

To enroll, call 772.276.6669

CareFree (HMO)  
H1019-104-001

2023



## SUMMARY OF BENEFITS

TAMPA AREA:

Polk

**CarePlus**  
HEALTH PLANS

H1019\_MKSB104-0012023\_M

To enroll, call 772.276.6669

To enroll, call 772.276.6669

## Snapshot of Benefits

CareFree (HMO) H1019-104-001



Monthly Plan Premium

**\$0**



Medicare Part B Premium Reduction

**Up to \$170 back every month**



Primary Care Physician Office Visit

**\$0 copay**



Specialist Office Visit

**\$10 copay**



OTC Allowance

**\$75 monthly**



Routine Dental, Vision and Hearing Coverage

**\$0 copay**



Inpatient Hospital Care

**\$75 daily copay for days 1-5**

Emergency Care

**\$120 copay**

The next pages have more details on these benefits and more from CarePlus!

Licensed CarePlus Sales Agent Name: \_\_\_\_\_

Licensed CarePlus Sales Agent Phone Number: \_\_\_\_\_

To enroll, call 772.276.6669

**This page intentionally left blank.**

To enroll, call 772.276.6669

## Pre-Enrollment Checklist



**Before making an enrollment decision, it is important that you fully understand our benefits and rules.**

If you have any questions, you can call and speak to a Member Services representative at **1-800-794-4105** (TTY: **711**). From October 1 - March 31, we are open 7 days a week; 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 - September 30, we are open Monday - Friday; 8 a.m. to 8 p.m. You may always leave a voicemail after hours, Saturdays, Sundays, and holidays and we will return your call within one business day.

### Understanding the Benefits

- The Evidence of Coverage (EOC) provides a complete list of all coverage and services. It is important to review plan coverage, costs, and benefits before you enroll. Visit [CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2023](https://www.CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2023) or call **1-800-794-4105** (TTY: **711**) to view a copy of the EOC.
- Review the provider directory (or ask your doctor) to make sure the doctors you see now are in the network. If they are not listed, it means you will likely have to select a new doctor.
- Review the provider directory to make sure the pharmacy you use for any prescription medicine is in the network. If the pharmacy is not listed, you will likely have to select a new pharmacy for your prescriptions.
- Review the formulary to make sure your drugs are covered.

### Understanding Important Rules

- You must continue to pay your Medicare Part B premium. This premium is normally taken out of your Social Security check each month. The Part B premium may be covered through the Florida Medicaid Program.
- Benefits, premiums and/or copayments/coinsurance may change on January 1, 2024.
- Except in emergency or urgent situations, we do not cover services by out-of-network providers (doctors who are not listed in the provider directory).

# To enroll, call 772.276.6669

## 2023 Summary of Benefits



This booklet gives you a summary of what **CareFree (HMO)** covers and what you pay. It does not list all plan benefits or every limitation and exclusion. For a complete list of covered services, please refer to the plan's Evidence of Coverage on our website, [CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2023](https://www.CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2023), or call us and we will send you a copy. We will automatically mail it to you after you enroll.



### Tips for comparing your Medicare choices

- To compare our plan with other Medicare health plans, ask the other plans for their Summary of Benefits booklets, or use the Medicare Plan Finder on **Medicare.gov**.
- To learn more about the coverage and costs of Original Medicare, look in your current "Medicare & You" handbook. You can view it online at **Medicare.gov** or get a copy by calling **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 hours a day, 7 days a week. TTY: **1-877-486-2048**.



### Who can join CareFree (HMO)?

To join **CareFree (HMO)**, you must be entitled to Medicare Part A, be enrolled in Medicare Part B, and live in our service area.

Our service area includes the following county in Florida: Polk.



### Which doctors, hospitals, and pharmacies can you use?

**CareFree (HMO)** has a network of doctors, hospitals, pharmacies, and other providers. You must access all plan-covered services through the CarePlus network of providers, except for urgently needed care or emergency services. If you use out-of-network providers, we may not pay for these services.

#### **Prior authorization or a referral may be required for covered in-network medical services.**

You must generally use network pharmacies to fill your prescriptions for Medicare-covered Part D drugs. There are network mail-order pharmacies that offer preferred cost-sharing. You may pay less if you use these pharmacies.

To see our provider directory, visit our website at [CarePlusHealthPlans.com/directories](https://www.CarePlusHealthPlans.com/directories), or call us and we will send you a copy.



# To enroll, call 772.276.6669



## What does this plan cover?

**CareFree (HMO)** covers everything that Original Medicare covers - and *more*.

In addition to medical services, we cover certain Part D and Part B drugs such as chemotherapy and some drugs administered by your physician. See the Evidence of Coverage for more information.

To see our list of covered prescription drugs and any restrictions, visit [CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2023-prescription-drug-guides](https://www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2023-prescription-drug-guides), or call us and we will send you a copy.



## How to determine your drug costs

Medications are listed in one of five tiers. Use our Drug Guide to determine the tier of your drug. The amount you pay depends on its tier and your stage of drug coverage.

**Do you have Medicare and Medicaid?** If you are enrolled in both Medicare and Medicaid, **you may not have to pay the medical costs displayed in this booklet and your prescription drug costs will be lower.** Please contact us to learn more about this.



## Need more information or have questions?

Visit [CarePlusHealthPlans.com](https://www.careplushealthplans.com), or call one of the numbers below.

**If you are a member**  
of this plan,  
call Member Services:  
**1-800-794-5907 (TTY: 711).**

**If you are not a member**  
of this plan, call a licensed  
CarePlus sales agent:  
**1-800-794-4105 (TTY: 711).**

October 1 - March 31: 7 days a week; 8 a.m. - 8 p.m.

April 1 - September 30: Monday - Friday; 8 a.m. - 8 p.m.

You may always leave a voicemail after hours, Saturdays, Sundays, and holidays and we will return your call within one business day.

# To enroll, call 772.276.6669

## CareFree (HMO) H1019-104-001

### MONTHLY PREMIUM, DEDUCTIBLE, AND MAXIMUM OUT-OF-POCKET LIMIT

#### Monthly Plan Premium

- \$0
- You must continue to pay your Medicare Part B premium. This premium may be covered by Medicaid, if you qualify.

#### Part B Premium Reduction

- This plan will reduce your monthly Medicare Part B premium by up to **\$170**. Your social security check will increase by this amount.

#### Deductible

- **\$0** - This plan does not have a deductible for medical services.

#### Maximum Out-of-Pocket Limit

- **\$3,000** per year.
- This amount is the most you will pay during the plan year for approved medical services under our plan. Once you (or others on your behalf) pay this amount, we pay 100% of your covered services for the rest of the plan year. Excludes costs for prescription drugs, services abroad, and supplemental benefits.

### COVERED MEDICAL AND HOSPITAL BENEFITS

#### Inpatient Hospital Care

- **\$75** daily copay for days **1 - 5**, **\$0** daily copay for days **6 - 90**.
- **\$0** daily copay for days **91** and beyond.
- Our plan covers an **unlimited** number of days for an inpatient hospital stay.
- See Evidence of Coverage for benefit period information.

#### Outpatient Hospital Care

- **\$10** copay for:
  - Mental health care group and individual therapy visits.
  - Physical, occupational, and speech therapy.
  - Cardiac and pulmonary rehabilitation services.
  - Supervised Exercise Therapy (SET) services.
- **\$60** copay for:
  - Diagnostic procedures and tests. See diagnostic services for additional details.
  - Surgery services.
- **20%** coinsurance for:
  - Chemotherapy drugs.
  - Renal dialysis.

#### Ambulatory Surgery Center

- **\$0** copay for physician and professional services.
- **\$0** copay for diagnostic colonoscopy services.
- **\$60** copay for surgery services.
- **\$0** copay for colorectal cancer screening.

#### Doctor Visits

- **\$0** copay for primary care physician (PCP) visits.
  - Must select a PCP from our network.
- **\$10** copay for specialist visits.





# To enroll, call 772.276.6669

## CareFree (HMO) H1019-104-001

### Preventive Care

- **\$0** copay for all Medicare-covered preventive services, including:
  - Abdominal aortic aneurysm screening
  - Alcohol misuse screening and counseling
  - Annual Wellness Visit (AWV)
  - Bone mass measurement
  - Breast cancer screening (mammogram)
  - Cardiovascular disease risk reduction visit
  - Cardiovascular disease screening
  - Cervical and vaginal cancer screenings (pap tests, pelvic exams, HPV tests)
  - Colorectal cancer screening (i.e. colonoscopy, fecal occult blood test, flexible sigmoidoscopy)
  - Depression screening
  - Diabetes screening
  - Diabetes self-management training
  - Glaucoma screening
  - Hepatitis B virus (HBV) screening
  - Hepatitis C virus (HCV) screening
  - HIV screening
  - Lung cancer screening
  - Medical nutrition therapy services
  - Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)
  - Obesity screening and therapy
  - Prostate cancer screening
  - Routine physical exam
  - Screening for sexually transmitted infections (STIs) and counseling
  - Tobacco use cessation counseling
  - Vaccines including Influenza (Flu), Hepatitis B Virus (HBV), Pneumococcal, COVID-19
  - “Welcome to Medicare” preventive visit (one-time)
- Any additional preventive services approved by Medicare during the contract year will be covered.

### Emergency Care

- **\$120** copay for facility.
- **\$0** copay for physician and professional services.
- Emergency coverage is the same worldwide.
- You do not pay the emergency care copay if you’re admitted to the same hospital within 24 hours for the same condition.

### Urgently Needed Services

- **\$0** copay at your primary care physician’s office.
- **\$10** copay at a specialist’s office.
- **\$10** copay at an urgent care center.
- Coverage for urgently needed services is the same worldwide.

# To enroll, call 772.276.6669

## CareFree (HMO) H1019-104-001

### Diagnostic Services

- **Diagnostic procedures and tests:**
  - \$0 copay at your primary care physician's office
  - \$10 copay at a specialist's office
  - \$10 copay at an urgent care center
  - \$60 copay at a hospital facility as an outpatient
- **Basic radiology (X-rays):**
  - \$0 copay at your primary care physician's office
  - \$10 copay at a specialist's office
  - \$10 copay at an urgent care center
  - \$10 copay at a freestanding radiological facility
  - \$60 copay at a hospital facility as an outpatient
- **Diagnostic radiology** (e.g., MRI, MRA, CT Scans):
  - \$40 copay at your primary care physician's office
  - \$40 copay at a specialist's office
  - \$40 copay at a freestanding radiological facility
  - \$60 copay at a hospital facility as an outpatient
- **Radiation therapy:**
  - \$10 copay at a specialist's office
  - \$25 copay at a freestanding radiological facility
  - \$20% coinsurance at a hospital facility as an outpatient
- **Lab tests:**
  - \$0 copay
- **Diagnostic mammograms:**
  - \$0 copay
- **Diagnostic colonoscopies:**
  - \$0 copay
- **Nuclear medicine:**
  - \$60 copay

### Hearing Services

- \$10 copay for a Medicare-covered exam to diagnose and treat hearing and balance issues.
- Supplemental routine hearing services:
  - \$0 copay for routine hearing exam, 1 per calendar year.
  - \$0 copay for hearing aid fitting/evaluation, 1 per calendar year.
  - \$1,250 allowance per ear for hearing aids, per calendar year.
  - 1-month battery supply and 1-year warranty included.

### Dental Services

- \$10 copay for Medicare-covered services. Excludes preventive, restoration, removal and replacement services.
- \$0 copay for the following supplemental routine dental services:
  - Periodic oral evaluations, up to 2 per calendar year
  - Comprehensive oral evaluation, 1 every 3 calendar years
  - Emergency diagnostic exam, up to 2 per calendar year
  - Fluoride treatment, up to 2 per calendar year
  - Periodontal maintenance, up to 4 per calendar year
  - Prophylaxis cleanings, up to 2 per calendar year
  - Bitewing X-rays, 1 set per calendar year
  - Panoramic X-ray film, 1 per calendar year
  - Amalgam and/or composite fillings, up to 2 per calendar year
  - Scaling and root planing (deep cleaning), 1 per quadrant per calendar year
  - Simple or surgical extractions, up to 3 per calendar year
  - Denture reline, 1 per calendar year
  - Complete dentures (upper and/or lower), 1 set every 5 calendar years
  - Anesthesia
  - Extractions, unlimited for dentures. All other extractions are limited.
- Partial dentures are not covered.
- Total periodic and comprehensive oral evaluations limited to 2 per calendar year.



# To enroll, call 772.276.6669

## CareFree (HMO) H1019-104-001

### Vision Services

- **\$10** copay for Medicare-covered eye exams to diagnose and treat diseases and conditions of the eye.
- **\$0** copay for diabetic eye exam.
- **\$0** copay for **1** pair of eyeglasses or contact lenses after cataract surgery.
- Supplemental routine vision services:
  - **\$0** copay for routine eye exams with refraction, **1** per calendar year.
  - **\$300** yearly allowance for contact lenses or eyeglasses of your choice; OR, you may choose **3** free pairs of select eyeglasses (**1** pair may be prescription sunglasses).
  - Ultraviolet protection, scratch resistant coating, standard no-line bifocals, transition lenses, and fitting included with eyeglasses.
  - You are responsible for any eyewear costs above the yearly allowance amount or the costs of any upgrades when a free pair is selected.

### Mental Health Services

- **Inpatient visit - general hospital:**
  - **\$75** daily copay for days **1 - 5**, **\$0** daily copay for days **6 - 90**.
  - See Evidence of Coverage for maximum stays and lifetime reserve days.
- **Inpatient visit - psychiatric facility:**
  - **\$75** daily copay for days **1 - 5**, **\$0** daily copay for days **6 - 90**.
  - Covers up to 190 days in a lifetime.
- **Outpatient visit:**
  - **\$10** copay for group and individual therapy visits.
  - **\$10** copay for partial hospitalization.
  - Includes treatment for mental illness and substance abuse.

### Skilled Nursing Facility (SNF)

- **\$0** copay per day for days **1 - 20**.
- **\$150** copay per day for days **21 - 100**.
- No prior hospital stay required.
- Covers up to **100** days per benefit period.
- See Evidence of Coverage for benefit period details.

### Physical Therapy

- **\$10** copay per visit

### Ambulance Services (Ground Transportation)

- **\$200** copay per trip for emergencies.
- **\$0** copay per trip for medically necessary non-emergencies.

### Routine Transportation

- **\$0** copay for up to **50** one-way trips per calendar year.
- Provided by participating vendor to approved locations.

# To enroll, call 772.276.6669

## CareFree (HMO) H1019-104-001

### Medicare Part B Drugs

- **20%** coinsurance when purchased at a pharmacy, provided in a physician's office, or provided in a hospital facility as an outpatient.
- **\$0** copay for allergy injections in a physician's office.
- **20%** coinsurance for chemotherapy drugs.

### PART D PRESCRIPTION DRUG BENEFITS

- This plan uses a Drug Guide (formulary). Check it to see if your drugs are covered. Quantity limits and other restrictions/authorizations may apply.
- Nationwide network of pharmacies.
- Your cost for prescription drugs depends on where the prescription is filled, where it is administered, the drug's tier level, the supply needed, and which Part D drug stage you are in when the prescription is filled. Please see Evidence of Coverage for details.
- **If you have Extra Help, you pay whichever is less: your plan cost-share or the Low Income Subsidy (LIS) cost-share. Also, the Insulin Savings Program information (below) does not apply to you.**

### Deductible

- **\$0** - This plan does not have a deductible.

### Insulin Savings Program

- Your cost for Select Insulins in the Initial Coverage and Coverage Gap stages.

Tier	Supply	Retail Cost Sharing	Preferred Mail-Order Cost Sharing	Standard Mail-Order Cost Sharing
Tier 2 Generic	30-day	\$0	\$0	\$20
	90-day	\$0	\$0	\$60
Tier 3 Preferred Brand	30-day	\$35	\$35	\$35
	90-day	\$105	\$95	\$105



# To enroll, call 772.276.6669

## CareFree (HMO) H1019-104-001

### Initial Coverage

- Your cost for all other covered drugs until you reach the Coverage Gap.

Tier	Supply	Retail Cost Sharing	Preferred Mail-Order Cost Sharing	Standard Mail-Order Cost Sharing
<b>Tier 1</b> Preferred Generic	30-day	\$0	\$0	\$10
	90-day	\$0	\$0	\$30
<b>Tier 2</b> Generic	30-day	\$0	\$0	\$20
	90-day	\$0	\$0	\$60
<b>Tier 3</b> Preferred Brand	30-day	\$35	\$35	\$47
	90-day	\$105	\$95	\$141
<b>Tier 4</b> Non-Preferred Drug	30-day	\$60	\$60	\$100
	90-day	\$180	\$170	\$300
<b>Tier 5</b> Specialty Tier	30-day	33%	33%	33%
	90-day	N/A	N/A	N/A

### Coverage Gap

- After total yearly drug costs (what you and the plan pay) reach **\$4,660**, you enter the coverage gap.
- Gap coverage for Tiers 1 and 2: your cost is the same before and during the gap.
- You pay 25% of the plan's cost for all other covered drugs while in the Coverage Gap.

### Catastrophic Coverage

- After your yearly out-of-pocket drug costs reach **\$7,400**, you pay the greater of:
  - 5% of the cost, or
  - **\$4.15** copay for generic (including brand drugs treated as generic) and a **\$10.35** copay for all other drugs.
- See Evidence of Coverage for details.

### Part D Excluded Prescription Drugs and Vitamins

- Tier 1 copay for certain erectile dysfunction drugs and certain prescription vitamins.
- Your cost stays the same through all stages and does not count toward your total annual drug cost. See Evidence of Coverage for details.

## ADDITIONAL COVERED MEDICAL BENEFITS

### Outpatient Surgery

- \$0** copay at your primary care physician's office.
- \$10** copay at a specialist's office.
- \$60** copay at an ambulatory surgical center.
- \$60** copay at a hospital facility as an outpatient.

# To enroll, call 772.276.6669

## CareFree (HMO) H1019-104-001

### Additional Rehabilitation Services

- **Occupational therapy (daily living activities), speech therapy, cardiac (heart) and pulmonary (lung) rehabilitation services:**
  - \$10 copay
  - See Evidence of Coverage for covered places of treatment.
- **Supervised Exercise Therapy (SET) services:**
  - \$10 copay

### Foot Care (Podiatry Services)

- \$10 copay for Medicare-covered exams and treatment.
- \$10 copay for unlimited visits to participating podiatrists for supplemental routine foot care to treat flat feet or misalignment; corn, wart or callus removal; and hygienic care. No referral required.

### Medical Equipment/Supplies

- **Durable medical equipment:**
  - 20% coinsurance for power-operated or customized durable medical equipment (e.g., electric wheelchairs, scooters, insulin pumps).
  - \$0 copay for all other durable medical equipment.
- **Prosthetic devices (braces, artificial limbs, etc.) and other medical supplies:**
  - 20% coinsurance for prosthetic devices.
  - 20% coinsurance for other medical supplies.
- **Diabetic supplies:**
  - \$10 copay for therapeutic shoes and inserts.
  - \$0 copay for diabetic monitoring supplies.

### Telehealth Services (in addition to Original Medicare)

- \$0 copay for primary care physician virtual visit.
- \$10 copay for specialist virtual visit.
- \$0 copay for behavioral health and substance abuse virtual visit.
- \$0 copay for urgent care virtual visit.
- This service may not be offered by all in-network plan providers. Check directly with your provider about the availability of telehealth services, or you can also visit our website at [CarePlusHealthPlans.com/physician-finder](https://CarePlusHealthPlans.com/physician-finder) to access our online, searchable directory.

### Wellness Programs

- **Deliver Fresh Meals Program:**
  - \$0 copay for up to 14 home delivered meals after an overnight hospital or skilled nursing facility stay. Up to 4 times per year.
- **SilverSneakers® Fitness Program:**
  - \$0 copay for access to participating gyms, classes, videos, and more.
- **Over-the-Counter (OTC) Items:**
  - \$75 monthly allowance toward select OTC items such as vitamins and pain relievers.
  - Please visit our plan website to see our list of covered OTC items.
- **CarePlus Rewards:**
  - Earn a \$50 gift card for completing preventive screenings and other healthy activities.



# To enroll, call 772.276.6669

## CareFree (HMO) H1019-104-001

### Acupuncture

- **\$10** copay for up to **20** Medicare-covered treatments for chronic low back pain when ordered by a physician.

### Chiropractic Care

- **\$10** copay for Medicare-covered manipulation of the spine to correct a subluxation (when 1 or more of the bones of your spine move out of position).
- Routine chiropractic services:
  - **\$10** copay for up to **12** routine visits in-network every year, no referral required.

### Home Health Care

- **\$0** copay for limited Medicare-approved, in-home skilled nursing care.
- Number of covered visits is based on medical need as determined by your physician and authorized by the plan.

### Hospice Care

- **\$0** copay for Medicare-certified hospice care.
- Hospice Care is covered by Original Medicare. See Evidence of Coverage for details.

### Renal Dialysis

- **20%** coinsurance
- **\$0** copay for kidney disease education services.

# To enroll, call 772.276.6669

## IMPORTANT

---

### **At CarePlus, it is important you are treated fairly.**

CarePlus Health Plans, Inc. does not discriminate or exclude people because of their race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, gender, gender identity, ancestry, ethnicity, marital status, religion, or language. Discrimination is against the law. CarePlus complies with applicable federal civil rights laws. If you believe that you have been discriminated against by CarePlus, there are ways to get help.

- You may file a complaint, also known as a grievance, with:

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

PO Box 277810, Miramar, FL 33027.

If you need help filing a grievance, call Member Services at **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. October 1 - March 31, 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m. April 1 - September 30, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m. You may leave a voicemail after hours, Saturdays, Sundays, and holidays and we will return your call within one business day.

- You can also file a civil rights complaint with the **U.S. Department of Health and Human Services**, Office for Civil Rights electronically through their Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or at **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)**. Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

### **Auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. 1-800-794-5907 (TTY: 711).**

CarePlus provides free auxiliary aids and services, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats to people with disabilities when such auxiliary aids and services are necessary to ensure an equal opportunity to participate.



CP REV 7.14.22



# To enroll, call 772.276.6669

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-794-5907 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-794-5907 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-794-5907 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-794-5907 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-794-5907 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (برقياً: 711) 1-800-794-5907. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه هي خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-794-5907 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-794-5907 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-794-5907 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-794-5907 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

CP REV 7.14.22

To enroll, call 772.276.6669



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

CarePlus is an HMO plan with a Medicare contract. Enrollment in CarePlus depends on contract renewal. Consult your doctor before beginning any new diet or exercise regimen. In accordance with the federal requirements of the Centers for Medicare & Medicaid Services, no amounts on the gift cards shall be redeemable for cash or be used to purchase Medicare-covered items or services. All rewards (gift cards) must be earned and redeemed prior to the end of the plan year. Rewards not redeemed by 12/31 will be forfeited.

# To enroll, call 772.276.6669

CarePlus es un plan HMO con un contrato de Medicare. La afiliación en CarePlus depende de la renovación del contrato. Consulte a su médico antes de empezar una nueva dieta o un nuevo régimen de ejercicios. De acuerdo con los requisitos federales de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), ninguna cantidad en las tarjetas de regalo puede ser canjeada por dinero en efectivo y ninguna cantidad puede ser aplicada hacia la compra de cualquier medicamento recetado bajo su plan. Las recompensas (tarjetas de regalo) deben ganarse y solicitarse en el mismo año del plan. Las recompensas que no sean canjeadas al 31 de diciembre se perderán.

CarePlusHealthPlans.com



# To enroll, call 772.276.6669

## Encarte multilingüe

Servicios de intérprete en múltiples idiomas

**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:** 我們提供免費的翻譯服務，幫助您解答關於健康或藥物保險的任何疑問。如果您需要此翻譯服務，

請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我們的中文工作人員很樂意幫助您。這是一項免費服務。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能有疑問，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 kami ng libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo

hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-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

quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-794-5907 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan.

Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-794-5907 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser

Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.

통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴

것입니다. 이 서비스는 무료로 제공됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медицинского 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 бесплатна.

**Arabic:** أبنائنا، خدماتنا المجانية للأشخاص الذين يتحدثون اللغة العربية أو الذين يحتاجون إلى المساعدة للحصول على

الخدمات الصحية، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (تيريفي: 711) 1-800-794-5907. ستقوم شخص ما

بخدمتك مجاناً. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة للحصول على الخدمات الصحية، فيمكننا مساعدتك مجاناً.

**Hindi:** हमारे सेवाएँ या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दृभाषा

सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दृभाषा परामर्श करने के लिए, बस हमें 1-800-794-5907 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई वयक्तो ज़ा

होती बीजता 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

fornerà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Disponimos 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). You moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a

se you 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

zadzwońić 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箋についてのご質問にお答えするために、無料の通訳サービスが

あります。通訳をご利用になるには、1-800-794-5907 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す入者が支援いたします。これは無料のサービスです。

To enroll, call 772.276.6669

CP REV 7.14.22



## IMPORTANTE

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

CarePlus Health Plans, Inc. no discrimina ni excluye a las personas por motivos de 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 de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que CarePlus le ha discriminado, hay formas de obtener ayuda.

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

**CarePlus Health Plans, Inc. Atención: Grievances and Appeals department.**

PO Box 277810, Miramar, FL 33027.

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

- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través de su Portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o a **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, interpretación remota por video 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.

# To enroll, call 772.276.6669

13

Resumen de Beneficios del 2023

## CareFree (HMO) H1019-104-001

### Servicios de telemedicina (adicionales a los de Medicare Original)

- \$0 de copago por visita virtual al médico de atención primaria.
- \$10 de copago por visita virtual al especialista.
- \$0 de copago por visita virtual para la salud conductual y el abuso de sustancias.
- \$0 de copago por visita virtual de atención urgente.
- Es posible que este servicio no sea ofrecido por todos los proveedores de la red del plan. Verifique directamente con su proveedor sobre la disponibilidad de los servicios de telemedicina, o también puede visitar nuestro sitio web en CarePlusHealthPlans.com/buscador-medico para tener acceso a nuestro directorio de búsqueda en Internet.

### Programas de bienestar

- Programa de entrega de comidas frescas: \$0 de copago por hasta 14 comidas entregadas a domicilio después de pasar la noche en el hospital o centro de enfermería especializada. Límite de 4 veces por año.

### Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®:

- \$0 de copago por acceso a gimnasios participantes, clases, videos y más.

### Productos de venta sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés):

- \$75 de asignación mensual para la compra de productos seleccionados de venta sin receta médica, como vitaminas y analgésicos.

- Visite el sitio web de nuestro plan para ver nuestra lista de productos cubiertos de venta sin receta médica.

### Programa de recompensas de CarePlus:

- Gane una tarjeta de regalo de \$50 por hacerse pruebas de detección y realizar otras actividades de cuidado de la salud.

### Acupuntura

- \$10 de copago por hasta 20 tratamientos cubiertos por Medicare para el dolor crónico de espalda baja cuando son solicitados por un médico.

### Atención quiropráctica

- \$10 de copago por la manipulación de la columna vertebral cubierta por Medicare para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de su columna se salen de su posición).
- Servicios quiroprácticos de rutina: \$10 de copago por hasta 12 visitas de rutina dentro de la red cada año, sin necesidad de un referido.

### Atención médica en el hogar

- \$0 de copago por atención limitada de enfermería especializada en el hogar, aprobada por Medicare.
- El número de visitas cubiertas se basa en la necesidad médica según sea determinado por su médico y autorizado por el plan.

### Cuidado de hospicio

- \$0 de copago por cuidado paliativo certificado por Medicare.
- El cuidado paliativo está cubierto por Medicare Original. Consulte la Evidencia de Cobertura para más detalles.

### Dialisis renal

- 20% de coaseguro
- \$0 de copago por servicios de educación sobre la enfermedad renal.

## CareFree (HMO) H1019-104-001

### Cobertura catastrófica

- Después de que sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos alcancen los \$7,400, usted paga la suma mayor de:
  - 5% del costo, o
  - \$4.15 de copago por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos.
- Para obtener detalles consulte la Evidencia de Cobertura.

### Medicamentos recetados y vitaminas excluidos de la Parte D

- Copago del Nivel 1 por ciertos medicamentos para la disfunción eréctil y ciertas vitaminas recetadas.
- Su costo es el mismo durante todas las etapas y no se aplica hacia su costo total anual de medicamentos. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener detalles.

### BENEFICIOS MÉDICOS CUBIERTOS ADICIONALES

#### Cirugía ambulatoria

- \$0 de copago en el consultorio de su médico de atención primaria.
- \$10 de copago en el consultorio de un especialista.
- \$60 de copago en un centro de cirugía ambulatoria.
- \$60 de copago en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.

#### Servicios de rehabilitación adicionales

- **Terapia ocupacional (actividades de la vida diaria), terapia del habla, servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) y pulmonar (pulmones):**
  - \$10 de copago
  - Consulte la Evidencia de Cobertura para ver los lugares de tratamiento cubiertos.
- **Servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés):**
  - \$10 de copago

#### Cuidado de los pies (servicios de podología)

- \$10 de copago por exámenes y tratamiento cubiertos por Medicare.
- \$10 de copago por consultas ilimitadas a podólogos participantes para el cuidado complementario de rutina de los pies para el tratamiento de pie plano u otras desalineaciones; eliminación de verrugas, durezas o callosidades; y atención higiénica. No necesita de un referido.

#### Equipo/Suministro médico

- **Equipo médico duradero:**
  - 20% de coaseguro por equipo médico duradero eléctrico o personalizado (incluye sillas de ruedas eléctricas, scooters, bombas de insulina).
  - \$0 de copago por todos los demás tipos de equipo médico duradero.
- **Prótesis (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.) y otros suministros médicos:**
  - 20% de coaseguro por prótesis.
  - 20% de coaseguro por otros suministros médicos.
- **Suministros para la diabetes:**
  - \$10 de copago por plantillas y zapatos terapéuticos.
  - \$0 de copago por suministros para el control de la diabetes.

# To enroll, call 772.276.6669

11

Resumen de Beneficios del 2023

- Después de que los costos totales anuales de medicamentos (lo que usted y el plan pagan) alcancen los \$4,660, usted ingresa a la brecha en la cobertura.
- Cobertura durante la brecha para los Niveles 1 y 2: Su costo por estos medicamentos es el mismo antes y durante la brecha en la cobertura.
- Usted paga el 25% del costo del plan por todos los demás medicamentos cubiertos durante la brecha en la cobertura.

## Brecha en la cobertura

Nivel	Suministro	Costo compartido de venta al por menor	Costo compartido preferido de pedido por correo	Costo compartido estándar de pedido por correo
Nivel 1	Genérico	\$0	\$0	\$10
	Preferido	\$0	\$0	\$30
Nivel 2	Genérico	\$0	\$0	\$20
	Preferido	\$0	\$0	\$60
Nivel 3	Genérico	\$35	\$35	\$47
	Marca	\$105	\$95	\$141
Nivel 4	Genérico	\$60	\$60	\$100
	Medicamento No Preferido	\$180	\$170	\$300
Nivel 5	Genérico	33%	33%	33%
	Especializado	No se ofrece	No se ofrece	No se ofrece

- Su costo por todos los demás medicamentos cubiertos hasta alcanzar la brecha en la cobertura.

## Cobertura inicial

Nivel	Suministro	Costo compartido de venta al por menor	Costo compartido preferido de pedido por correo	Costo compartido estándar de pedido por correo
Nivel 2	Genérico	\$0	\$0	\$20
	Preferido	\$0	\$0	\$60
Nivel 3	Genérico	\$35	\$35	\$35
	Marca	\$105	\$95	\$105

- Su costo por ciertos medicamentos de insulina en las etapas de cobertura inicial y brecha en la cobertura.

## Programa de ahorros en la insulina

CareFree (HMO) H1019-104-001



## CareFree (HMO) H1019-104-001

### Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)

- \$0 de copago por día durante los días 1 al 20.
- \$150 de copago por día durante los días 21 al 100.
- No se requiere estadía hospitalaria previa.
- Cubre hasta 100 días por período de beneficio.
- Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener detalles sobre los períodos de beneficios.

### Terapia física

- \$10 de copago por visita.

### Servicios de ambulancia (transporte terrestre)

- \$200 de copago por viaje por emergencias.
- \$0 de copago por viaje por razones médicas que no sean de emergencia.

### Transporte de rutina

- \$0 de copago por hasta 50 viajes de ida por año calendario.
- Transporte a destinos aprobados proporcionado por un proveedor participante.

### Medicamentos de la Parte B de Medicare

- 20% de coaseguro cuando son adquiridos en una farmacia, proporcionados en el consultorio de un médico, o proporcionados en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.
- \$0 de copago por inyecciones contra la alergia aplicadas en el consultorio de un médico.
- 20% de coaseguro por medicamentos de quimioterapia.

### BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE D

- Este plan utiliza una Guía de Medicamentos (formulario). Verifique en esta guía si sus medicamentos están cubiertos. Pueden aplicarse límites de cantidad y otras restricciones/autorizaciones.
- Red nacional de farmacias.
- Su costo por medicamentos recetados depende de donde se surte la receta, de donde se administra el medicamento, del nivel del medicamento, del suministro que se necesita y de la etapa del beneficio de la Parte D en la que usted se encuentra cuando se surte la receta. Para obtener detalles por favor consulte la Evidencia de Cobertura.

- Si recibe Ayuda/Beneficio Adicional, usted paga la cantidad que sea menor: su costo compartido bajo el plan o el costo compartido del Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés).
- Además, la información del Programa de Ahorros en la Insulina (abajo) no corresponde en su caso.

### Deducible

- \$0 - Este plan no tiene un deducible.

# To enroll, call 772.276.6669

9

Resumen de Beneficios del 2023

— Incluye tratamiento por enfermedad mental y abuso de sustancias.

— \$10 de copago por hospitalización parcial.

— \$10 de copago por consultas de terapia individual y grupal.

## • Visita como paciente ambulatorio:

— Cubre hasta 190 días de por vida.

— \$75 de copago por día durante los días 1 al 5, \$0 de copago por día durante los días 6 al 90.

## • Visita como paciente internado - centro psiquiátrico:

por vida.

— Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener información sobre las estadías máximas y los días de reserva de

— \$75 de copago por día durante los días 1 al 5, \$0 de copago por día durante los días 6 al 90.

## • Visita como paciente internado - hospital general:

### Servicios de salud mental

o el costo de cualquier mejora cuando se elige un par gratuito.

— Usted es responsable de pagar por cualquier costo de lentes y anteojos por encima de la cantidad anual asignada

(fotocromáticos) y ajuste incluidos en los anteojos.

— Protección ultravioleta, revestimiento resistente a las rayaduras, bifocales estándar sin línea, lentes de transición

gratuitos de anteojos selectos (uno de los pares puede ser de anteojos de sol recetados).

— \$300 de asignación por año para los lentes de contacto o anteojos de su elección. Usted puede elegir 3 pares

— \$0 de copago por exámenes de la vista de rutina con refracción, 1 por año calendario.

• Servicios de rutina complementarios para la visión:

• \$0 de copago por 1 par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.

• \$0 de copago por examen de la vista por diabetes.

afecciones oculares.

• \$10 de copago por exámenes de la vista cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y

### Servicios para la visión

• Las evaluaciones orales periódicas e integrales se limitan a un total de 2 por año calendario.

• Las dentaduras parciales no están cubiertas.

— Extracciones, limitadas para dentaduras. Todas las demás extracciones son limitadas.

— Anestesia

— Dentaduras postizas completas (superiores y/o inferiores), 1 juego cada 5 años calendario

— Recubrimiento de dentadura postiza, 1 por año calendario

— Extracciones simples o quirúrgicas, hasta 3 por año calendario

— Raspado y alisado radicular (limpieza profunda), 1 por cuadrante por año calendario

— Empastes de amalgama y/o compuestos, hasta 2 por año calendario

— Película de radiografía panorámica, 1 por año calendario

— Radiografías con aleta de mordida, 1 juego por año calendario

— Limpiezas profilaxis, hasta 2 por año calendario

— Mantenimiento periodontal, hasta 4 por año calendario

— Tratamiento de fluor, hasta 2 por año calendario

— Examen diagnóstico de emergencia, hasta 2 por año calendario

— Evaluación oral integral, 1 cada 3 años calendario

— Evaluaciones orales periódicas, hasta 2 por año calendario

reemplazo.

• \$10 de copago por servicios cubiertos por Medicare. Excluye los servicios de prevención, restauración, extracción y

### Servicios dentales

CareFree (HMO) H1019-104-001

CareFree (HMO) H1019-104-001	
<b>Servicios de diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Procedimientos y pruebas de diagnóstico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– \$0 de copago en el consultorio de su médico de atención primaria</li> <li>– \$10 de copago en el consultorio de un especialista</li> <li>– \$10 de copago en un centro de atención urgente</li> <li>– \$60 de copago en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul> </li> <li>• <b>Radiología básica (rayos X):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– \$0 de copago en el consultorio de su médico de atención primaria</li> <li>– \$10 de copago en el consultorio de un especialista</li> <li>– \$10 de copago en un centro de atención urgente</li> <li>– \$10 de copago en un centro de radiología independiente</li> <li>– \$60 de copago en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul> </li> <li>• <b>Radiología de diagnóstico (como MRI, MRA y tomografías):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– \$40 de copago en el consultorio de su médico de atención primaria</li> <li>– \$40 de copago en el consultorio de un especialista</li> <li>– \$40 de copago en un centro de radiología independiente</li> <li>– \$60 de copago en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul> </li> </ul>
<b>Servicios de audición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$10 de copago por un examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio.</b></li> <li>• <b>Servicios complementarios de audición de rutina:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– \$0 de copago por el examen de audición de rutina, 1 por año calendario.</li> <li>– \$0 de copago por evaluación y adaptación de audífonos, 1 por año calendario.</li> <li>– \$1,250 de asignación por oído para audífonos por año calendario.</li> <li>– Incluye el suministro de batería para 1 mes y 1 año de garantía.</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicina nuclear:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– \$60 de copago</li> </ul> </li> <li>• <b>Colonoscopia de diagnóstico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– \$0 de copago</li> </ul> </li> <li>• <b>Mamografía de diagnóstico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– \$0 de copago</li> </ul> </li> <li>• <b>Análisis de laboratorio:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– \$0 de copago</li> </ul> </li> <li>• <b>Radioterapia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– \$10 de copago en el consultorio de un especialista</li> <li>– \$25 de copago en un centro de radiología independiente</li> <li>– 20% de coaseguro en un centro hospitalario como paciente ambulatorio</li> </ul> </li> </ul>

# To enroll, call 772.276.6669



Resumen de Beneficios del 2023

## CareFree (HMO) H1019-104-001

### Atención preventiva

- \$0 de copago por todos los servicios de atención preventiva cubiertos por Medicare, que incluyen:

- Examen de aneurisma aórtico abdominal
- Evaluación y asesoramiento sobre abuso de alcohol
- Visita anual de bienestar (AWV, por sus siglas en inglés)
- Medición de masa ósea
- Examen de detección de cáncer de mama (mamografía)
- Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular
- Examen de enfermedades cardiovasculares
- Exámenes de detección de cáncer cervical y vaginal (pruebas de papanicolaou, exámenes pélvicos, pruebas de VPH)
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)
- Examen de detección de depresión
- Exámenes de detección de diabetes
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes
- Examen de detección del glaucoma
- Examen de detección del VIH
- Examen de detección de cáncer de pulmón
- Examen de detección de cáncer de próstata
- Examen físico de rutina
- Examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento
- Asesoramiento para dejar de fumar
- Vacunas que incluyen influenza (gripe), hepatitis B (VHB), neumococo y COVID-19
- Visita de prevención "Bienvenido a Medicare" (una vez)

### Atención de emergencia

- \$120 de copago por el centro médico.
- \$0 de copago por servicios médicos y profesionales.
- La cobertura de emergencia es la misma a nivel mundial.
- Usted no paga el copago por atención de emergencia si se le admite en el mismo hospital por la misma afección dentro de las 24 horas.

### Servicios de urgencia

- \$0 de copago en el consultorio de su médico de atención primaria.
- \$10 de copago en el consultorio de un especialista.
- \$10 de copago en un centro de atención urgente.
- La cobertura por servicios de urgencia es la misma a nivel mundial.

## CareFree (HMO) H1019-104-001 PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITE MÁXIMO DE GASTOS DE DESEMBOLSO

### Prima mensual del plan

- \$0
- Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Si usted califica para Medicaid, esta prima puede ser cubierta por este programa.

### Reducción de la prima de la Parte B

- Este plan reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare en hasta \$170. Su cheque del seguro social tendrá un aumento por esta cantidad.

### Deducible

- \$0 - Este plan no tiene deducible para servicios médicos.

### Límite máximo de desembolso (gastos de su bolsillo)

- \$3,000 por año.
- Esta cantidad es lo máximo que usted pagará durante el año del plan por servicios médicos aprobados bajo nuestro plan. Una vez que esta cantidad haya sido pagada por usted (u otros en su nombre), nosotros pagamos el 100% de sus servicios cubiertos por el resto del año. Excluye cualquier costo de medicamentos recetados, servicios en el extranjero o beneficios complementarios.

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

### Atención hospitalaria como paciente internado

- \$75 de copago por día durante los días 1 al 5, \$0 de copago por día durante los días 6 al 90.
- \$0 de copago por día a partir del día 91 en adelante.
- Nuestro plan cubre un número **ilimitado** de días por estadía en el hospital como paciente internado.
- Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener información sobre periodos de beneficios.

### Atención hospitalaria como paciente ambulatorio

- \$10 de copago por:
  - Consultas de terapia individual y grupal de salud mental.
  - Terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla.
  - Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar.
  - Servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés).
- \$60 de copago por:
  - Procedimientos y pruebas de diagnóstico "Servicios de diagnóstico" para más detalles.
  - Servicios de cirugía.
- 20% de coaseguro por:
  - Medicamentos de quimioterapia.
  - Diálisis renal.

### Centro de cirugía ambulatoria

- \$0 de copago por servicios médicos y profesionales.
- \$0 de copago por servicios de colonoscopia de diagnóstico.
- \$60 de copago por servicios de cirugía.
- \$0 de copago por detección del cáncer colorrectal.

### Visitas al médico

- \$0 de copago por visitas al consultorio del médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).
- Usted debe seleccionar un médico dentro de la red como su PCP.
- \$10 de copago por visitas a médicos especialistas.

# To enroll, call 772.276.6669

5

Resumen de Beneficios del 2023

1 de octubre - 31 de marzo: los 7 días de la semana; 8 a.m. - 8 p.m.  
1 de abril - 30 de septiembre: de lunes a viernes; 8 a.m. - 8 p.m.  
Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención,  
sábados, domingos y feriados, y le devolviremos la llamada dentro de un día hábil.

**Si usted no es un afiliado**  
de ventas certificado de CarePlus:  
de este plan, llame a un agente  
1-800-794-4105 (TTY: 711).

**Si usted es un afiliado**  
de este plan, llame a  
Servicios para Afiliados:  
1-800-794-5907 (TTY: 711).

Visite [CarePlusHealthPlans.com](http://CarePlusHealthPlans.com), o llame a uno de los siguientes números.

**? Necesita más información o tiene preguntas?**



**? Tiene Medicare y Medicaid?** Si usted está inscrito en ambos Medicare y Medicaid, es posible que no tenga que pagar los costos médicos que se muestran en este folleto, y sus costos de medicamentos recetados serán más bajos. Por favor comuníquese con nosotros para obtener más información.

**Cómo determinar sus costos de medicamentos**



Los medicamentos están catalogados en uno de cinco niveles. Use nuestra Guía de Medicamentos para ubicar el nivel de su medicamento. El monto que usted paga depende del nivel del medicamento y de la etapa de la cobertura del medicamento.

**? Qué cubre este plan?**



**CareFree (HMO)** cubre todo lo que cubre Medicare Original - y más.

Además de cubrir servicios médicos, cubrimos ciertos medicamentos de la Parte D y de la Parte B como los de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su médico. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información. Para ver nuestra lista de medicamentos recetados cubiertos y cualquier restricción, visite [CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2023-prescription-drug-guides](http://CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2023-prescription-drug-guides), o llámenos y le enviaremos una copia.

**Puede requerirse una autorización previa o un referido para obtener los servicios médicos cubiertos dentro de la red.** Generalmente, usted debe utilizar las farmacias que están dentro de la red para surtir sus recetas de medicamentos de la parte D cubiertos por Medicare. Existen farmacias de pedido por correo de nuestra red que ofrecen costo compartido preferido. Es posible que usted pague menos si utiliza estas farmacias.

Para ver nuestro directorio de proveedores visite nuestro sitio web: [CarePlusHealthPlans.com/directories](http://CarePlusHealthPlans.com/directories), o llámenos y le enviaremos una copia.

**?Qué médicos, hospitales y farmacias puede utilizar?** CareFree (HMO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Usted debe utilizar la red de proveedores de CarePlus para todos los servicios cubiertos por el plan con la excepción de servicios de urgencia o emergencia. Si usted utiliza servicios de proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por esos servicios.



**Consejos para comparar sus opciones de Medicare**

- Para comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite los folletos de Resumen de Beneficios de los otros planes o utilice el Buscador de Planes de Medicare en [Medicare.gov](http://Medicare.gov).
- Para saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual vigente de "Medicare y Usted". Véalo en Internet en [Medicare.gov](http://Medicare.gov) u obtenga una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días de la semana. TTY: **1-877-486-2048**.



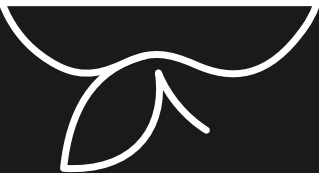
**?Quién puede inscribirse en CareFree (HMO)?**

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

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado en Florida: Polk.



Este folleto le brinda un resumen de lo que CareFree (HMO) cubre y de lo que usted paga. No detalla cada uno de los beneficios del plan ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, por favor consulte la Evidencia de Cobertura del plan en nuestro sitio web [CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2023](http://CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2023), o llámenos y le enviaremos una copia. Le enviaremos una copia automáticamente por correo después de afiliarse a nuestro plan.



# To enroll, call 772.276.6669



Resumen de Beneficios del 2023

- Excepto en casos de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no se encuentren en el directorio de proveedores).
- Los beneficios, las primas y/o los copagos o coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
- Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente es cobrada de su cheque del Seguro Social cada mes. Es posible que la prima de la Parte B sea cubierta a través del Programa de Medicaid de Florida.

## Comprensión de reglas importantes

- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.
- Revise el directorio de proveedores para asegurarse de que la farmacia en la que obtiene sus medicamentos recetados se encuentra en la red. Si no se encuentra en la lista, es probable que deba seleccionar una farmacia nueva para obtener sus medicamentos recetados.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que ahora ve se encuentran en la red. Si no se encuentran en la lista, es probable que deba seleccionar un médico nuevo.
- La Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) proporciona una lista completa de toda la cobertura y todos los servicios. Antes de afiliarse, es importante revisar la cobertura, costos y beneficios del plan. Visite [CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2023](http://CarePlusHealthPlans.com/medicare-plans/2023) o llame al **1-800-794-4105** (TTY: **711**) para ver una copia de la EOC.

## Comprensión de los beneficios

Antes de tomar la decisión de afiliarse, es importante que entienda por completo nuestros beneficios y nuestras reglas.

Si tiene alguna pregunta, puede hablar con un representante de Servicios para Afiliados llamando al **1-800-794-4105** (TTY: **711**). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolvemos la llamada dentro de un día hábil.

## Lista de control preafiliación





To enroll, call 772.276.6669

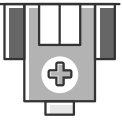





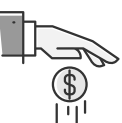

Esta página fue dejada en blanco intencionalmente.

# To enroll, call 772.276.6669

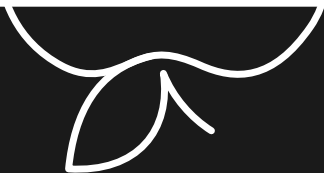
Nombre del agente de ventas certificado de CarePlus:

Teléfono del agente de ventas certificado de CarePlus:

!Las siguientes páginas incluyen más información sobre estos beneficios de CarePlus, y mucho más!

<p><b>\$120</b> de copago</p>	<p>Atención de emergencia</p>	
<p><b>\$75</b> de copago por día durante los días 1-5</p>	<p>Atención hospitalaria como paciente internado</p>	
<p><b>\$0</b> de copago</p>	<p>Cobertura de rutina dental, de la visión y de la audición</p>	
<p><b>\$75</b> por mes</p>	<p>Asignación para productos de venta sin receta médica</p>	
<p><b>\$10</b> de copago</p>	<p>Visita al consultorio del especialista</p>	
<p><b>\$0</b> de copago</p>	<p>Visita al consultorio del médico de atención primaria</p>	
<p>Hasta <b>\$170</b> de regreso cada mes</p>	<p>Reducción de la prima de la Parte B de Medicare</p>	
<p><b>\$0</b></p>	<p>Prima mensual del plan</p>	

Un Vistazo a los Beneficios  
CareFree (HMO) H1019-104-001



To enroll, call 772.276.6669

To enroll, call 772.276.6669

H1019\_MKSB104-00120235\_M



Polk

AREA DE TAMPA:

# RESUMEN DE BENEFICIOS



CareFree (HMO)  
H1019-104-001

# 2023