

# Resumen de beneficios

---

## **CareAccess (HMO)**

Área de Daytona y Orlando

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

## **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 con los que consulta ahora estén 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 2025.
- 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.



# Hablemos sobre CareAccess (HMO)

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

CareAccess (HMO) es un plan HMO Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en este plan de CarePlus depende de la renovación del contrato.

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

[CarePlusHealthPlans.com/Plans](http://CarePlusHealthPlans.com/Plans).

H1019144000

## Para ser elegible

Para inscribirse en CareAccess (HMO), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

## Nombre del plan:

CareAccess (HMO)

## 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](http://CarePlusHealthPlans.com/ContactUs)

## Más información sobre CareAccess (HMO)

¿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 en su área de servicio que se menciona en este documento para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP). CareAccess (HMO) 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.



### Una asociación saludable

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



## Prima mensual, deducible y límites

H1019144000

<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$0</b> Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible médico</b>	Este plan no tiene deducible.
<b>Deducible de farmacia (Parte D)</b>	Este plan tiene un deducible de <b>\$0</b> .
<b>Responsabilidad máxima de desembolso personal</b>	<b>\$3,500</b> 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 y hospitalarios cubiertos

### CUIDADO DE HOSPITALIZACIÓN

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

Copago de **\$100** por día por los días 1 a 5  
Copago de **\$0** por día por los días 6 a 90

### COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Los servicios enumerados a continuación también pueden estar cubiertos en otros lugares de tratamiento. Consulte los servicios específicos enumerados en este documento para obtener información adicional.

<b>Servicios de imágenes avanzadas (MRI, MRA, PET y escaneo CT)</b>	Copago de <b>\$75</b>
<b>Servicios de radiología básicos (radiografías)</b>	Copago de <b>\$50</b>
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>	Copago de <b>\$35</b>
<b>Medicamentos quimioterapéuticos</b>	<b>20%</b> del costo
<b>Colonoscopia de diagnóstico</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>Mamografía de diagnóstico</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico - otros</b>	Copago de <b>\$75</b>
<b>Servicios de laboratorio</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</b>	<b>20%</b> del costo
<b>Servicios para la salud mental</b>	Copago de <b>\$35</b>
<b>Servicios de medicina nuclear</b>	Copago de <b>\$75</b>
<b>Terapia ocupacional</b>	Copago de <b>\$35</b>
<b>Servicios de programa de tratamiento con opioides</b>	Copago de <b>\$35</b>
<b>Terapia física</b>	Copago de <b>\$35</b>

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

H1019144000

<b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>	Copago de <b>\$20</b>
<b>Servicios de diálisis renal</b>	<b>20%</b> del costo
<b>Estudio del sueño (en un centro)</b>	Copago de <b>\$75</b>
<b>Terapia del habla</b>	Copago de <b>\$35</b>
<b>Servicios de farmacodependencia</b>	Copago de <b>\$35</b>
<b>Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) para enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés)</b>	Copago de <b>\$30</b>
<b>Servicios de cirugía</b>	Copago de <b>\$75</b>
<b>Radiología terapéutica (Radioterapia)</b>	<b>20%</b> del costo
<b>Cuidado de heridas</b>	Copago de <b>\$35</b>
<b>CENTRO QUIRÚRGICO AMBULATORIO</b>	
<b>Colonoscopia de diagnóstico</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>Servicios de cirugía</b>	Copago de <b>\$55</b>
<b>VISITAS AL CONSULTORIO</b>	
<b>Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>Especialista</b>	Copago de <b>\$35</b>

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina “autorización previa” o “preautorización”. Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.

**CarePlus**  
HEALTH PLANS



## CUIDADO PREVENTIVO

**Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos sin costo cuando usted consulta a un proveedor dentro de la red, que incluyen:**

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- 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 de útero y vaginal
- Prueba de detección de cáncer colorrectal
- Prueba de detección de la depresión
- Prueba de detección de diabetes
- Capacitación para el automejoramiento 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 (PSA, por sus siglas en inglés)
- 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" (que se realiza una sola vez)

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

*No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.*



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

H1019144000

### CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA

#### Servicios en casos de emergencia en la sala de emergencias

Copago de **\$135**

Si usted es admitido en el hospital dentro de las primeras 24 horas, no tiene que pagar la parte del costo que le corresponde por el cuidado médico en casos de emergencia.

#### Servicios médicos y profesionales en la sala de emergencias

Copago de **\$0**

### SERVICIOS QUE SE NECESITAN CON URGENCIA

Copago de **\$35** en un centro de cuidado de 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.

### SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO Y IMÁGENES

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

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$50**
- Consultorio del médico de cuidado primario: Copago de **\$50**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$50**

#### Servicios de radiología básicos (radiografías)

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$35**
- Consultorio del médico de cuidado primario: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$35**
- Centro de cuidado de urgencia: Copago de **\$35**

#### Colonoscopia de diagnóstico

- Centro quirúrgico ambulatorio: 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

- Consultorio del médico de cuidado primario: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$35**
- Centro de cuidado de urgencia: Copago de **\$35**

#### Servicios de laboratorio

- Laboratorio independiente: Copago de **\$0**
- Consultorio del médico de cuidado primario: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$0**
- Centro de cuidado de urgencia: Copago de **\$0**

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina “autorización previa” o “preautorización”. Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

H1019144000

### Medicina y servicios nucleares

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$50**

### Estudio del sueño

- Hogar del afiliado: Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$35**

### Radiología terapéutica (Radioterapia)

- Centro de radiología independiente: Copago de **\$35**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$35**

## SERVICIOS DE AUDICIÓN

### Servicios de la audición cubiertos por Medicare

Copago de **\$35**

### Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la audición

Dentro de la red:

**HER904**

- Copago de **\$0** por ajuste/evaluación, exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$750** para cada audífono (de todo tipo), hasta 1 por oído por año.
- Tenga en cuenta: Incluye un suministro de baterías para 1 mes y garantía de 1 año.

Puede encontrar la ubicación de proveedores para servicios auditivos rutinarios en

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

## SERVICIOS DENTALES

### Servicios dentales cubiertos por Medicare

Copago de **\$35**

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

### Beneficio suplementario obligatorio dental

Los costos compartidos que se indican a continuación son lo que usted paga por el servicio cubierto.

Dentro de la red:

#### **DEN131**

- Copago de **\$0** por examen oral integral, hasta 1 cada 3 años.
- Copago de **\$0** por dentaduras postizas parciales o completas, hasta 1 juego(s) cada 5 años.
- Copago de **\$0** por raspado y alisado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante por año.
- Copago de **\$0** por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año.
- Copago de **\$0** por revestimiento de dentaduras postizas, radiografía panorámica, hasta 1 por año.
- Copago de **\$0** por empaste de amalgama y/o composite, tratamiento con flúor, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.
- Copago de **\$0** por extracción simple o quirúrgica, hasta 3 por año.
- Copago de **\$0** por mantenimiento periodontal, hasta 4 por año.
- Copago de **\$0** por extracciones para dentaduras postizas, anestesia necesaria con servicio cubierto, sin límite por año.
- Las extracciones ilimitadas están cubiertas únicamente con el fin de que el afiliado reciba dentaduras postizas; todas las demás extracciones están limitadas a 3 por año.

Todos los servicios deben ser recibidos en el consultorio de un dentista general o especialista dental (p. ej., cirujano oral, endodoncista, periodoncista, etc.) participante dentro la red. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Los beneficios se ofrecen en base al año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá.

El dentista puede sugerir y ayudar a coordinar servicios adicionales no enumerados en este programa de beneficios; sin embargo, no están cubiertos los procedimientos recibidos que no estén

*No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina “autorización previa” o “preautorización”. Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.*



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

H1019144000

enumerados en este programa de beneficios o que superen las limitaciones de los beneficios que se enumeran en este programa. El afiliado es responsable de los costos de estos servicios adicionales y deberá 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/Resources** 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.

Este plan no ofrece cobertura fuera de la red.

Para encontrar un dentista o verificar si su dentista está en nuestra red Florida GoldPlus Dental, utilice nuestra herramienta Dental Finder. Visite **CarePlusHealthPlans.com/Dental-Finder** e ingrese su código postal.

*No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina “autorización previa” o “preautorización”. Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.*



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

H1019144000

### SERVICIOS PARA LA VISTA

<b>Anteojos (después de una cirugía de cataratas)</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare</b>	Copago de <b>\$0</b>
<b>Servicios para la vista cubiertos por Medicare</b>	Copago de <b>\$35</b>
<b>Beneficio suplementario obligatorio para la vista</b>	Dentro de la red <b>VIS840</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Copago de <b>\$0</b> por prueba de refracción y dilatación (si es necesario) con examen rutinario, hasta 1 por año.</li><li>• Cantidad máxima de cobertura de beneficios de <b>\$200</b> por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) más ajustes; o bien, 2 pares de anteojos seleccionados sin costo.</li><li>• Puede elegir anteojos de sol recetados como primer par.</li><li>• Los anteojos incluyen filtro de protección ultravioleta y capa contra rayaduras.</li></ul>
	Puede encontrar el localizador de proveedores de servicios rutinarios para la vista en <b>CarePlusHealthPlans.com/Doctor</b> > Medical (Médico) > Ingresar código postal > Escriba "Optometrist" (Optometrista) en la casilla debajo de "Nombre, especialidad, condición*" > Search (Buscar)

### SERVICIOS DE LA SALUD MENTAL

<b>Pacientes internados</b> Su plan cubre hasta 190 días de por vida para el cuidado de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	Copago de <b>\$100</b> por día por los días 1 a 5 Copago de <b>\$0</b> por día por los días 6 a 90
<b>Consultas de terapia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hospitalización parcial: Copago de <b>\$35</b></li><li>• Consultorio de un especialista: Copago de <b>\$35</b></li></ul>

### CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF)

Su plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)	Copago de <b>\$0</b> por día por los días 1 a 20 Copago de <b>\$200</b> por día por los días 21 a 100
---	--

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina "autorización previa" o "preautorización". Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.





## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

H1019144000

### TERAPIA FÍSICA

<b>Centro de rehabilitación ambulatoria integral</b>	Copago de <b>\$35</b>
<b>Consultorio del especialista</b>	Copago de <b>\$35</b>

### AMBULANCIA

<b>Aérea</b>	<b>20%</b> del costo
<b>Terrestre</b>	Copago de <b>\$250</b> por viaje

<b>TRANSPORTE</b>	Copago de <b>\$0</b> para localidades aprobadas por el plan, hasta 26 viajes sencillos por año.
	Este beneficio ofrece millas ilimitadas por viaje. El afiliado <i>debe</i> comunicarse con el proveedor de transporte para organizar el transporte

### MEDICAMENTOS DE LA PARTE B

<b>Vacunas y sueros antialérgicos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Consultorio del médico de cuidado primario: Copago de <b>\$0</b></li><li>Consultorio de un especialista: Copago de <b>\$0</b></li></ul>
---------------------------------------	---

<b>Medicamentos quimioterapéuticos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Consultorio de un especialista: <b>20%</b> del costo</li></ul>
--	--

<b>Otros medicamentos de la Parte B</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Farmacia: <b>20%</b> del costo</li><li>Consultorio del médico de cuidado primario: <b>20%</b> del costo</li><li>Consultorio de un especialista: <b>20%</b> del costo</li></ul>
---	--

Es posible que algunos medicamentos de la Parte B reembolsables estén sujetos a un menor coseguro. Usted no paga más de \$35 por un suministro de un mes (hasta 30 días) para todas las insulinas de la Parte B cubiertas por nuestro plan, y si su plan tiene un deducible no se aplica a la insulina de la Parte B.

*No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de su plan. Esto se denomina “autorización previa” o “preautorización”. Contacte a su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para conocer los servicios que requieren una autorización previa del plan.*



## Beneficios de medicamentos recetados

H1019144000

### ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN

<b>Copagos de \$0</b>	Copagos de <b>\$0</b> en farmacias y niveles seleccionados. Más detalles a continuación
<b>Deductible</b>	Deductible de <b>\$0</b>
<b>Costos para insulina</b>	No pagará más de <b>\$35</b> por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina que cubra su plan
<b>Cobertura adicional para períodos sin cobertura</b>	Cobertura adicional durante el período sin cobertura para lo siguiente: Medicamentos de Nivel 1 Medicamentos de Nivel 2 Insulina
<b>Cobertura de medicamentos excluidos</b>	Cobertura de medicamentos adicional para lo siguiente: Medicamentos para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés) Vitaminas recetadas
<b>Vacunas de \$0</b>	Copago de <b>\$0</b> 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 totales de medicamentos durante el año lleguen a **\$5,030**. Los costos totales de medicamentos durante el año son los costos totales de medicamentos que pagan ambos, usted y nuestro plan. Una vez que llegue a esta cantidad, ingresará en el Período sin cobertura.

## Costos compartidos en farmacias

	Costos compartidos minoristas Incluye todas las farmacias minoristas dentro de la red		Costos compartidos de envío por correo estándar		Costos compartidos de pedido por correo preferido CenterWell Pharmacy™	
Días del suministro	30 días	90 días*	30 días	90 días*	30 días	90 días*
<b>Nivel 1:</b> Genéricos preferidos	\$0	\$0	\$2	\$6	\$0	\$0
<b>Nivel 2:</b> Genéricos	\$5	\$15	\$16	\$48	\$5	\$0
<b>Nivel 3:</b> De marca preferidos	\$47	\$141	\$47	\$141	\$47	\$131
<b>Nivel 4:</b> No preferidos	\$85	\$255	\$100	\$300	\$85	\$245
<b>Nivel 5:</b> Nivel de especialidad	33%	No aplica	33%	No aplica	33%	No aplica

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

\*Algunos medicamentos están limitados a un suministro de 30 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

	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	90 días*	30 días	90 días*	30 días	90 días*
<b>Nivel 2:</b> Genéricos	\$5	\$15	\$16	\$48	\$5	\$0
<b>Nivel 3:</b> De marca preferidos	\$35	\$105	\$35	\$105	\$35	\$105
<b>Nivel 5:</b> Nivel de especialidad	\$35	No aplica	\$35	No aplica	\$35	No aplica

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

\*Algunos medicamentos están limitados a un suministro de 30 días.

## PERÍODO SIN COBERTURA

Cuando ingresa al período sin cobertura, usted paga el **25 por ciento** de los costos del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el **25 por ciento** de los costos del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus gastos de desembolso personal totales sumen **\$8,000**, momento en el que finaliza el período sin cobertura. No todos ingresarán al período sin cobertura.

Con este plan, **es posible que pague aún menos** por lo siguiente:

**Nivel 1** (Genéricos preferidos) - Todos los medicamentos

**Nivel 2** (Genéricos) - Insulina, Todos los demás medicamentos

**Nivel 3** (De marca preferidos) - Insulina

**Nivel 5** (De especialidad) - Insulina

Para obtener más información sobre los costos compartidos en el período sin cobertura, llámenos o consulte su Evidencia de cobertura en línea.

## COBERTURA CATASTRÓFICA

Después de que sus costos anuales de desembolso alcancen **\$8,000**, 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 **\$8,000**, pagará una de los siguientes según su nivel de "Ayuda adicional":

- **\$4.50** por medicamento genérico/preferido de origen múltiple o biosimilar; **\$11.20** por cualquier otro medicamento; O
- **\$1.55** por medicamento genérico/preferido de origen múltiple o biosimilar; **\$4.60** por cualquier otro medicamento; O
- **\$0** por todos los medicamentos

Después de alcanzar su límite anual de desembolso personal de **\$8,000**, 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, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. 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.

 <b>Beneficios adicionales</b>	
<b>Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)</b>	Copago de <b>\$20</b>
<b>Servicios de podología (cubierto por Medicare)</b>	Copago de <b>\$35</b>
<b>Servicios de acupuntura (cubiertos por Medicare)</b>	Copago de <b>\$35</b> por consultas de acupuntura para el dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año.
<b>EQUIPO Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>	
<b>Suministros para el control de la diabetes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Proveedor para la diabetes: Copago de <b>\$0</b></li><li>Farmacia minorista de la red: Copago de <b>\$0</b></li></ul>
<b>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados - Costo alto</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Proveedor de equipo médico duradero: <b>20%</b> del costo</li></ul>
<b>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados - Todos los demás</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Proveedor de equipo médico duradero: <b>10%</b> del costo</li></ul>
<b>Suministros médicos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Proveedor de suministros médicos: Copago de <b>\$0</b></li></ul>
<b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Proveedor de prótesis: Copago de <b>\$0</b></li></ul>
<b>SERVICIOS DE REHABILITACIÓN</b>	
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Consultorio de un especialista: Copago de <b>\$35</b></li></ul>
<b>Terapia ocupacional</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de <b>\$35</b></li><li>Consultorio de un especialista: Copago de <b>\$35</b></li></ul>
<b>Terapia física</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de <b>\$35</b></li><li>Consultorio de un especialista: Copago de <b>\$35</b></li></ul>
<b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Consultorio de un especialista: Copago de <b>\$20</b></li></ul>

**Terapia del habla**

- Centro de rehabilitación ambulatoria integral: Copago de **\$35**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$35**
- Consultorio de un especialista: Copago de **\$30**

**Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) para la enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés)****SERVICIOS DE TELESALUD (además de Medicare original)**

**Consultorio de un médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)** Copago de **\$0**

**Especialista** Copago de **\$35**

**Servicios para la salud del comportamiento y por farmacodependencia** Copago de **\$0**

**Servicios de cuidado de urgencia** Copago de **\$35**

H1019144000



# Más beneficios de su 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](http://CarePlusHealthPlans.com/Plans) para ver una copia de la Evidencia de cobertura (EOC) o llame al **1-800-794-4105**.

H1019144000

## **Servicios quiroprácticos**

Copago de **\$20** por consultas quiroprácticas rutinarias, hasta 12 consultas por año.

## **Cuidado rutinario de los pies**

Copago de **\$35** por consulta rutinaria de podología, sin límite de consultas por año.

## **Programa de comidas preparadas, NationsMarket® Fresh**

El programa de envío de comidas recién preparadas a domicilio de CarePlus para afiliados después de una estadía como paciente internado en el hospital o un centro de enfermería.

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

Subsidio mensual de **\$40** 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®**

Membresía básica en un centro de acondicionamiento físico con clases de acondicionamiento físico en persona y digitales incluidas.

## Notas

H1019144000



## Notas

H1019144000

## **¡IMPORTANTE!**

---

### **En CarePlus, es importante que usted reciba un trato justo.**

CarePlus Health Plans, Inc. no discrimina ni excluye a las personas por su raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, o idioma. La discriminación es contra la ley. CarePlus cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables. Si cree que CarePlus lo ha discriminado, hay maneras de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal, ante:

#### **CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Grievances and Appeals Department.**

PO Box 277810, Miramar, FL 33027.

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame a Servicios para afiliados al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Del 1 de octubre al 31 de marzo, 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, los sábados, domingos y feriados y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

- También puede presentar una queja de derechos civiles ante la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.** electrónicamente a través de su Portal de quejas, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o al **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

### **Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-800-794-5907 (TTY: 711).**

CarePlus provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

**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 Arzneimittelpunkt. 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 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고있습니다 .

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 (بزقياً: 711) 800-794-5907. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه هي خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके कसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुर्भाषयि सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुर्भाषयि प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-794-5907 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्तिजो हादि 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 Italiano 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ございます。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



Puede ver el **directorío de proveedores y farmacias** de nuestro plan en nuestro sitio web en [CarePlusHealthPlans.com/Directories](https://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 nuestro plan en nuestro sitio web en [CarePlusHealthPlans.com/DrugList](https://CarePlusHealthPlans.com/DrugList) o llámenos al número que está al comienzo de este folleto y le enviaremos una.

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

Los servicios de telesalud mostrados aquí son adicionales a los servicios de telesalud cubiertos por Medicare original. El costo que usted paga puede ser diferente bajo telesalud de Medicare original. Es posible que este servicio no sea ofrecido por todos los proveedores en nuestra red. Verifique directamente con su proveedor sobre la disponibilidad de los servicios de telesalud, o puede visitar nuestro sitio web [CarePlusHealthPlans.com/Doctor](https://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 su 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.



CareAccess (HMO)

H1019144000 SPA

Área de Daytona y Orlando



[es-www.CarePlusHealthPlans.com](http://es-www.CarePlusHealthPlans.com)

H1019\_SB\_MAPD\_HMO\_144000\_2024\_SP\_M