas importantes

- Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de cuidado de la salud actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para obtener más información, póngase en contacto con Tricare. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no podrá utilizar.
- Los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el directorio de proveedores) no están cubiertos, excepto en situaciones de emergencia o urgencia.
- Este plan es un plan que cubre a personas con necesidades especiales que tienen afecciones crónicas (C-SNP, por sus siglas en inglés). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene una afección crónica grave o incapacitante específica que califica para el plan.



Hablemos sobre CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)

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

CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) es un plan de cuidado coordinado HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en este plan de CarePlus depende de la renovación del contrato.

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

Para ser elegible

Para inscribirse en CareBreeze Platinum (HMO C-SNP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, haber recibido un diagnóstico de Trastornos crónicos pulmonares y vivir en nuestra área de servicio.

Nombre del plan

CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)

Cómo contactarnos

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

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

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

Llame los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre:

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

También puede visitar nuestro sitio web:

[CarePlusHealthPlans.com/ContactUs](https://www.CarePlusHealthPlans.com/ContactUs)

Más información sobre CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)

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

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

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

También tiene acceso a coordinadores de cuidado de la salud. Los coordinadores de cuidado de la salud son enfermeros o coordinadores capacitados para ayudar a mejorar la calidad de vida al ofrecer apoyo proactivo y coordinar servicios claves para ayudarle a manejar mejor su salud. Si tiene una enfermedad grave o afección crónica, estaremos a su servicio para apoyarlos a usted y al plan de cuidado de su médico.



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



Prima mensual, deducible y límites

Prima mensual del plan	\$0 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Reducción en la prima de la Parte B	Su plan reducirá su prima mensual de la Parte B hasta \$170 pero por no más de la prima de la Parte B de Medicare Original para el 2025.
Deducible médico	Este plan no tiene deducible.
Deducible de farmacia (Parte D)	Este plan tiene un deducible de \$0 .
Responsabilidad máxima de desembolso personal	\$2,500 dentro de la red La cantidad máxima que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos cubiertos durante el año.



Beneficios médicos

COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN

Este plan cubre una cantidad ilimitada de días para una estadía como paciente hospitalizado

Copago de **\$50** por día por los días 1 a 7
Copago de **\$0** por día por los días 8 a 90

COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS

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

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

Servicios de cirugía Copago de **\$50**

CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA

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

Servicios de cirugía Copago de **\$35**

VISITAS AL MÉDICO

Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)

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

Especialista

- Consultorio de un especialista: Copago de **\$10**
- Telesalud: Copago de **\$10**

CUIDADO PREVENTIVO

Este plan cubre todos los servicios preventivos de Medicare, los cuales incluyen:

- **Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal**
- **Prueba de detección y asesoramiento para abuso del alcohol**

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



Beneficios médicos (cont.)

- **Consulta de bienestar anual (AWV, por sus siglas en inglés)**
- **Medición de la masa ósea**
- **Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)**
- **Consulta de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular**
- **Prueba de detección de enfermedad cardiovascular**
- **Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal**
- **Prueba de detección de cáncer colorrectal**
- **Prueba de detección de la depresión**
- **Pruebas de detección de diabetes**
- **Capacitación para el automanejo de la diabetes**
- **Prueba de detección de glaucoma**
- **Prueba de detección de VIH**
- **Vacunas**
- **Prueba de detección de cáncer de pulmón**
- **Terapia de nutrición médica**
- **Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)**
- **Prueba de detección y terapia para la obesidad**
- **Examen de pruebas de detección de cáncer de próstata**
- **Examen físico rutinario**
- **Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) y asesoramiento**
- **Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco**
- **Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare"**

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

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



Beneficios médicos (cont.)

CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA

Servicios en casos de emergencia en la sala de emergencias

Copago de **\$120**

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

Servicios médicos y profesionales en la sala de emergencias

Copago de **\$0**

SERVICIOS QUE SE NECESITAN CON URGENCIA

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

- Telesalud: Copago de **\$10**
- Centro de cuidado de urgencia: Copago de **\$10**

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES

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

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$35**
- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$50**
- Consultorio de un PCP: Copago de **\$35**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$35**

Servicios de radiología básicos (radiografías)

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$25**
- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$25**
- Consultorio de un PCP: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$10**
- Centro de cuidado de urgencia: Copago de **\$10**

Mamografía de diagnóstico

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$0**

Pruebas y procedimientos de diagnóstico

- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$100**
- Consultorio de un PCP: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$10**
- Centro de cuidado de urgencia: Copago de **\$10**

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



Beneficios médicos (cont.)

Servicios de laboratorio

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

Medicina y servicios nucleares

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$50**
- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$50**

Estudio del sueño

- Hogar del afiliado: Copago de **\$0**
- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$100**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$10**

Radiología terapéutica (Radioterapia)

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$50**
- Hospital para pacientes ambulatorios: **20%** del costo
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$10**

SERVICIOS DE AUDICIÓN

Servicios de la audición cubiertos por Medicare

Copago de **\$10**

Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la audición

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

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

Dentro de la red:
HER719

- Copago de **\$0** por ajuste o evaluación, exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$1,500** para cada audifono recetado (de todo tipo), hasta 1 por oído por año.
- Tenga en cuenta que incluye 1 año de garantía y 1 mes de suministro de batería.

SERVICIOS DENTALES

Servicios dentales cubiertos por Medicare

Copago de **\$10**

Beneficio suplementario obligatorio dental

Todos los servicios deben ser recibidos en el consultorio de un dentista general o especialista dental (p. ej., cirujano oral, endodoncista, periodoncista, etc.) participante dentro de la red. Se

Dentro de la red:
DEN104

- Copago de **\$0** por exámenes bucales integrales hasta 1 cada 3 años.

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



Beneficios médicos (cont.)

pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Los beneficios se ofrecen en base al año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá.

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

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

Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios cubiertos a tarifas contratadas (según el cuadro de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado visita a un proveedor dental participante de la red, no se podrá facturar al afiliado por cargos superiores al programa de tarifas negociado (pero el pago de cualquier coseguro pertinente continúa siendo aplicable).

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

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



Beneficios médicos (cont.)

Este plan no ofrece cobertura fuera de la red.

Para encontrar un dentista o verificar si su dentista está en nuestra red, visite

CarePlusHealthPlans.com/Dental-Finder e ingrese su código postal > Seleccione la categoría de buscar > Escriba el nombre del dentista o la especialidad o seleccione "todos los proveedores de servicios dentales".

SERVICIOS PARA LA VISTA

Anteojos (después de una cirugía de cataratas) Copago de **\$0**

Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare Copago de **\$0**

Servicios para la vista cubiertos por Medicare Copago de **\$10**

Beneficio suplementario obligatorio para la vista Dentro de la red
VIS843

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

CarePlusHealthPlans.com/Doctor > Medical (Médico) > Ingresar código postal > Escriba "Optometrist" (Optometrista) en la casilla debajo de "Nombre, especialidad, condición*" > Search (Buscar)

- Copago de **\$0** por prueba de refracción y dilatación (si es necesario) con examen rutinario, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$300** por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) más ajustes; o bien, 2 pares de anteojos seleccionados por año sin costo.
- Puede elegir 1 par de anteojos de sol recetados.
- Los anteojos incluyen protección ultravioleta y capa contra rayaduras.

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



Beneficios médicos (cont.)

SERVICIOS DE LA SALUD MENTAL

Pacientes internados

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

Copago de **\$50** por día por los días 1 a 7
Copago de **\$0** por día por los días 8 a 90

Consultas de terapia para la salud mental

- Hospitales para pacientes ambulatorios: Copago de **\$10**
- Hospitalización parcial: Copago de **\$10**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$10**

Servicios ambulatorios para la farmacodependencia

- Hospitales para pacientes ambulatorios: Copago de **\$10**
- Hospitalización parcial: Copago de **\$10**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$10**
- Telesalud: Copago de **\$10**

CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF)

Este plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)

Copago de **\$0** por día por los días 1 a 20
Copago de **\$150** por día por los días 21 a 100

AMBULANCIA

Aérea

20% del costo

Terrestre

Copago de **\$200** por viaje

TRANSPORTE

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

Copago de **\$0** para localidades aprobadas por el plan, hasta 26 viajes sencillos por año.
Este beneficio ofrece millas ilimitadas por viaje.

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

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

Vacunas y sueros antialérgicos

- Consultorio de un PCP: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$0**

Medicamentos para la quimioterapia

- Hospital para pacientes ambulatorios: **20%** del costo
- Consultorio de un especialista: **20%** del costo

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



Beneficios médicos (cont.)

Otros medicamentos de la Parte B

- Hospital para pacientes ambulatorios: **20%** del costo
- Consultorio de un PCP: **20%** del costo
- Farmacia: **20%** del costo
- Consultorio de un especialista: **20%** del costo

Insulina de la Parte B

No pagará más de **\$35** por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina que cubra este plan.

- Hospital para pacientes ambulatorios: **20%** del costo
- Consultorio de un PCP: **20%** del costo
- Farmacia: **20%** del costo
- Consultorio de un especialista: **20%** del costo



Beneficios de medicamentos recetados

ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN

Copagos de \$0

Copagos de **\$0** en farmacias y niveles seleccionados. Más detalles a continuación

Deducible

Deducible de **\$0**

Costos para insulina

No pagará más de **\$35** por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina que cubra este plan

Suministro de 100 días

Suministro de hasta 100 días de medicamentos elegibles

Cobertura de medicamentos excluidos

Cobertura de medicamentos adicional para lo siguiente:
Medicamentos para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés)
Vitaminas recetadas

Vacunas de \$0

Copago de **\$0** por las vacunas cubiertas de la Parte D para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés).

DEDUCIBLE

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

COBERTURA INICIAL

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

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

Costos compartidos en farmacias

Días del suministro	Costos compartidos minoristas Incluye todas las farmacias minoristas dentro de la red		Costos compartidos de pedido por correo estándar		Costos compartidos de pedido por correo preferido CenterWell Pharmacy™	
	30 días	100 días*	30 días	100 días*	30 días	100 días*
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$0	\$0	\$2	\$6	\$0	\$0
Nivel 2: Genéricos	\$5	\$15	\$16	\$48	\$5	\$0
Nivel 3: De marca preferidos	\$47	\$141	\$47	\$141	\$47	\$131
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33%	No aplica	33%	No aplica	33%	No aplica
Nivel 6: Medicamentos selectos de cuidado	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

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

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

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

No pagará más de **\$35** por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido.

Costos compartidos para insulina

Días del suministro	Costos compartidos minoristas Incluye todas las farmacias minoristas dentro de la red		Costos compartidos de pedido por correo estándar		Costos compartidos de pedido por correo preferido CenterWell Pharmacy™	
	30 días	100 días*	30 días	100 días*	30 días	100 días*
Nivel 2: Genéricos	\$5	\$15	\$16	\$48	\$5	\$0
Nivel 3: De marca preferidos	\$35	\$105	\$35	\$105	\$35	\$95
Nivel 5: Nivel de especialidad	\$35	No aplica	\$35	No aplica	\$35	No aplica

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

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

COBERTURA CATASTRÓFICA

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

COBERTURA DE MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

Medicamentos para la disfunción eréctil Con cobertura por la cantidad de costos compartidos del Nivel 1.

Vitaminas recetadas Con cobertura por la cantidad de costos compartidos del Nivel 1.

AYUDA ADICIONAL

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

Antes de alcanzar su límite anual de desembolso personal de **\$2,000**, pagará uno de los siguientes según su nivel de "Ayuda adicional:"

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

Después de alcanzar su límite anual de desembolso personal de **\$2,000**, usted pagará **\$0** por el resto del año calendario, independientemente del nivel de "Ayuda adicional" que reciba. Habrá información adicional disponible en su cláusula del subsidio por ingresos limitados (cláusula LIS).

Los costos compartidos pueden variar según la farmacia que elija, cuándo ingresa en otra fase del beneficio de la Parte D y si es elegible para obtener "Ayuda adicional". Para determinar si es elegible para obtener "Ayuda adicional", contacte a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Para obtener más información sobre el beneficio de medicamentos recetados, llámenos o consulte nuestra Evidencia de cobertura en línea.

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



Beneficios adicionales

Servicios de acupuntura (cubiertos por Medicare)	Copago de \$10 por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año.
---	---

Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	Copago de \$10
--	-----------------------

Servicios de podología (cubiertos por Medicare)	Copago de \$10
--	-----------------------

EQUIPO Y SUMINISTROS MÉDICOS

Monitor continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés)	<ul style="list-style-type: none"> Proveedor de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): 20% del costo Farmacia: 20% del costo
--	---

Suministros para el control de la diabetes	<ul style="list-style-type: none"> Proveedor para la diabetes: Copago de \$0 Farmacia minorista de la red: Copago de \$0
---	--

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) - Costo alto	<ul style="list-style-type: none"> Proveedor de DME: 20% del costo
--	--

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) - Todos los demás	<ul style="list-style-type: none"> Proveedor de DME: 20% del costo
---	--

Suministros médicos	<ul style="list-style-type: none"> Proveedor de suministros médicos: 20% del costo
----------------------------	--

Dispositivos protésicos y suministros relacionados	<ul style="list-style-type: none"> Proveedor de prótesis: Copago de \$0
---	---

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Servicios de rehabilitación cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de \$10 Consultorio de un especialista: Copago de \$10
---	--

Terapia ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de \$10 Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de \$10 Consultorio de un especialista: Copago de \$10
----------------------------	--



Beneficios adicionales (Cont.)

H1019151002

Terapia física

- Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de **\$10**
- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$10**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$10**

Servicios de rehabilitación pulmonar

- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$10**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$10**

Terapia del habla

- Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de **\$10**
- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$10**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$10**

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

- Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de **\$10**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$10**



Más beneficios de **este plan**

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

Subsidio CareEssentials*

Subsidio mensual de **\$30** 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.

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

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

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

Acupuntura de rutina

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

Servicios quiroprácticos de rutina

Copago de **\$10** por consultas quiroprácticas rutinarias, hasta 12 consultas por año.

Cuidado rutinario de los pies

Copago de **\$10** por consulta rutinaria de podología, sin límite de consultas por año.

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

Programa de comidas Well Dine™ de CarePlus

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

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

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

Límite de 4 veces por año.

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

Subsidio mensual de **\$50** 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.

- El subsidio está disponible para usar el primer día de cada mes.
- Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones.

Recompensas e incentivos

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

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

Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®

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

Aviso de no discriminación

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

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

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

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

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

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

GHHNDN2025CP_SP

CarePlus
HEALTH PLANS®

- English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-794-5907 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.
- Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.
- Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。
- Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。
- Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-794-5907 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.
- French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.
- Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-794-5907 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.
- German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-794-5907 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.
- Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.
- Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-794-5907 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.
- Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري, ليس عليك سوى الاتصال بنا على (برقياً: 1-800-794-5907). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه هي خدمة مجانية.
- Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-794-5907 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।
- Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.
- Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-794-5907 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.
- French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-794-5907 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.
- Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.
- Japanese:** 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-794-5907 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。



Obtenga **más** información



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



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

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

CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) ha sido aprobada por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) para operar como un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) hasta el 12/31/2025 basado en una revisión del Modelo de cuidado de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP).

Los servicios de telesalud mostrados aquí son adicionales a los servicios de telesalud cubiertos por Medicare original. El costo que usted paga puede ser diferente bajo telesalud de Medicare original. Es posible que este servicio no sea ofrecido por todos los proveedores en nuestra red. Verifique directamente con su proveedor sobre la disponibilidad de los servicios de telesalud, o puede visitar nuestro sitio web **CarePlusHealthPlans.com/Doctor** para acceder a nuestro directorio de búsqueda de proveedores. Por favor refiérase a su evidencia de cobertura para detalles adicionales sobre lo que este plan cubre u otras reglas que pueden aplicar.

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

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

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

CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)
H1019151002 SPA
Área de Tampa



www.CarePlusHealthPlans.com