2027

# Resumen de beneficios

## CareNeeds Extra (HMO D-SNP) H1019-153

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

Costa Espacial

Condado de Brevard

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

H1019_SB_MAPD_HMO_153000_2027_SP_M

CarePlus HEALTH PLANS

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que usted comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un representante de servicio al cliente al **888-685-8607 (TTY: 711)**.

### Entender los beneficios

- [ ] La Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) provee una lista completa de todos los servicios y la cobertura. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de que se afilie. Visite **CarePlusHealthPlans.com/Plans** o llame al **888-685-8607 (TTY: 711)** para ver una copia de la EOC.
- [ ] Revise el directorio de proveedores y farmacias (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 proveedores y farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, probablemente tenga que seleccionar una farmacia nueva para sus medicamentos recetados.
- [ ] Revise el formulario (Guía de medicamentos) para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

### Entender las reglas importantes

- [ ] Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses. Las primas de la Parte A/Parte B podrían ser pagadas por Florida Medicaid.
- [ ] Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2028.
- [ ] **Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de cuidado de la salud actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene TRICARE, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para obtener más información, póngase en contacto con TRICARE. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no podrá utilizar.
- [ ] Los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el directorio de proveedores y farmacias) no están cubiertos, excepto en situaciones de emergencia o urgencia.
- [ ] Este plan es un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid. Este plan puede inscribir a FBDE, QMB+, SLMB+.

# Hablemos sobre CareNeeds Extra (HMO D-SNP)

Obtenga más información sobre el plan CareNeeds Extra (HMO D-SNP), incluidos los servicios de salud y de medicamentos que cubre, con este folleto fácil de usar.

CareNeeds Extra (HMO D-SNP) es un plan de Necesidades especiales para personas con doble elegibilidad con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Florida Medicaid. 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, consulte la Evidencia de cobertura del plan en nuestro sitio web, **CarePlusHealthPlans.com/Plansicarehealthplan.org** .

---

Como afiliado debe seleccionar a un médico dentro de la red dentro del área de servicio que aparezca en este folleto para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). CareNeeds Extra (HMO D-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, a menos que el servicio se cubre bajo las reglas de fuera de la red o punto de servicio del plan, o se aplica otra excepción.

Usted tiene acceso a coordinadores de cuidado de la salud. Los coordinadores de cuidado de la salud son profesionales de enfermería o administradores de cuidado de la salud que respaldan su salud y su bienestar al proveer servicios adicionales tales como: coordinación del cuidado para afecciones crónicas y agudas, apoyo para la salud por vía telefónica y en persona, asistencia en la coordinación de beneficios de Medicare y Medicaid, recursos y talleres educativos, y apoyo a familiares y cuidadores.

## Para ser elegible

Si usted recibe tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid, esto significa que usted tiene doble elegibilidad. Para inscribirse en CareNeeds Extra (HMO D-SNP), un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y además recibir determinados niveles de asistencia de Florida Medicaid.

CareNeeds Extra (HMO D-SNP) puede inscribir a FBDE, QMB+, SLMB+.

Beneficios completos para personas con doble elegibilidad (FBDE, por sus siglas en inglés): Pueden ayudar a pagar las primas de la Parte A y/o la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos) y proporciona beneficios completos de Medicaid para los servicios de Medicaid provistos por proveedores de Medicaid.

Beneficiario de Medicare elegible Plus (QMB+, por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos) y proporciona beneficios completos de Medicaid para los servicios de Medicaid proporcionados por proveedores de Medicaid.

Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare Plus (SLMB+, por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid para los servicios de Medicaid proporcionados por proveedores de Medicaid.

## Nombre del plan:

CareNeeds Extra (HMO D-SNP)

CarePlus HEALTH PLANS

## Más información sobre CareNeeds Extra (HMO D-SNP)

Como afiliado de este plan, usted no será responsable de los costos compartidos para los beneficios del plan. La tabla comparativa de beneficios de Medicaid muestra los beneficios específicos que Medicaid puede cubrir para algunos afiliados con doble elegibilidad. Trabajará con su administrador de cuidado de la salud de CarePlus para comprender y acceder a estos beneficios. La tabla de beneficios médicos y hospitalarios cubiertos muestra los beneficios que usted recibirá de CarePlus.

Asegúrese de mostrar su tarjeta de afiliado de CarePlus para que su proveedor tenga conocimiento de que usted tiene cobertura de Medicaid.

## Cómo contactarnos:

Si tiene preguntas sobre sus beneficios o sobre su nivel de elegibilidad para recibir asistencia de Medicaid, debe contactar al Departamento de Servicios para afiliados de CarePlus o a Florida Medicaid para obtener más detalles.

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

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

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

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

Los beneficios de Medicaid se validaron por última vez el 1 de julio de 2026 y están sujetos a cambio. Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de Florida visite el sitio web de Florida Medicaid, en **https://ahca.myflorida.com** o llame a la línea directa de Medicaid al 888-419-3456 (llamada gratuita) 800-955-8771 (TTY).

## Una asociación saludable

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

H1019153000

## Prima mensual, deducible y límites

| | |
|---|---|
| **Prima mensual del plan** | **$0**<br>Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Su prima de la Parte A y/o su prima de la Parte B pueden ser pagadas en su nombre por el Programa Florida Medicaid. |
| **Deducible médico** | Este plan no tiene deducible. |
| **Deducible de farmacia (Parte D)** | Si usted recibe Ayuda adicional, este plan tiene un deducible de **$0**. Si no recibe Ayuda adicional, su plan tiene un deducible de **$700** para medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5. Consulte la sección de Beneficios de medicamentos recetados a continuación. |
| **Límite máximo de gastos de desembolso personal para cuidado médico**<br>La cantidad máxima que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos cubiertos durante el año | **$9,850** dentro de la red<br>Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare según Florida Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso personal en función de la cantidad máxima de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. |

## Beneficios médicos

Tenga en cuenta que el costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid. En este plan, los siguientes niveles de Medicaid tienen protección contra el pago de costos compartidos: FBDE, QMB+ y SLMB+.

| | **LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS** |
|---|---|
| **COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERNADOS** | |
| Este plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización. | Copago de **$0** |
| **COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS** | |
| **Colonoscopia de diagnóstico** | Copago de **$0** |
| **Mamografía de diagnóstico** | Copago de **$0** |
| **Servicios de cirugía** | Copago de **$0** |
| **CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA** | |
| **Colonoscopia de diagnóstico** | Copago de **$0** |
| **Servicios de cirugía** | Copago de **$0** |
| **CONSULTAS AL MÉDICO** | |
| **Proveedor de cuidado primario (PCP)** | |
| • Consultorio de un PCP | Copago de **$0** |
| • Telesalud | Copago de **$0** |

*Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa:* ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

CarePlus HEALTH PLANS

## Beneficios médicos (cont.)

| | LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS |
|---|---|
| **Especialista** | |
| • Consultorio de un especialista | Copago de **$0** |
| • Telesalud | Copago de **$0** |
| **CUIDADO PREVENTIVO** | |
| Este plan cubre todos los servicios preventivos de Medicare, los cuales incluyen: | Copago de **$0** |
| **Pruebas de detección de cáncer**<br>• Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)<br>• Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal<br>• Prueba de detección de cáncer colorrectal<br>• Prueba de detección de cáncer de pulmón<br>• Prueba de detección de cáncer de próstata | |
| **Cuidado cardiovascular (del corazón)**<br>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal<br>• Consulta de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular<br>• Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular | |
| **Cuidado de diabetes**<br>• Pruebas de detección de diabetes<br>• Capacitación para el automanejo de la diabetes<br>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) | |
| **Guía y apoyo dietético**<br>• Terapia de nutrición médica<br>• Prueba de detección y terapia para la obesidad | |
| **Pruebas de detección y vacunas rutinarias**<br>• Consulta de bienestar anual (AWV, por sus siglas en inglés)<br>• Vacunas | |

*Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa:* ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

| | LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS |
|---|---|
| • Examen físico rutinario<br>• Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" | |
| **Pruebas de detección y servicios de asesoramiento**<br>• Medición de la masa ósea<br>• Prueba de detección de la depresión<br>• Prueba de detección de glaucoma<br>• Prueba de detección de VIH<br>• Prueba de detección y asesoramiento para reducir el mal uso del alcohol<br>• Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) y asesoramiento<br>• Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco<br>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto. | |
| **CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA** | |
| **Sala de emergencias**<br>Si se le admite en el mismo hospital dentro de 24 horas por la misma afección, usted paga $0 por el cuidado médico en casos de emergencia que ha recibido. | Copago de **$0** |
| **SERVICIOS QUE SE NECESITAN CON URGENCIA** | |
| • **Telesalud**<br>• **Centro de cuidado de urgencia**<br>Los servicios que se necesitan con urgencia se proveen para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. | Copago de **$0**<br>Copago de **$0** |

*Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa:* ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

## Beneficios médicos (cont.)

| | LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS |
|---|---|
| **COBERTURA MUNDIAL** | |
| • **Ambulancia de emergencia** | Copago de **$0** |
| • **Sala de emergencias: hospital** | Copago de **$0** |
| • **Centro de cuidado de urgencia** | Copago de **$0** |
| Si tiene una emergencia o necesita un servicio con urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por los servicios prestados por adelantado y podrá solicitar su reembolso. Si es admitido en el hospital en las siguientes 24 horas por la misma afección, paga $0 por la atención de emergencia que recibió. | |
| **SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES** | |
| **Servicios de imágenes avanzadas (escaneos MRI, MRA, PET y CT):** | |
| • Centro de radiología 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** |
| **Servicios de radiología básicos (radiografías):** | |
| • Centro de radiología 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** |
| **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 **$0** |
| • Consultorio de un PCP | Copago de **$0** |
| • Consultorio de un especialista | Copago de **$0** |
| • Centro de cuidado de urgencia | Copago de **$0** |

*Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa:* ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

## Beneficios médicos (cont.)

| | LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS |
|---|---|
| **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** |
| **Servicios y medicina nucleares** | |
| • Centro de radiología independiente | Copago de **$0** |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de **$0** |
| **Estudio del sueño** | |
| • Hogar del afiliado | Copago de **$0** |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de **$0** |
| • Consultorio de un especialista | Copago de **$0** |
| **Radiología terapéutica (Radioterapia)** | |
| • Centro de radiología independiente | Copago de **$0** |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de **$0** |
| • Consultorio de un especialista | Copago de **$0** |
| **SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN** | |
| **Servicios para la audición cubiertos por Medicare** | Copago de **$0** |
| **Beneficio suplementario obligatorio para servicios de la audición** | **HER100**<br>• Copago de **$0** para exámenes de audición de rutina, hasta 1 por año.<br>• Copago de **$0** para ajuste hasta 1 por año.<br>• Copago de **$0** para consultas de seguimiento con el proveedor hasta 3 por año.<br>• Copago de **$0** para cada audífono recetado de Nivel 1, hasta 1 por oído por año.<br>• Nota: Incluye 3 años de baterías por audífono no recargable (hasta 60 celdas por oído, por año) y 3 años de garantía.<br>• Un ajuste y tres consultas de seguimiento con el proveedor durante el primer año después de la compra del audífono, con el proveedor original. |

*Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa:* ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

CarePlus HEALTH PLANS™

| | LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS |
|---|---|
| **SERVICIOS DENTALES** | |
| **Servicios dentales cubiertos por Medicare** | Copago de **$0** |
| **Beneficio suplementario obligatorio para servicios dentales**<br>**Proveedores de la red:**<br>• Todos los servicios deben ser recibidos en el consultorio de un dentista general o especialista dental (p. ej., cirujano oral, endodoncista, periodoncista, etc.) participante dentro la red.<br>• Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas (el cuadro de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés).<br>• Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura por cargos superiores a los del cuadro de tarifas negociadas (pero el pago de cualquier coseguro pertinente continúa siendo aplicable).<br><br>**Límites en los beneficios:**<br>• El dentista puede sugerir y ayudar a coordinar servicios adicionales que no figuran en este cuadro de beneficios; sin embargo, cualquier procedimiento recibido que no figure en este cuadro de beneficios o que exceda las limitaciones de beneficios indicadas en este cuadro no está cubierto por este beneficio.<br>• 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.<br>• Las reclamaciones enviadas están sujetas a un proceso de revisión que puede incluir una revisión clínica y un historial dental para aprobar la cobertura. | **DEN117**<br>• Copago de **$0** por examen oral integral, radiografía panorámica, hasta 1 cada 3 años.<br>• Copago de **$0** por una dentadura postiza parcial o completa, superior o inferior, hasta 1 cada 5 años.<br>• Copago de **$0** por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año.<br>• Copago de **$0** por empaste de amalgama y/o resina compuesta, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), extracción simple o quirúrgica, hasta 2 por año.<br>• Copago de **$0** por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.<br>• Copago de **$0** por extracciones para dentaduras postizas, anestesia necesaria con servicio cubierto, sin límite por año.<br>• Las extracciones ilimitadas están cubiertas únicamente con el fin de que el afiliado reciba dentaduras postizas; todas las demás extracciones están limitadas a 2 por año. |

*Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa:* ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

| | LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS |
|---|---|
| • Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Los beneficios se ofrecen en base al año calendario.<br><br>Para obtener más información sobre sus beneficios dentales, visite **CarePlusHealthPlans.com/Dental** para ver el Programa de beneficios dentales de su plan dental. También puede llamar a nuestro Departamento de servicios para afiliados al 800-794-5907. Si utiliza un TTY, llame al 711. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y los días festivos.<br><br>Este plan no ofrece cobertura fuera de la red.<br><br>Para buscar un dentista o verificar si su dentista está en nuestra red, visite **CarePlusHealthPlans.com/FindCare** | |
| **SERVICIOS PARA LA VISTA** | |
| **Anteojos (después de una cirugía de cataratas)** | Copago de **$0** |
| **Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare** | Copago de **$0** |
| **Servicios para la vista cubiertos por Medicare** | Copago de **$0** |
| **Beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista**<br>Consulte a un proveedor para la vista de la red para obtener más información sobre la opción de anteojos sin costo. Para encontrar un proveedor de cuidado rutinario de la vista o para ver si su proveedor está en nuestra red, visite **CarePlusHealthPlans.com/FindCare.** Los copagos, coseguros y deducibles pagados por los beneficios | **VIS186**<br>• Copago de **$0** por refracción y dilatación (si es necesario) con examen de rutina, hasta 1 por año.<br>• Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$350** por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) más ajuste; o 3 pares de anteojos seleccionados por año sin costo.<br>• Los anteojos incluyen protección ultravioleta, 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". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa:* ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

CarePlus HEALTH PLANS

| | LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS |
|---|---|
| suplementarios no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de desembolso personal.<br><br>Estos beneficios se ofrecen en base al año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá. | |
| **SERVICIOS PARA LA SALUD MENTAL** | |
| **Paciente internado**<br>Este plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidado de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico | Copago de **$0** |
| **Consultas de terapia para salud mental** | |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de **$0** |
| • Consultorio de un especialista | Copago de **$0** |
| • Telesalud | Copago de **$0** |
| **Servicios ambulatorios para farmacodependencia** | |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de **$0** |
| • Consultorio del especialista | Copago de **$0** |
| • Telesalud | Copago de **$0** |
| **CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)** | |
| Este plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF) | Copago de **$0** |
| **AMBULANCIA** | |
| • **Aérea** | Copago de **$0** |
| • **Terrestre** | Copago de **$0** |
| **TRANSPORTE** | |
| **Beneficio de transporte suplementario obligatorio**<br>El afiliado ***debe*** comunicarse con el proveedor de transporte al menos 3 días hábiles antes de su cita para organizar el transporte | Copago de **$0** para localidades aprobadas por el plan, sin límite de viajes sencillos por año.<br>Este beneficio incluye millas ilimitadas por viaje de ida. Todo viaje de ida de más de 35 millas requiere aprobación previa. |

*Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa:* ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

## Beneficios médicos (cont.)

| | LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS |
|---|---|
| **MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE** | |
| **Vacunas y sueros antialérgicos** | |
| • Consultorio de un PCP | Copago de **$0** |
| • Consultorio de un especialista | Copago de **$0** |
| **Medicamentos para quimioterapia** | |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de **$0** |
| • Consultorio de un especialista | Copago de **$0** |
| **Otros medicamentos de la Parte B** | |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de **$0** |
| • Consultorio de un PCP | Copago de **$0** |
| • Farmacia | Copago de **$0** |
| • Consultorio de un especialista | Copago de **$0** |
| **Insulina de la Parte B** | |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de **$0** |
| • Consultorio de un PCP | Copago de **$0** |
| • Farmacia | Copago de **$0** |
| • Consultorio de un especialista | Copago de **$0** |

## Beneficios de medicamentos recetados

| ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN | |
|---|---|
| **Ayuda adicional** | La mayoría de nuestros afiliados cumplen los requisitos y reciben Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si usted está en el programa de Ayuda adicional, consulte la sección de Ayuda adicional a continuación para ver su deducible y costos compartidos de la Etapa de cobertura inicial. |
| **Suministro de 100 días** | Suministro de hasta 100 días de medicamentos elegibles |

*Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa:* ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

CarePlus HEALTH PLANS™

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

H1019153000

## AYUDA ADICIONAL

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

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

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

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

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

## DEDUCIBLE

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

## COBERTURA INICIAL

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

| Costos compartidos en farmacias | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Costos compartidos minoristas** Incluye todas las farmacias minoristas dentro de la red | | **Costos compartidos de pedido por correo estándar** | | **Costos compartidos de pedido por correo preferido** CenterWell Pharmacy® | |
| **Días del suministro** | **30 días** | **100 días*** | **30 días** | **100 días*** | **30 días** | **100 días*** |
| **Nivel 1:** Genéricos preferidos | $0 | $0 | $10 | $30 | $0 | $0 |
| **Nivel 2:** Genéricos | $0 | $0 | $20 | $60 | $0 | $0 |
| **Nivel 3:** De marca preferidos | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% |
| **Nivel 4:** Medicamentos no preferidos | 41% | 41% | 41% | 41% | 41% | 41% |
| **Nivel 5:** Nivel de especialidad | 25% | No aplica | 25% | No aplica | 25% | No aplica |

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

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

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

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

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

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, incluso si no ha pagado su deducible.

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

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

## COBERTURA CATASTRÓFICA

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

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

| | LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS |
|---|---|
| **Servicios de acupuntura (cubiertos por Medicare)** | Copago de **$0** para acupuntura por dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año |
| **Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)** | Copago de **$0** |
| **Servicios de podiatría (cubierto por Medicare)** | Copago de **$0** |
| **EQUIPO / SUMINISTROS MÉDICOS** | |
| **Monitor continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés)** | |
| • Proveedor de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) | Copago de **$0** |
| • Farmacia | Copago de **$0** |
| • Farmacia preferida | Copago de **$0** |
| **Suministros para el control de la diabetes** | |
| • Proveedor para diabetes | Copago de **$0** |
| • Farmacia minorista de la red | Copago de **$0** |
| **Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)** | Copago de **$0** |
| **Suministros médicos en un suministrador de suministros médicos** | Copago de **$0** |
| **Dispositivos protésicos y suministros relacionados** | Copago de **$0** |
| **SERVICIOS DE REHABILITACIÓN** | |
| **Servicios de rehabilitación cardíaca** | |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de **$0** |
| • Consultorio de un especialista | Copago de **$0** |
| **Terapia ocupacional** | |
| • Centro de rehabilitación ambulatoria integral | Copago de **$0** |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de **$0** |
| • Consultorio de un especialista | Copago de **$0** |

*Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa:* ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

CarePlus HEALTH PLANS™

## Beneficios adicionales *(cont.)*

| | LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE CAREPLUS |
|---|---|
| **Terapia física** | |
| • Centro de rehabilitación ambulatoria integral | Copago de **$0** |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de **$0** |
| • Consultorio de un especialista | Copago de **$0** |
| **Servicios de rehabilitación pulmonar** | |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de **$0** |
| • Consultorio de un especialista | Copago de **$0** |
| **Terapia del habla** | |
| • Centro de rehabilitación ambulatoria integral | Copago de **$0** |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de **$0** |
| • Consultorio de un especialista | Copago de **$0** |
| **Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) para la enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés)** | |
| • Hospital para pacientes ambulatorios | Copago de **$0** |
| • Consultorio de un especialista | Copago de **$0** |

## Comparación de beneficios de Medicaid

Los beneficios descritos en la sección Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos que figura anteriormente están cubiertos por CareNeeds Extra (HMO D-SNP). Para cada beneficio descrito a continuación, puede ver lo que cubre Florida Medicaid y lo que cubre este plan.

Todos los beneficios de Medicaid están sujetos a las pautas y requisitos de elegibilidad de Florida Medicaid, y están disponibles solo para personas con doble elegibilidad completa. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, revise su Manual para los afiliados o comuníquese con Florida Medicaid al 888-419-3456 (llamada gratuita) 800-955-8771 (TTY).

| BENEFICIO | BENEFICIO DE MEDICAID | BENEFICIO DE ESTE PLAN |
|---|---|---|
| **Ambulancia** | Hay cobertura | Hay cobertura |
| **Centro de cirugía ambulatoria** | Hay cobertura | Hay cobertura |
| **Dentaduras postizas** | Hay cobertura | Hay cobertura |
| **Servicios de diagnóstico, laboratorio, e imágenes** | Hay cobertura | Hay cobertura |
| **Visitas a un médico** | Hay cobertura | Hay cobertura |

*Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) trabajará con usted para coordinar el cuidado que necesite con especialistas o ciertos proveedores en particular de la red. Esto se denomina "referido". Este plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa:* ***CarePlusHealthPlans.com/PAL****.*

| BENEFICIO | BENEFICIO DE MEDICAID | BENEFICIO DE ESTE PLAN |
|---|---|---|
| **Cuidado médico en casos de emergencia** | Hay cobertura | Hay cobertura |
| **Anteojos** | Hay cobertura | Hay cobertura |
| **Audífonos** | Hay cobertura | Hay cobertura |
| **Programas de servicios de exención basados en el hogar y en la comunidad** | Hay cobertura | No hay cobertura |
| **Hospital para pacientes hospitalizados** | Hay cobertura | Hay cobertura |
| **Servicios de hospitalización para salud mental, servicios de cuidado en un centro de enfermería y servicios de cuidado intermedio en una institución para enfermedades mentales (MD, por sus siglas en inglés), para personas de 65 años de edad y mayores** | Hay cobertura | Hay cobertura con limitaciones |
| **Servicios de cuidado para salud mental para pacientes hospitalizados menores de 21 años** | Hay cobertura | Hay cobertura con limitaciones |
| **Servicios en centros de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales (ICF-IID, por sus siglas en inglés)** | Hay cobertura | No hay cobertura |
| **Medicamentos de la Parte B de Medicare** | Hay cobertura | Hay cobertura |
| **Servicios de salud mental** | Hay cobertura | Hay cobertura |
| **Servicios en centros de enfermería distintos a los proporcionados en una institución para enfermedades mentales** | Hay cobertura | Hay cobertura con limitaciones |

| BENEFICIO | BENEFICIO DE MEDICAID | BENEFICIO DE ESTE PLAN |
|---|---|---|
| **Cobertura hospitalaria ambulatoria** | Hay cobertura | Hay cobertura |
| **Terapia física, ocupacional, del habla** | Hay cobertura | Hay cobertura |
| **Cuidado preventivo** | Hay cobertura | Hay cobertura |
| **Centro de enfermería especializada** | Hay cobertura | Hay cobertura |
| **Transporte** | Hay cobertura | Hay cobertura |
| **Servicios que se necesitan con urgencia** | Hay cobertura | Hay cobertura |

# Más beneficios de este plan

Disfrute de algunos de estos beneficios adicionales que incluye su plan.
Este es un resumen de lo que cubrimos. No enumera todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de cobertura y servicios. Visite **CarePlusHealthPlans.com/Plans** para ver una copia de la Evidencia de cobertura (EOC) o llame al **888-685-8607**.

**Subsidio CareEssentials de CarePlus***
**$350** por mes en una tarjeta de gastos prepagada.

Todos los afiliados al plan reciben esta cantidad para comprar productos de salud y bienestar de venta sin receta (OTC) aprobados en los comercios minoristas participantes o a través del proveedor de pedido por correo de OTC aprobado por el plan.

Además, los afiliados pueden utilizar este dinero para pagar cosas elegibles como alimentos, servicios públicos, alquiler, etc., si tienen determinadas afecciones crónicas elegibles y cumplen otros criterios del programa.

Las cantidades no utilizadas se transfieren al siguiente mes y vencen al final del año del plan o al desafiliarse, lo que ocurra primero.

- El subsidio está disponible para usar al principio de cada mes.
- 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 **$0** por consultas quiroprácticas rutinarias, hasta 12 consultas por año.

**Programa para dejar de fumar**
Para ayudarle en su esfuerzo por dejar de fumar o de usar productos de tabaco, cubrimos un asesoramiento adicional con el intento de dejar de fumar o de usar productos de tabaco en un período de 12 meses como un servicio sin costo para usted. Esto se añade a los dos intentos con asesoramiento provistos por Medicare e incluye hasta cuatro consultas personales. Este servicio se puede usar para medidas preventivas o para diagnóstico con una enfermedad relacionada con el tabaco.

**Cuidado rutinario de los pies**
Copago de **$0** por consulta rutinaria de podología, sin límite de consultas por año.

***** Subsidio de CarePlus CareEssentials es un Beneficio(s) suplementario(s) especial(es) para afiliados con ciertas afecciones de salud crónicas, quienes requieren coordinación intensiva de cuidado y tienen un alto riesgo de hospitalización o de otros resultados adversos para la salud. Las afecciones que califican pueden incluir diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos, o insuficiencia cardíaca crónica, entre otros. Algunos planes requieren al menos dos afecciones. Consulte la Evidencia de cobertura del plan para obtener detalles. Si usa este programa para el alquiler o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) requiere que este se informe como ingresos. Contacte a su oficina local de HUD con preguntas.

CarePlus HEALTH PLANS™

### Programa de comidas Well Dine® de CarePlus

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

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

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

Limitado a 4 veces por año.

### Cuidado personal en el hogar

Copago de **$0** por un mínimo de 3 horas por día, hasta un máximo de 42 horas por año para ciertos servicios de apoyo en el hogar para ayudar a las personas a realizar actividades de la vida diaria (ADL) dentro del hogar a cargo de un asistente calificado.

Las actividades de la vida diaria son actividades relacionadas con el cuidado personal.

Incluyen bañarse o ducharse, vestirse o desvestirse, asearse, ir al baño, el cuidado de la incontinencia, trasladarse, caminar o usar ayudas para la movilidad, la asistencia para comer o alimentarse.

### Recompensas e incentivos - Go365®

Realice actividades saludables elegibles, como pruebas de detección y exámenes preventivos, y obtenga recompensas con Go365 Advanced.

### Pelucas (relacionadas con el tratamiento de quimioterapia)

Hasta un beneficio máximo ilimitado por año.

### Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®

Copago de **$0** por SilverSneakers®.

El programa de acondicionamiento físico incluye acceso a centros participantes y clases de ejercicio grupales exclusivas dirigidas por instructores certificados.

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

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

# Obtenga **más** información

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

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

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

CareNeeds Extra (HMO D-SNP) ha sido aprobado 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 31 de diciembre de 2029 basado en una revisión del Modelo de cuidado de CareNeeds Extra (HMO D-SNP).

CarePlus Health Plans, Inc. es un DSNP con un contrato con Medicaid de Florida.
La información de beneficios provista es un breve resumen, no una descripción completa de los beneficios.
Para obtener más información, contacte al DSNP.
Se pueden aplicar limitaciones, copagos, y/o restricciones.
Los beneficios, la lista de medicamentos preferidos, la red de farmacias, la prima y/o copagos y coseguro pueden cambiar.

Si recibe asistencia de Medicare para el pago de costos compartidos, los proveedores de CareNeeds Extra (HMO D-SNP) no pueden cobrarle ni facturarle por servicios y artículos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, incluidos deducibles, coseguro y copagos, incluso cuando el pago de Medicaid es cero o cuando un proveedor decide no acudir a Medicaid. Si un proveedor le pide que pague, eso va en contra de la ley. Sin embargo, usted puede ser responsable de un pequeño copago de Medicaid.

Si se le factura o se le pide que pague a un proveedor de la red deducibles, coseguro o copagos por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, infórmele al proveedor que tiene protección contra el pago de costos compartidos y que no se le puede cobrar. Si usted ya ha efectuado el pago, tiene derecho a un reembolso. Si su proveedor no deja de facturarle, puede llamarnos al 800-794-5907 o llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), (TTY 1-877-486-2048). CarePlus o Medicare pueden pedirle a su proveedor que deje de facturarle y que le reembolse cualquier pago que usted haya realizado.

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

CarePlus HEALTH PLANS™

# Obtenga **más** información *(continuación)*

**CarePlusHealthPlans.com/FindCare** para acceder a nuestro directorio de búsqueda de proveedores. Por favor refiérase a su evidencia de cobertura para detalles adicionales sobre lo que este plan cubre u otras reglas que pueden aplicar.

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

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

## Active su cuenta segura de MyCarePlus.

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

### ¿Ya tiene una cuenta?

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

### ¿Todavía no tiene una cuenta?

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

CarePlus HEALTH PLANS™

## Aviso de no discriminación

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

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y recursos y servicios auxiliares apropiados gratuitos para comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
  - Intérpretes acreditados para hablar por señas
  - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

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

Si necesita modificaciones razonables, recursos auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese al **800-794-5907 (TTY: 711)**. Si usted cree que CarePlus Health Plans, Inc. no ha prestado estos servicios o ha discriminado por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o electrónico ante el coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **800-794-5907 (TTY: 711)**, o **Accessibility1@CarePlus-HP.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. puede ayudarle.

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

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

CarePlus HEALTH PLANS™

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

GHHNDN2026CP

# Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

H1019153000

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GHHNOA2026CP_0526

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

H1019153000

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# Notas

H1019153000

CarePlus HEALTH PLANS

# Notas

H1019153000

# Notas

H1019153000

CarePlus HEALTH PLANS

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

CareNeeds Extra (HMO D-SNP)
H1019153000 SPA
Condado de Brevard

www.CarePlusHealthPlans.com

H1019_SB_MAPD_HMO_153000_2027_SP_M