CareNeeds Plus
(HMO D-SNP)
H1019-023

2023



NOTIFICACIÓN ANUAL DE CAMBIOS

Sur de Florida

Condados de Broward, Miami-Dade y Palm Beach

CarePlus HEALTH PLANS



Gracias por ser un afiliado de CarePlus.

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

Este folleto muestra una comparación entre sus beneficios de 2022 y sus beneficios de 2023. Si desea mantener su plan actual, no tiene que hacer nada.

La información que necesita está a solo un clic de distancia

A partir del 15 de octubre de 2022, podrá encontrar estos documentos correspondientes a 2023 en línea en:
www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2023:

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

Si prefiere que le enviemos una copia impresa de estos documentos por correo postal, complete nuestro formulario de solicitud en línea en: **www.careplushealthplans.com/medicare-plans/request-printed-materials**. También puede llamar al **1-800-794-5907; TTY: 711**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

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

Notificación anual de cambios para 2023

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

Este documento le explica los cambios a su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios, o reglas, revise la *Evidencia de cobertura*, la cual se puede encontrar en nuestro sitio web en **www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2023**. También puede llamar a Servicios para afiliados para pedir que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Qué tiene que hacer ahora

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

☐ Revise los cambios a nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.

- Revise los cambios a los costos de cuidado médico (médico, hospital).
- Revise los cambios a nuestra cobertura para medicamentos recetados, que incluye los requisitos de autorización y costos.
- Considere cuánto gastará en primas, deducibles, y costos compartidos.

☐ Revise los cambios a nuestra Guía de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente todavía se cubren.

☐ Confirme si sus médicos de cuidado primario, especialistas, hospitales, y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.

☐ Piense si está feliz con nuestro plan.

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

☐ Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2023.*

☐ Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá en CareNeeds Plus (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a un plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su cobertura nueva empezará el **1 de enero de 2023**. Esto terminará su inscripción con CareNeeds Plus (HMO D-SNP).
- Consulte la sección 3.2 para obtener más información acerca de sus opciones.
- Si recientemente se mudó a, actualmente vive en, o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o hospital de cuidado a largo plazo), usted puede cambiar de plan o cambiar a

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

Medicare original (con o sin un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en inglés.
- Póngase en contacto con nuestro departamento de Servicios para afiliados llamando al 1-800-794-5907 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluidos Braille, letra grande y audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Servicios para afiliados al número que aparece anteriormente.
- **La cobertura conforme a este Plan se considera cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito de la responsabilidad individual compartida según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families para obtener más información.

Acerca de CareNeeds Plus (HMO D-SNP)

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

H1019_ANOC_MAPD_HMO_023000_2023_SP_M

Notificación anual de cambios para 2023
Índice

Resumen de costos importantes para 2023.....6

SECCIÓN 1 Cambiamos el nombre del plan 10

SECCIÓN 2 Cambios a los beneficios y costos para el año próximo.....10

Sección 2.1 – Cambios a la prima mensual.....10

Sección 2.2 – Cambios a su cantidad máxima de desembolso personal 10

Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y de farmacias.....11

Sección 2.4 – Cambios a los beneficios y costos de los servicios médicos.....11

Sección 2.5 – Cambios a la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D 15

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir 19

Sección 3.1 – Si desea permanecer en CareNeeds Plus (HMO D-SNP) 19

Sección 3.2 – Si desea cambiar de planes.....19

SECCIÓN 4 Cambiar de planes 20

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratis acerca de Medicare y Medicaid 20

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....21

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?.....21

Sección 7.1 – Recibir ayuda de CareNeeds Plus (HMO D-SNP) 21

Sección 7.2 – Recibir ayuda de Medicare.....22

Sección 7.3 – Recibir ayuda de Medicaid 22

Anexo A. Información de contacto de las agencias estatales.....23

Se enumeran los nombres, direcciones, números de teléfono y otra información de contacto para una variedad de recursos útiles en su estado.

Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y los costos para 2023 de CareNeeds Plus (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (el año próximo)
	Dentro de la red	**Dentro de la red**
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior o inferior a esta cantidad. Para ver información detallada, consulte la Sección 2.1.	**$0 o hasta $13.20**	**$0 o hasta $18.10**
Cantidad máxima de desembolso personal Esto es lo máximo que usted pagará de gastos de desembolso personal por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Para ver información detallada, consulte la Sección 2.2).	**$3,400** Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso personal de la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	**$3,400** Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso personal de la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Visitas al consultorio del médico	Consultas de cuidado primario: Copago de **$0** por consulta Consultas al especialista: Copago de **$0** por consulta	Consultas de cuidado primario: Copago de **$0** por consulta Consultas al especialista: Copago de **$0** por consulta
Estadías en el hospital como paciente internado	Copago de **$0** por estadía	Copago de **$0** por estadía

Costo	2022 (este año)	2023 (el año próximo)
	Dentro de la red	**Dentro de la red**
Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).	El **beneficio de copago de medicamentos recetados de $0** está cubierto, si usted es elegible para recibir "Ayuda Adicional". Usted pagará lo siguiente: Deducible: **$0** Copago durante la Etapa de cobertura inicial: En **farmacias minoristas y de pedido por correo** con costos compartidos preferidos o estándar: • Nivel 1 de medicamentos: **$0** • Nivel 2 de medicamentos: **$0** • Nivel 3 de medicamentos: **$0** • Nivel 4 de medicamentos: **$0** • Nivel 5 de medicamentos: **$0** Los costos compartidos aplican a suministros de 30 y 90 días. El nivel 5 de medicamentos se limita a un suministro de 30 días. El **beneficio de copago de medicamentos recetados de $0 no** está cubierto, si usted **no** es elegible para recibir "Ayuda Adicional". Usted pagará lo siguiente:	El **beneficio de copago de medicamentos recetados de $0** aplica, si usted es elegible para recibir "Ayuda Adicional". Usted pagará lo siguiente: Deducible: **$0** Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Para costos compartidos en **farmacias minoristas y de pedido por correo**: • Nivel 1 de medicamentos: **$0** • Nivel 2 de medicamentos: **$0** • Nivel 3 de medicamentos: **$0** • Nivel 4 de medicamentos: **$0** • Nivel 5 de medicamentos: **$0** Los costos compartidos aplican a suministros de 30 y 90 días. El nivel 5 de medicamentos se limita a un suministro de 30 días. El **beneficio de copago de medicamentos recetados de $0 no** aplica, si usted **no** es elegible para recibir "Ayuda Adicional". Usted pagará lo siguiente:

Costo	2022 (este año)	2023 (el año próximo)
	Dentro de la red	**Dentro de la red**
	Deducible: **$480** Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Por un suministro de 30 días de una **farmacia minorista** con costos compartidos preferidos: • Nivel 1 de medicamentos: **$0** • Nivel 2 de medicamentos: **$0** • Nivel 3 de medicamentos: **$47** • Nivel 4 de medicamentos: **$99** • Nivel 5 de medicamentos: **25%**	Deducible: **$505** Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Por un suministro de 30 días de una **farmacia minorista** con costos compartidos preferidos: • No se aplica, consulte el suministro de 30 días de una farmacia minorista con costos compartidos estándar a continuación.
	Por un suministro de 30 días de una **farmacia minorista** con costos compartidos estándares: • Nivel 1 de medicamentos: **$0** • Nivel 2 de medicamentos: **$0** • Nivel 3 de medicamentos: **$47** • Nivel 4 de medicamentos: **$100** • Nivel 5 de medicamentos: **25%**	Por un suministro de 30 días de una **farmacia minorista** con costos compartidos estándares: • Nivel 1 de medicamentos: **$2** • Nivel 2 de medicamentos: **$15** • Nivel 3 de medicamentos: **$47** • Nivel 4 de medicamentos: **$100** • Nivel 5 de medicamentos: **25%**
	Por un suministro de 90 días de una **farmacia de pedido por correo** con costos compartidos preferidos: • Nivel 1 de medicamentos: **$0** • Nivel 2 de medicamentos: **$0** • Nivel 3 de medicamentos: **$131** • Nivel 4 de medicamentos: **$287** • Nivel 5 de medicamentos: no disponible	Por un suministro de 90 días de una **farmacia de pedido por correo** con costos compartidos preferidos: • Nivel 1 de medicamentos: **$0** • Nivel 2 de medicamentos: **$0** • Nivel 3 de medicamentos: **$131** • Nivel 4 de medicamentos: **$290** • Nivel 5 de medicamentos: no disponible

Costo	2022 (este año)	2023 (el año próximo)
	Dentro de la red	**Dentro de la red**
	Por un suministro de 90 días de una **farmacia de pedido por correo** con costos compartidos estándares: • Nivel 1 de medicamentos: **$0** • Nivel 2 de medicamentos: **$0** • Nivel 3 de medicamentos: **$141** • Nivel 4 de medicamentos: **$300** • Nivel 5 de medicamentos: no disponible	Por un suministro de 90 días de una **farmacia de pedido por correo** con costos compartidos estándares: • Nivel 1 de medicamentos: **$6** • Nivel 2 de medicamentos: **$48** • Nivel 3 de medicamentos: **$141** • Nivel 4 de medicamentos: **$300** • Nivel 5 de medicamentos: no disponible

SECCIÓN 1 Cambiamos el nombre del plan

El 1 de enero de 2023, el nombre de nuestro plan cambiará de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) a CareNeeds Plus (HMO D-SNP).

Usted recibirá una nueva tarjeta de identificación por correo con el nuevo nombre del plan de CarePlus antes de su fecha de vigencia. Los documentos del plan que reciba después del 1 de enero de 2023 usarán el nuevo nombre del plan.

SECCIÓN 2 Cambios a los beneficios y costos para el año próximo

Sección 2.1 – Cambios a la prima mensual

Costo	**2022** (este año)	**2023** (el año próximo)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Florida Medicaid la pague por usted).	**$0 o hasta $13.20** Si usted es elegible para recibir "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, es posible que no tenga que pagar una prima del plan, o que pueda pagar una cantidad reducida.	**$0 o hasta $18.10** Si usted es elegible para recibir "Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos recetados, es posible que no tenga que pagar una prima del plan, o que pueda pagar una cantidad reducida.

Sección 2.2 – Cambios a su cantidad máxima de desembolso personal

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga "de su bolsillo" durante el año. Este límite se denomina la "cantidad máxima de desembolso personal". Una vez que alcance esta cantidad, por lo general no debe pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	**2022** (este año)	**2023** (el año próximo)
	Dentro de la red	**Dentro de la red**
Cantidad máxima de desembolso personal **Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Florida Medicaid, pocos afiliados alcanzan esta cantidad máxima de desembolso personal.** Si es elegible para asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, usted no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso personal de la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos) se tienen en cuenta para la cantidad máxima de desembolso personal. Sus costos de la prima de su plan y sus costos de los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de desembolso personal.	**$3,400**	**$3,400** Una vez que haya pagado **$3,400** de desembolso personal por los servicios cubiertos de las Partes A y B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B para el resto del año calendario.

Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y de farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en **www.careplushealthplans.com/directories**. También puede llamar a Servicios para afiliados para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o las farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio por correo.

Hay cambios a nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el *Directorio de proveedores* de 2023 para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios a nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores* de 2023 para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

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

Sección 2.4 – Cambios a los beneficios y costos de los servicios médicos

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

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

Los servicios recibidos en Clínicas de salud rurales, Clínicas de salud calificadas federalmente y Hospitales de acceso crítico pueden estar sujetos al copago o coseguro del médico de cuidado primario o especialista, según corresponda, para 2023.

Si es elegible para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga $0 por los beneficios que se indican a continuación.

Costo	**2022** (este año)	**2023** (el año próximo)
	Dentro de la red	**Dentro de la red**
Beneficio de copago de $0 para medicamentos recetados	Copago de **$0** por todos los medicamentos recetados cubiertos por Medicare para todos los formularios, en todos los niveles. El beneficio comienza en la etapa del deducible (cuando corresponda) y continúa hasta la etapa de cobertura inicial, únicamente. Para ser elegibles, los afiliados deben ser elegibles para recibir "Ayuda adicional". Si la cantidad total de medicamentos recetados cubiertos en virtud de este beneficio alcanza **$4,430**, usted pagará la cantidad del costo compartido de "Ayuda adicional". Para obtener más detalles, consulte la información por separado que le enviamos, llamada “Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también denominada “Cláusula del Subsidio por ingresos limitados” o “Cláusula LIS”, por sus siglas en inglés) Para obtener más detalles sobre los medicamentos cubiertos, consulte la Guía de medicamentos.	Copago de **$0** por todos los medicamentos recetados cubiertos de la Parte D de Medicare, en todos los niveles y las etapas. Para ser elegibles, los afiliados deben ser elegibles para recibir "Ayuda adicional". Para obtener más detalles sobre los medicamentos cubiertos, consulte la Guía de medicamentos. Para obtener más detalles sobre este beneficio, consulte la sección *Cambios a la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D* en este documento.

Costo	**2022** (este año)	**2023** (el año próximo)
	Dentro de la red	**Dentro de la red**
	Para obtener más detalles sobre este beneficio, consulte la sección *Cambios a la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D* en este documento.	
Tarjeta CareEssentials™	No hay cobertura	**$275** cargados automáticamente en una tarjeta prepagada todos los meses para comprar alimentos, productos de venta libre (OTC) y suministros para el hogar de una red nacional de minoristas. También se puede usar la tarjeta para pagar el transporte no médico, los apoyos generales para la vida (como asistencia para el alquiler, Internet y servicios públicos), las necesidades sociales, el apoyo para el envejecimiento y los dispositivos de asistencia, el control de plagas y el cuidado y los suministros de las mascotas. La cantidad no utilizada vence al final de cada mes.
Las pruebas y el tratamiento del COVID-19		
• Pruebas de COVID-19	Copago de **$0** Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga una cantidad de copago de **$0**.	Se pueden aplicar los costos compartidos, y la cobertura es la misma que la de pruebas diagnósticas similares
• Tratamiento para el COVID-19	Copago de **$0** Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga una cantidad de copago de **$0**.	Se pueden aplicar los costos compartidos, y la cobertura es la misma que la de tratamiento similar
• Comidas para afiliados con diagnóstico confirmado del COVID-19	Hay cobertura	No hay cobertura
Servicios dentales		
• Beneficios suplementarios de servicios dentales:	**DEN931**	**DEN101**

Costo	**2022** (este año)	**2023** (el año próximo)
	Dentro de la red	**Dentro de la red**
	Copago de **$0** por examen oral integral, hasta 1 cada 3 años. Copago de **$0** por dentaduras postizas completas o parciales, hasta 1 juego(s) cada 5 años. Copago de **$0** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante por año. Copago de **$0** por revestimiento de dentadura postiza, radiografía panorámica, conducto radicular, hasta 1 por año. Copago de **$0** por radiografías de mordida, hasta 2 juego(s) por año. Copago de **$0** por corona, tratamiento con flúor, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año. Copago de **$0** por empaste de amalgama y/o composite, mantenimiento periodontal, hasta 4 por año. Copago de **$0** por extracción simple o quirúrgica, hasta 6 por año. Copago de **$0** por extracciones para dentaduras postizas, anestesia necesaria con servicios cubiertos, sin límite por año. Las extracciones ilimitadas están cubiertas únicamente con el fin de que el afiliado reciba dentaduras postizas, todas las demás extracciones se limitan a 6 por año.	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 alisado y alisado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante por año. Copago de **$0** por revestimiento de dentaduras postizas, radiografía panorámica, conducto radicular, hasta 1 por año. Copago de **$0** por radiografías de mordida, hasta 2 juego(s) por año. Copago de **$0** por corona, examen de diagnóstico de emergencia, tratamiento con flúor, cirugía oral, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año. Copago de **$0** por empaste de amalgama y/o composite, mantenimiento periodontal, hasta 4 por año. Copago de **$0** por extracción simple o quirúrgica, hasta 6 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 6 por año.
Tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods	Subsidio de **$75** por mes para la tarjeta Healthy Foods que los afiliados pueden gastar en comercios minoristas participantes para la compra de alimentos saludables aprobados.	Vea la sección de **"CareEssentials Card™"** en esta tabla para obtener más información.

Costo	**2022** (este año)	**2023** (el año próximo)
	Dentro de la red	**Dentro de la red**
Artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$400** por trimestre (3 meses) para ciertos productos de venta sin receta para la salud y el bienestar.	Vea la sección de **"CareEssentials Card™"** en esta tabla para obtener más información.

Sección 2.5 – Cambios a la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D

Cambios a nuestra Guía de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o "Guía de medicamentos". Se proporciona una copia de nuestra Guía de medicamentos por medios electrónicos. La Guía de medicamentos incluye muchos de los medicamentos que cubriremos el próximo año, pero no todos los medicamentos. Si no ve su medicamento en esta lista, igual es posible que esté cubierto. **Para obtener la Guía de medicamentos *completa*,** llame a Servicios para afiliados (consulte la contraportada) o visite nuestro sitio web (**www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2023-prescription-drug-guides**).

Hemos realizado cambios a nuestra Guía de medicamentos, incluidos cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Guía de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá restricciones.**

La mayoría de los cambios en la Guía de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

Por ejemplo, podemos quitar inmediatamente los medicamentos considerados no seguros por la FDA o que un fabricante de productos ha retirado del mercado. También actualizaremos nuestra Guía de medicamentos en línea para proveer la lista más actualizada de medicamentos.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para saber sus opciones, como pedir un suministro temporal, pedir una excepción y/o encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicios para afiliados para obtener más información.

Cambios a los costos de medicamentos recetados

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

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos".

A continuación, se muestran los cambios a las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los afiliados no alcanza las otras dos etapas: el Período sin cobertura ni la Etapa de cobertura catastrófica.)

Cambios a la Etapa de deducible

Etapa	**2022** (este año)	**2023** (el año próximo)
Etapa 1: Etapa de deducible anual Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos hasta que haya alcanzado el deducible anual.	Si usted califica por "Ayuda adicional", para todos los medicamentos recetados cubiertos por la parte D de Medicare en su formulario para todos los niveles El deducible es **$0**. Durante esta etapa, usted paga costos compartidos de **$0** por medicamentos de Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. Si usted **no** califica para "Ayuda adicional El deducible es **$480.** Durante esta etapa, usted paga **$0** de costos compartidos por los medicamentos del Nivel 1, **$0** de costos compartidos por los medicamentos del Nivel 2 y el costo total de los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	Si es elegible para la "Ayuda adicional", para todos los medicamentos recetados cubiertos por la parte D de Medicare en su formulario para todos los niveles El deducible es **$0**. Durante esta etapa, usted paga **$0** de costos compartidos por los medicamentos del Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. Si **no** reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” El deducible es **$505**.

Cambios a sus costos compartidos durante la Etapa de cobertura inicial

Etapa	**2022** (este año)	**2023** (el año próximo)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que usted pague el deducible anual, usted pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga la parte del costo que le corresponde.** El costo en estas filas es para un suministro de un mes (hasta 30 días) cuando surte su medicamento recetado en una farmacia de la red. Si desea información acerca de los costos para un suministro a largo plazo; en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos; o para medicamentos recetados de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su *Evidencia de cobertura*. Cambiamos el nivel de algunos medicamentos en nuestra Guía de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Guía de medicamentos.	Si usted es elegible para recibir "Ayuda adicional", pagará **$0** por todos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte D de Medicare en su formulario para todos los niveles. Si usted **no** es elegible para recibir "Ayuda adicional", su costo para un suministro de un mes (hasta 30 días) surtido en una farmacia de la red está a continuación:	Si usted es elegible para recibir "Ayuda adicional", pagará **$0** por todos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte D de Medicare en su formulario para todos los niveles. Si usted **no** es elegible para recibir "Ayuda adicional", su costo para un suministro de un mes (hasta 30 días) surtido en una farmacia de la red está a continuación:
	Genéricos preferidos: *Costos compartidos estándares:* Usted paga **$0** por medicamento recetado. *Costos compartidos preferidos:* Usted paga **$0** por medicamento recetado.	**Genéricos preferidos:** *Costos compartidos minorista (estándares)*: Usted paga **$2** por medicamento recetado.
	Genéricos: *Costos compartidos estándares*: Usted paga **$0** por medicamento recetado. *Costos compartidos preferidos:* Usted paga **$0** por medicamento recetado.	**Genéricos:** *Costos compartidos minorista (estándares)*: Usted paga **$15** por medicamento recetado.
	De marca preferidos: *Costos compartidos estándares:* Usted paga **$47** por medicamento recetado. *Costos compartidos preferidos:* Usted paga **$47** por medicamento recetado.	**De marca preferidos:** *Costos compartidos minorista (estándares)*: Usted paga **$47** por medicamento recetado.

Etapa	**2022** (este año)	**2023** (el año próximo)
	Medicamentos no preferidos: *Costos compartidos estándares*: Usted paga **$100** por medicamento recetado. *Costos compartidos preferidos:* Usted paga **$99** por medicamento recetado.	**Medicamentos no preferidos:** *Costos compartidos minorista (estándares)*: Usted paga **$100** por medicamento recetado.
	Nivel de especialidad: *Costos compartidos estándares:* Usted paga **25%** por medicamento recetado. *Costos compartidos preferidos:* Usted paga **25%** por medicamento recetado.	**Nivel de especialidad:** *Costos compartidos minorista (estándares)*: Usted paga **25%** por medicamento recetado.
	Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance **$4,430**, pasará a la próxima etapa (el Período sin cobertura).	Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance **$4,660**, pasará a la próxima etapa (el Período sin cobertura).

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted incluso si no ha pagado su deducible Llame a Servicios para afiliados para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de $35 por un suministro de un mes (hasta 30 días) por cada producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte su Guía de medicamentos recetados para encontrar todas las insulinas de la Parte D cubiertas por su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la Evidencia de cobertura, que se encuentra en nuestro sitio web en **www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2023**.

Cambios a su beneficio de VBID de la parte D

Usted no pagará nada para todos los medicamentos recetados de Medicare Parte D en todos los niveles en todas las etapas. Para calificar, los afiliados deben estar elegibles para "Ayuda adicional."

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en CareNeeds Plus (HMO D-SNP)

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

Sección 3.2 – Si desea cambiar de planes

Esperamos mantenerle como afiliado el próximo año, pero si desea cambiar de plan en 2023, siga estos pasos:

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

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

Para obtener más información acerca de Medicare original y los distintos tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted 2023*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse **a un plan de salud de Medicare distinto**, inscríbase en el nuevo plan. Se le desafiliará automáticamente de CareNeeds Plus (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare original con un plan de medicamentos recetados,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Se le desafiliará automáticamente de CareNeeds Plus (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare original sin un plan de medicamentos recetados,** usted debe:

- Enviarnos una solicitud de desafiliación por escrito. Póngase en contacto con Servicios para afiliados si necesita más información sobre cómo hacerlo.

- – *o* – Ponerse en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana, y solicitar la desafiliación. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

SECCIÓN 4 Cambiar de planes

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare original para el próximo año, puede hacerlo entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre.** El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2023.

¿Hay otros períodos del año para realizar un cambio?

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que empieza el 1 de enero de 2023, y no le gusta el plan que eligió, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) o puede cambiar a Medicare original (ya sea con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si recientemente se mudó a, actualmente vive en, o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de cuidado a largo plazo), usted puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Medicare original (con o sin un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

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

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en cada estado.

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

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

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

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

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Debido a que usted tiene Florida Medicaid, puede estar ya inscrito en "Ayuda adicional", también llamado Subsidio por ingresos limitados. La "Ayuda adicional" paga una parte de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Si usted es elegible, no tiene un período sin cobertura ni multa por afiliación tardía. Si tiene preguntas sobre "Ayuda adicional", llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los siete días de la semana;
  - La oficina del Seguro social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados son disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 ; o
  - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el programa ADAP que están viviendo con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos esenciales contra el VIH. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluidos la prueba de residencia estatal y condición de VIH, bajos ingresos, según lo definido por el Estado, y el estatus de no tener seguro o tener seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP son elegibles para recibir asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del programa ADAP. Para obtener información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al programa ADAP (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en el "Anexo A" en la parte final de este documento).

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Recibir ayuda de CareNeeds Plus (HMO D-SNP)

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

Lea su *Evidencia de cobertura* para 2023 (tiene detalles sobre los costos y beneficios del próximo año)

Esta *Notificación anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de CareNeeds Plus (HMO D-SNP) para 2023. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Obtenga una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en **www.careplushealthplans.com**. También puede llamar a Servicios para afiliados para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo postal.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en **es.careplushealthplans.com**. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Guía de medicamentos).

Sección 7.2 – Recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea Medicare y usted 2023

Lea el manual *Medicare y usted 2023*. Este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes que se hacen sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3 – Recibir ayuda de Medicaid

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

Anexo A – Información de contacto de las agencias estatales

Esta sección provee la información de contacto de las agencias estatales a las que se hace referencia en esta Notificación anual de cambios. Si tiene problemas para localizar la información que busca, contacte a Servicios para afiliados al número de teléfono en la contraportada de este manual.

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

Aviso sobre prácticas de privacidad
Para la información personal sobre su salud

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. ANALÍCELO DETENIDAMENTE.

La privacidad de su información personal y de salud es importante. No necesita hacer nada a menos que tenga una solicitud o una queja.

Es posible que cambiemos nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permitan las leyes. Esto incluye la información que creamos o que recibamos antes de hacer los cambios. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestro plan de salud el correspondiente aviso.

¿Qué es información personal y de salud?
La información personal y de salud incluye tanto información médica como información personal, como su nombre, dirección, número de teléfono o número de Seguro Social. El término "información" en este aviso incluye toda información personal y sobre salud. Esto incluye información creada o recibida por un proveedor de cuidado de la salud o un plan de salud. La información se relaciona con su salud física o mental o su afección, la prestación de servicios de cuidado de la salud que usted recibe o el pago de esos servicios de cuidado de la salud.

¿Cómo protegemos su información?
Tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información en todos los formatos, incluida la información electrónica, escrita y oral. Implementamos garantías para proteger su información de diversas maneras, entre las que se incluyen:
- Limitamos el número de personas que pueden ver su información.
- Limitamos la forma en que podemos usar o divulgar su información.
- Le informamos a usted acerca de nuestros deberes legales acerca de su información.
- Capacitamos a nuestros empleados acerca de nuestro programa y procedimientos de privacidad.

¿Cómo usamos y divulgamos su información?
Usamos y divulgamos su información:
- A usted o a cualquier persona que tenga derecho legal de actuar en su nombre.
- A la Secretaría del Departamento de salud y servicios humanos.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:
- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluido el pago de reclamaciones de servicios cubiertos provistos a usted por proveedores de cuidado de la salud y para pagos de las primas del plan de salud.
- Para actividades de funcionamiento del cuidado de la salud. Esto incluye procesar su inscripción, responder a sus preguntas, coordinar su cuidado, mejorar la calidad, y determinar las primas.
- Para realizar actividades de suscripción. No obstante, no usaremos ningún resultado de exámenes genéticos ni haremos preguntas con respecto a su historia familiar.
- Al patrocinador de su plan, para permitirle realizar funciones de administración del plan, como actividades relacionadas con la elegibilidad, la inscripción y la desafiliación. Podemos compartir información de salud resumida sobre usted con el patrocinador de su plan en ciertos casos. Por ejemplo, para permitirle al patrocinador de su plan obtener ofertas de otros planes de salud. Su información de salud detallada no se compartirá con el patrocinador de su plan. Le pediremos permiso o el patrocinador de su plan debe certificar que se compromete a mantener la privacidad de su información.
- Para contactarle a usted y brindarle información acerca de servicios y beneficios relacionados con la salud, recordatorios de citas, o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Si usted optó por no recibir este tipo de información según se describe a continuación, no nos comunicaremos con usted.
- A sus familiares y amigos si usted no puede comunicarse, como en un caso de emergencia. A sus familiares y

amigos o a cualquier otra persona que usted identifique. Esto se aplica si la información es directamente pertinente con la participación de dichas personas en su cuidado de la salud o en el pago de dicho cuidado. Por ejemplo, si un familiar o cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, nosotros podemos confirmar si la reclamación ha sido recibida y pagada.
- Para proveer información de pago al suscriptor para sustentación ante el Servicio de impuestos internos.
- A las agencias de salud pública, si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando hay problemas de abuso, negligencia o violencia familiar.
- En respuesta a una orden administrativa o del tribunal, citación, solicitud de revelación u otros procesos legales.
- Con fines de aplicación de la ley, a las autoridades militares y según sea exigido de cualquier otra forma por la ley.
- Para ayuda en tareas de recuperación en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones bajo el contrato o la ley de compensación laboral.
- Para evitar una grave e inminente amenaza para su salud o seguridad o para la salud o seguridad de otras personas.
- Con fines de investigación, en circunstancias limitadas.
- Para obtención, remisión al banco de órganos, o trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico patólogo forense, examinador médico o director funerario.

¿Usaremos su información para fines no descritos en este aviso?
No usaremos ni divulgaremos su información con ningún otro fin que no esté descrito en este aviso sin su permiso por escrito. Usted puede cancelar su permiso en cualquier momento mediante una notificación por escrito. Los siguientes usos y divulgaciones requerirán su permiso por escrito:
- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia.
- Los fines de marketing.
- La venta de información personal y de salud.

¿Qué hacemos con su información cuando usted deja de ser afiliado?
Su información puede seguir siendo usada con los fines descritos en este aviso. Esto incluye cuando usted no obtiene cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal requerido, destruimos la información siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?
Tenemos el compromiso de responder a su solicitud de derechos de manera oportuna
- Acceso: usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que puede ser usada para tomar decisiones acerca de usted. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Si solicita copias, podemos cobrarle un cargo por el trabajo de copiar, por los suministros para crear la copia (en papel o electrónica) y el franqueo.
- Decisión adversa sobre la suscripción: si rechazamos su solicitud de seguro, usted tiene derecho a que se le proporcione el motivo de la denegación.
- Comunicación alterna: para evitar una situación que ponga en riesgo la vida, usted tiene derecho a recibir su información de una manera diferente o en un lugar diferente. Procesaremos su solicitud si es razonable.
- Enmienda: usted tiene derecho a solicitar correcciones a cualquier información personal a través de enmiendas o eliminaciones. Dentro de los 30 días hábiles de recibir el pedido por escrito, le notificaremos a usted sobre su enmienda o eliminación de la información en disputa, o de nuestro rechazo de hacer cierta corrección luego de más investigación. En el caso de que nos rehusáramos a enmendar o eliminar la información en disputa, usted tiene el derecho de presentarnos una declaración por escrito con las razones de su desacuerdo con nuestra evaluación de la información en disputa y lo que usted considera ser información correcta. Haremos que dicha declaración sea accesible para todas y cada una de las partes que revisen la información en disputa.*
- Divulgación: usted tiene derecho a recibir una lista de las veces en las cuales nosotros o nuestros asociados comerciales hayamos divulgado su información. Esto no se aplica a tratamientos, pagos, operaciones del plan de salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable basado en los costos.

- Aviso: usted tiene derecho a solicitar y recibir una copia por escrito de este aviso en cualquier momento.
- Restricción: usted tiene derecho a solicitar que se limite el uso o la divulgación de su información. No se nos exige aceptar este límite, pero si lo hacemos, acataremos nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a aceptar o terminar una limitación previamente presentada.

¿Qué tipos de comunicaciones que me hagan puedo optar por no recibir?
- Recordatorios de citas
- Alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios relacionados con la salud
- Actividades de recaudación de fondos

¿Cómo ejerzo mis derechos o cómo obtengo una copia de este aviso?
Todos sus derechos de privacidad se pueden ejercer mediante la obtención de los formularios pertinentes. Puede conseguir cualquiera de los formularios al:
- Contactarnos al 1-866-861-2762
- Ingresar a nuestro sitio web en **espanol.humana.com** e ir al enlace de Prácticas de privacidad
- Enviar el formulario de solicitud completado a:
  Humana Inc.
  Privacy Office 003/10911
  101 E. Main Street
  Louisville, KY 40202

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

Si creo que se ha violado mi privacidad, ¿qué debo hacer?
Si cree que se ha violado su privacidad, puede presentar una queja ante nosotros llamándonos al 1-866-861-2762 en cualquier momento.

También puede presentar una queja por escrito al Departamento de salud y servicios humanos de EE. UU., Oficina de derechos civiles (OCR, por sus siglas en inglés). Le suministraremos la dirección regional de la OCR que corresponda si usted así lo solicita. También puede enviar su queja por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov. Si decide presentar una queja, sus beneficios no se verán afectados y no le castigaremos ni tomaremos represalias de ninguna manera.

Respaldamos su derecho de proteger la privacidad de su información personal y de salud.

Cumplimos con todas las leyes, normas y reglamentos federales y estatales relacionados con la protección de la información personal y de salud. En situaciones en que exista conflicto entre las leyes, normas y reglamentos federales y estatales, cumplimos la ley, norma o reglamento que provea mayor protección.

La ley nos exige cumplir con los términos de este aviso actualmente en vigencia.

¿Qué sucederá si mi información es usada o divulgada de manera inapropiada?
La ley nos exige proporcionar a las personas un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información personal y de salud. Si se produce una violación de información personal y de salud no protegida, le notificaremos oportunamente.

Las siguientes afiliadas y subsidiarias también se adhieren a nuestros procedimientos y programa de privacidad:

Arcadian Health Plan, Inc.
CarePlus Health Plans, Inc.
Cariten Health Plan, Inc.
CHA HMO, Inc.
CompBenefits Company
CompBenefits Dental, Inc.
CompBenefits Insurance Company

DentiCare, Inc.
Emphesys Insurance Company
HumanaDental Insurance Company
Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.
Humana Benefit Plan of South Carolina, Inc.
Humana Benefit Plan of Texas, Inc.
Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.
Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.
Humana Health Company of New York, Inc.
Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.
Humana Health Plan of California, Inc.
Humana Health Plan of Ohio, Inc.
Humana Health Plan of Texas, Inc.
Humana Health Plan, Inc.
Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.
Humana Insurance Company
Humana Insurance Company of Kentucky
Humana Insurance Company of New York
Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.
Humana Medical Plan, Inc.
Humana Medical Plan of Michigan, Inc.
Humana Medical Plan of Pennsylvania, Inc.
Humana Medical Plan of Utah, Inc.
Humana Regional Health Plan, Inc.
Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation
Go365 by Humana for Healthy Horizons
Managed Care Indemnity, Inc.
The Dental Concern, Inc.

Vigente a partir de 9/2013

¡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 aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que CarePlus le ha discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
  CarePlus Health Plans, Inc. Atención: Departamento de quejas formales y apelaciones.
  PO Box 277810, Miramar, FL 33027.
  Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y 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 Estados Unidos**, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o por teléfono a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, 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 tales como 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.

CarePlus
HEALTH PLANS

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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-794-5907 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí 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 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 (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。

CP REV 7.14.22

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

H1019023000ANOCSP23

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



Mire adentro

Aquí está un resumen de las diferencias en su **plan de CarePlus** que entra en vigencia el 1 de enero del 2023.

¿Preguntas?

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

CarePlus HEALTH PLANS

CarePlusHealthPlans.com