

CareSource Advantage[®] (HMO)

RESUMEN DE BENEFICIOS 2021



GEORGIA

Área de servicios //

Baldwin, Barrow, Cherokee, Fayette,
Forsyth, Greene, Madison, Monroe,
Morgan, Newton, Oconee, Oglethorpe,
Paulding, Peach, Putnam

RESUMEN DE BENEFICIOS 2021

Introducción

Usted se merece más. Usted se merece un plan de salud en el cual pueda confiar.

CareSource es una compañía sin fines de lucro que se ha dedicado a satisfacer las necesidades médicas de sus clientes por más de 30 años. Nuestra misión es marcar una diferencia que perdure en las vidas de nuestros afiliados al mejorar su salud y bienestar. CareSource Advantage® (HMO) le ofrece más beneficios, más ahorros, más atención médica y..., sin costos ocultos.

Más beneficios que Medicare básico.

Nuestro plan Medicare CareSource Advantage (Parte C) le brinda todos los beneficios de la Parte A y de la Parte B, además de la cobertura de medicamentos con receta (Parte D). Pero somos mucho más que el plan básico de Medicare. Nuestro plan está diseñado para brindarle la mejor atención, beneficios adicionales como atención odontológica y oftalmológica, y ahorrarle dinero.

CONSEJOS PARA COMPARAR SUS OPCIONES DE MEDICARE

Este folleto de Resumen de beneficios es un resumen de lo que CareSource Advantage cubre y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestros planes con otros planes de salud de Medicare, solicite los folletos de Resumen de beneficios de los otros planes. O bien, utilice el Buscador de planes de Medicare en [medicare.gov](https://www.medicare.gov).
- Si desea conocer más acerca de la cobertura y los costos del plan Medicare Original, consulte su manual actual "Medicare & You" (Medicare y usted). Consúltelo en línea en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

USTED TIENE VARIAS OPCIONES PARA OBTENER SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

- Una opción es obtener sus beneficios de Medicare a través del plan Medicare Original (Medicare de tarifas por servicio). Medicare Original es administrado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es unirse a un plan de salud de Medicare, como CareSource Advantage, para obtener sus beneficios de Medicare.

¿QUIÉN PUEDE AFILIARSE?

Para unirse a CareSource Advantage, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

El área de servicio de CareSource Advantage incluye los siguientes condados en Georgia:

Baldwin, Barrow, Cherokee, Fayette, Forsyth, Greene, Madison, Monroe, Morgan, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Peach, Putnam

¿QUÉ MÉDICOS, HOSPITALES Y FARMACIAS PUEDO UTILIZAR?

CareSource Advantage tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted utiliza proveedores que están fuera de nuestra red, es probable que el plan no cubra esos servicios.

Normalmente, debe utilizar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D.

Puede visitar [CareSource.com/Medicare](https://www.caresource.com/Medicare) para ver o buscar un proveedor o farmacia de la red a través de nuestros directorios en línea. O bien, llámenos y le enviaremos una copia del Directorio de proveedores y farmacias.

¿QUÉ CUBRIMOS?

Como todos los planes de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original, y más. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.

Puede encontrar una lista completa de los servicios en la Evidencia de cobertura (EOC). Si desea que le enviemos un ejemplar de la Evidencia de cobertura, póngase en contacto con Servicios para Afiliados o visite [CareSource.com/Medicare](https://www.caresource.com/Medicare).

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Asimismo, cubrimos medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia y ciertos medicamentos suministrados por su proveedor.

Puede consultar la lista de medicamentos completa (lista de medicamentos de la Parte D) del plan y cualquiera de las restricciones en nuestro sitio web, [CareSource.com/Medicare](https://www.caresource.com/Medicare). O bien, llámenos y le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos.

Cosas que debe saber

MÁXIMO ANUAL DE GASTOS PERSONALES

En caso de que alcance el límite de su máximo anual de gastos personales, continuará recibiendo cobertura para los servicios hospitalarios y médicos y pagaremos el costo total para el resto del año. Tome en cuenta que, de todos modos, deberá realizar sus pagos mensuales y de la repartición de costos por su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.

ATENCIÓN PREVENTIVA

Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluso:

- Monitoreo de aneurisma de aorta abdominal
- Vacunas para adultos
- Visita anual de bienestar, que incluye los servicios del plan de prevención personalizado
- Densitometría ósea
- El monitoreo de cáncer incluye: mamografías, pruebas de detección de cáncer cervicouterino
- El monitoreo cardiovascular incluye: pruebas de detección de enfermedad cardiovascular y terapia para enfermedad cardiovascular
- Pruebas de detección de cáncer colorrectal
- Pruebas de detección de diabetes
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes
- Pruebas de detección de glaucoma
- Programas de educación sobre salud y bienestar
- Pruebas de detección de hepatitis C
- Pruebas de detección de VIH
- Examen físico inicial preventivo (examen “Bienvenido a Medicare”)
- Terapia intensiva conductual por enfermedad cardiovascular
- Terapia intensiva conductual por obesidad
- Terapia médica nutricional (para los beneficiarios de Medicare con diabetes o enfermedad renal)
- Pruebas de detección de cáncer de próstata
- Examen oftalmológico de rutina
- Monitoreo e intervenciones de asesoría conductual en atención primaria para reducir el abuso de alcohol
- Monitoreo por depresión en adultos
- Pruebas de detección de cáncer pulmonar con tomografía computarizada de baja dosis (TCBD)
- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoría conductual de alta intensidad para prevenir las ITS
- Servicios de asesoría para dejar de usar tabaco

Y se cubrirá cualquier otro servicio preventivo adicional autorizado por Medicare durante el año de contrato.

¿Tiene alguna duda?

Si es un afiliado de este plan, llámenos gratis al 1-844-607-2827 (TTY: 711).

Si no es un afiliado de este plan, llámenos gratis al 1-844-607-2830 (TTY: 711).

También puede visitar nuestro sitio web en [CareSource.com/Medicare](https://www.caresource.com/Medicare).

Horarios de atención

Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar del este.

Servicio al cliente.

Este documento está disponible en otros formatos como letras grandes.

Este documento puede estar disponible en otro idioma que no sea inglés. Para obtener información adicional, llámenos al 1-844-607-2827. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711)

Es posible que este documento esté disponible en un idioma distinto al inglés. Para obtener información adicional, llame a Servicio al cliente al 1-844-607-2827. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.)

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES

| | CareSource Advantage |
|---|---|
| Prima mensual | \$22.10 Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare |
| Deducible anual | \$0 |
| Máximo anual de gastos personales (el límite para cuánto pagará en un año) | \$5,600 por servicios médicos dentro de la red (no incluye medicamentos con receta) |

Tabla del resumen de beneficios de CareSource Advantage (HMO) 2021

| BENEFICIOS DE COBERTURA MÉDICA Y HOSPITALARIA, ÚNICAMENTE DENTRO DE LA RED Si recurre a proveedores que no están dentro de nuestra red, es probable que no cubramos esos servicios. | |
|---|--|
| | CareSource Advantage |
| Atención hospitalaria para pacientes internados¹ | Copago de \$285 por día para los días 1 a 7; Copago de \$0 por día para los días 8 a 90 |
| Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios¹ | Centro de cirugía ambulatoria |
| | Copago de \$250 |
| | Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios |
| | Copago de \$295 |
| Visitas al consultorio médico | Visita a médico de atención primaria (incluye vista de telesalud) |
| | Copago de \$0 |
| | Visita a especialista |
| | Copago de \$35 |
| Atención preventiva | Copago de \$0 |
| Atención de emergencia | Copago de \$90 El copago está exento si se le admite en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección. Usted paga la repartición de costos de la atención hospitalaria para pacientes internados en lugar de la repartición de costos de la atención de emergencia. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” de este folleto para conocer otros costos. |
| Atención de urgencia | Copago de \$35 |
| Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y servicios de radiología y radiografías¹ | Pruebas y procedimientos de diagnóstico |
| | Copago de \$0 |
| | Servicios de laboratorio |
| | Copago de \$0 |
| | Servicios de radiología diagnóstica (como resonancia magnética, tomografías computarizadas) |
| | Copago de \$150 |
| | Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer) |
| | Coseguro de 20 % |
| Radiografías ambulatorias | |
| | Copago de \$25 (si se trata de radiología compleja, como una RMI/TC, recibida el mismo día en el mismo lugar, solo se aplica el copago más alto). |

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa. Los servicios con un ² no están sujetos al máximo de gastos personales. Las cantidades indicadas son lo que usted paga. Los servicios se cubren únicamente cuando son dentro de la red, excepto en casos de emergencia y ambulancia.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS, ÚNICAMENTE DENTRO DE LA RED (continuación)

Si recurre a proveedores que no están dentro de nuestra red, es probable que no cubramos esos servicios.

| | CareSource Advantage |
|---|---|
| Servicios para la audición | Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio |
| | Copago de \$45 |
| | Examen auditivo de rutina |
| | Copago de \$0 1 examen auditivo de rutina cada año calendario |
| | Ajuste/Evaluación del audífono |
| | Copago de \$0 3 exámenes auditivos anuales para ajuste/evaluación de audífonos |
| | Audífonos² |
| Copago de \$499/\$799 Un audífono por oído por año Cobertura máxima: Sin límite de cobertura del plan | |
| La compra de audífonos, incluye: <ul style="list-style-type: none">– 3 consultas con proveedores dentro del primer año de la compra del audífono.– 45 días de período de prueba– 3 años de garantía extendida– 48 baterías por dispositivo para modelos no recargables | |

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa. Los servicios con un ² no están sujetos al máximo de gastos personales. Las cantidades indicadas son lo que usted paga. Los servicios se cubren únicamente cuando son dentro de la red, excepto en casos de emergencia y ambulancia.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS, ÚNICAMENTE DENTRO DE LA RED (continuación)

Si recurre a proveedores que no están dentro de nuestra red, es probable que no cubramos esos servicios.

| | CareSource Advantage | | | | | | | | | | |
|---|---|----------------------------|---|----------------------------------|--------------|----------------------------|---------------|-----------------------------|----------------|--|--|
| Servicios dentales — Cubiertos por Medicare | Copago de \$50. No incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, empastes, extracción o reemplazo de dientes | | | | | | | | | | |
| Atención dental integral^{1, 2} | De 30 % a 50 % de coseguro para extracciones simples, restauraciones menores, periodoncia y otros servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare. \$1,000 de monto máximo de cobertura del plan para beneficios dentales integrales cada año. | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>No cubiertos por Medicare:</td> <td>cubiertos solo bajo circunstancias específicas:</td> </tr> <tr> <td>– Servicios que no son de rutina</td> <td>– Endodoncia</td> </tr> <tr> <td>– Servicios de diagnóstico</td> <td>– Periodoncia</td> </tr> <tr> <td>– Servicios de restauración</td> <td>– Extracciones</td> </tr> <tr> <td></td> <td>– Prostodoncia, cirugía maxilofacial oral, dentaduras postizas y otros servicios</td> </tr> </table> | No cubiertos por Medicare: | cubiertos solo bajo circunstancias específicas: | – Servicios que no son de rutina | – Endodoncia | – Servicios de diagnóstico | – Periodoncia | – Servicios de restauración | – Extracciones | | – Prostodoncia, cirugía maxilofacial oral, dentaduras postizas y otros servicios |
| No cubiertos por Medicare: | cubiertos solo bajo circunstancias específicas: | | | | | | | | | | |
| – Servicios que no son de rutina | – Endodoncia | | | | | | | | | | |
| – Servicios de diagnóstico | – Periodoncia | | | | | | | | | | |
| – Servicios de restauración | – Extracciones | | | | | | | | | | |
| | – Prostodoncia, cirugía maxilofacial oral, dentaduras postizas y otros servicios | | | | | | | | | | |
| Servicios dentales² — Preventivos | Copago de \$0 por una única visita al consultorio que incluye: <ul style="list-style-type: none"> – Limpiezas (1 limpieza cada seis meses) – Radiografías dentales (1 radiografía por año) – Examen oral (1 examen oral cada seis meses) | | | | | | | | | | |
| Servicios oftalmológicos | Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista | | | | | | | | | | |
| | Copago de \$50. | | | | | | | | | | |
| | Examen oftalmológico de rutina (1 por año) | | | | | | | | | | |
| | Copago de \$0 | | | | | | | | | | |
| | Examen de retinopatía diabética | | | | | | | | | | |
| | Copago de \$0 | | | | | | | | | | |
| | Gafas o lentillas² | | | | | | | | | | |
| | Copago de \$0 \$130 de monto máximo de cobertura del plan para anteojos o lentillas de rutina cada año | | | | | | | | | | |
| | Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas | | | | | | | | | | |
| | Copago de \$50. | | | | | | | | | | |

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa. Los servicios con un ² no están sujetos al máximo de gastos personales. Las cantidades indicadas son lo que usted paga. Los servicios se cubren únicamente cuando son dentro de la red, excepto en casos de emergencia y ambulancia.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS, ÚNICAMENTE DENTRO DE LA RED (continuación)

Si recurre a proveedores que no están dentro de nuestra red, es probable que no cubramos esos servicios.

| | CareSource Advantage |
|--|--|
| Atención de salud mental¹ Límite de por vida: Hasta 190 días de atención de paciente internado en un hospital psiquiátrico | Visita de paciente internado Copago de \$230 por día para los días 1 a 7; Copago de \$0 por día para los días 8 a 90 |
| | Visita para terapia grupal ambulatoria (psiquiatra disponible) Copago de \$35 |
| | Visita para terapia individual ambulatoria (psiquiatra disponible) Copago de \$35 |
| | Centro de enfermería especializada¹ Limitado a 100 días por periodo de beneficios Copago de \$0 por día para los días 1 a 20; Copago de \$184 por día para los días 21 a 100 |
| | Rehabilitación para pacientes ambulatorios¹ |
| | Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Copago de \$10 |
| | Visita para terapia ocupacional Copago de \$40 |
| | Visita para fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje Copago de \$40 |
| | Terapia de ejercicios supervisados (SET) Copago de \$10 |
| Ambulancia¹ | Copago de \$225 |
| Transporte | No cubierto. |

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa. Los servicios con un ² no están sujetos al máximo de gastos personales. Las cantidades indicadas son lo que usted paga. Los servicios se cubren únicamente cuando son dentro de la red, excepto en casos de emergencia y ambulancia.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS, ÚNICAMENTE DENTRO DE LA RED (continuación)

Si recurre a proveedores que no están dentro de nuestra red, es probable que no cubramos esos servicios.

| | CareSource Advantage |
|--|---|
| Medicamentos de la Parte B¹ (como quimioterapia) | Coseguro de 20 % |
| Podiatría (podiatría para diabéticos) | Copago de \$35 Incluye exámenes y tratamiento de los pies en caso de que tenga daños en los nervios relacionados con la diabetes o reúna determinados requisitos. El copago puede estar exento si satisface determinados criterios. Consulte <i>Beneficios complementarios especiales para personas crónicamente enfermas</i> para obtener detalles. |
| Equipo médico permanente¹ (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) | Coseguro de 20 % |
| Dispositivos protésicos¹ (soportes, extremidades artificiales, etc.) | Dispositivos protésicos |
| | Coseguro de 20 % |
| | suministros médicos relacionados |
| | Coseguro de 20 % |
| Suministros y servicios para la diabetes | Suministros para monitoreo de la diabetes |
| | Copago de \$0 |
| | Capacitación para el autocontrol de la diabetes |
| | Copago de \$0 |
| | Zapatos terapéuticos o plantillas |
| | Coseguro de 20 % |
| Acupuntura. (para dolor crónico en la parte baja de la espalda) | Copago de \$30 |
| Atención quiropráctica¹ | Copago de \$20 Incluye el manejo de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna se mueven fuera de su lugar) |
| Servicios de atención en el hogar¹ | Copago de \$0 |

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa. Los servicios con un ² no están sujetos al máximo de gastos personales. Las cantidades indicadas son lo que usted paga. Los servicios se cubren únicamente cuando son dentro de la red, excepto en casos de emergencia y ambulancia.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS, ÚNICAMENTE DENTRO DE LA RED (continuación)

Si recurre a proveedores que no están dentro de nuestra red, es probable que no cubramos esos servicios.

| | CareSource Advantage |
|--|--|
| Centro de cuidados paliativos | No paga nada por la atención de hospicio que reciba en un centro de atención de hospicio certificado por Medicare. Puede ocurrir que tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y por los servicios de relevo. La atención de hospicio se cubre fuera de nuestro plan. Para obtener más detalles, comuníquese con nosotros. |
| Tratamiento por abuso de sustancias en pacientes ambulatorios¹ | Visita para terapia grupal |
| | Copago de \$40 |
| | Visita para terapia individual |
| | Copago de \$40 |
| Artículos sin necesidad de receta médica | Copago de \$0 El plan cubre hasta \$25 cada tres meses. Las porciones no utilizadas no pueden ac |
| Diálisis renal¹ | Coseguro de 20 % |
| Beneficio vitalicio máximo | Nuestro plan tiene un límite de cobertura cada año para determinados beneficios de la red. Contáctenos para conocer los servicios que corresponden. |

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa. Los servicios con un ² no están sujetos al máximo de gastos personales. Las cantidades indicadas son lo que usted paga. Los servicios se cubren únicamente cuando son dentro de la red, excepto en casos de emergencia y ambulancia.

Resumen de beneficios

¿CÓMO PUEDO DETERMINAR EL COSTO DE MIS MEDICAMENTOS?

Nuestros planes agrupan cada medicamento en uno de cinco “niveles”. Necesitará usar su lista de medicamentos (formulario) para encontrar el nivel que corresponde a su medicamento y determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio en la que se encuentre. A continuación, se mencionan las etapas de beneficios posibles.

LAS CUATRO ETAPAS DE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS

Lo que usted paga por sus medicamentos cubiertos depende, en parte, de la etapa de cobertura en la que se encuentra.

| Etapa 1 | Etapa 2 | Etapa 3 | Etapa 4 |
|---|---|---|---|
| Deducible | Etapa de cobertura | Etapa de brecha en la cobertura | Cobertura para catástrofes |
| <p>El plan CareSource Advantage tiene un Deducible de farmacia de \$75 para los medicamentos con receta en los niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Usted pagará el costo total de sus medicamentos con receta en los niveles 3, 4 y 5 hasta que cumpla con el deducible. Una vez que cumpla con el deducible, usted pasará a la etapa 2.</p> | <p>Usted paga lo siguiente hasta que sus gastos totales anuales por medicamentos llegan a \$4,130.</p> <p>Los gastos totales anuales por medicamentos son los gastos totales por medicamentos que pagan usted y nuestro plan de la Parte D.</p> <p>Usted puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias de pedidos por correo.</p> <p>Si vive en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p> <p>Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.</p> | <p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tiene una brecha en la cobertura (también llamada “agujero de rosquilla”). Eso significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza \$4,130.</p> <p>Después de que entra en la brecha de cobertura, usted paga el 25 % del costo del plan para medicamentos de marca cubiertos y el 25 % del costo del plan para medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos suman \$6,550, que es el monto en el que termina la brecha de cobertura. No todas las personas entrarán en la brecha de cobertura.</p> | <p>Después de que sus gastos personales por medicamentos (que incluyen los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcanzan \$6,550, usted paga:</p> <p>el 5 % del costo o un copago de \$3.70 por medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca tratados como genéricos) o un copago de \$9.20 para todos los demás medicamentos, el que sea mayor.</p> |

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA (COBERTURA INICIAL), ÚNICAMENTE DENTRO DE LA RED

| CareSource Advantage | |
|--|---|
| Medicamentos de la Parte B ¹ (como quimioterapia) | Coseguro de 20 % |
| Medicamentos de la Parte D — Comercio minorista¹ | |
| Suministro de 1 mes o de 3 meses | |
| Nivel 1 (Med. genéricos preferidos) | Copago de \$4 o copago de \$12 |
| Nivel 2 (Med. genéricos) | Copago de \$10 o copago de \$30 |
| Nivel 3 (Med. de marca preferidos) | Copago de \$45 copago de \$135 |
| Nivel 4 (Med. no preferidos) | Copago de \$100 o copago de \$300 |
| Categoría 5 (De especialidad) | 31 % del costo total (no se cubren suministros para 3 meses) |
| Nivel 6 (Med. de cuidados selectos) | Copago de \$0 (no se cubren suministros para 3 meses) |
| Medicamentos de la Parte D — Repartición de costos para pedidos por correo estándar¹ | |
| 3 meses de suministro | |
| Nivel 1 (Med. genéricos preferidos) | Copago de \$8 |
| Nivel 2 (Med. genéricos) | Copago de \$20 |
| Nivel 3 (Med. de marca preferidos) | Copago de \$90 |
| Nivel 4 (Med. de marca no preferidos) | Copago de \$200 |
| Categoría 5 (De especialidad) | No cubierto. |
| Nivel 6 (Med. de cuidados selectos) | No cubierto. |

Los medicamentos con receta con un ¹ pueden requerir autorización previa.

La repartición de costos puede cambiar dependiendo de la farmacia que elija y de cuándo ingrese a otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre la repartición de costo adicional de acuerdo a la farmacia y las fases del beneficio, llámenos gratis al **1-844-607-2827 (TTY: 711)** o bien, visite nuestro sitio web en [CareSource.com/Medicare](https://www.caresource.com/medicare). El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

BENEFICIOS ADICIONALES

CareSource Advantage

| | |
|--|--|
| Comidas | Dos comidas al día durante 14 días después de una hospitalización para pacientes internados |
| Beneficios complementarios especiales para personas crónicamente enfermas | <p>Los afiliados con diabetes que participan en el Programa de administración de la atención son elegibles para recibir servicios de podiatría cubiertos por Medicare con copago de \$0.</p> <p>Los afiliados con diagnósticos de diabetes o hipertensión que participan en el Programa de administración de la atención asociado son elegibles para un beneficio de hasta 24 viajes de ida cada año a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan en taxi, servicios de transporte compartido, autobús/subte, camioneta, transporte médico con copago de \$0. El transporte se debe programar a través del Administrador de la atención y se limita a 2 viajes de ida y vuelta por alta hospitalaria.</p> |
| Acondicionamiento físico | <p>Copago de \$0</p> <p>Membresías sin costo en centros de acondicionamiento físico participantes o juegos para hacer ejercicio en el hogar gratis</p> |
| Atención en salas de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo | <p>Atención de emergencia (exento si se admite)</p> <p>Copago de \$90, \$10,000 de monto máximo de cobertura de beneficios del plan</p> <p>Atención de urgencia</p> <p>Copago de \$35</p> |
| CareSource24[®] — Línea de asesoría en enfermería las 24 horas | <p>Puede llamar a CareSource24[®] a cualquier hora de la noche o del día, las 24 horas del día, los 7 días de la semana para hablar con personal de enfermería atento, experimentado y registrado. Puede encontrar el número de la línea gratuita al dorso de su tarjeta de identificación del afiliado de CareSource.</p> <p>Los servicios de CareSource24[®] están disponibles para usted sin costo. Esta es una manera muy fácil de obtener información confiable de salud y recomendaciones desde la comodidad de su hogar.</p> <p>Hablar directamente con enfermeras profesionales registradas le puede ayudar a:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Decidir cuándo es el momento indicado para atenderse por sí mismo, visitar al médico o acudir a una sala de emergencias – Revisar sus síntomas y ayudarlo a saber qué hacer – Entender una afección médica o un diagnóstico reciente – Obtener información médica – Elaborar preguntas para las visitas al médico; – Obtener más información acerca de los medicamentos con receta o de venta libre. – Aprender a comer saludable y mantenerse en buenas condiciones de salud |
| Herramienta en línea MyHealth | <p>Con MyHealth, tendrá acceso en línea a recursos para su salud, incluso:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Evaluaciones de salud – Planes de bienestar personalizados en línea – Guías paso a paso sobre necesidades de salud específicas – Experiencias de salud en línea – Fijarse metas y darles seguimiento – Consejos de salud e información sobre bienestar |

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa. Los servicios con un ² no están sujetos al máximo de gastos personales. Las cantidades indicadas son lo que usted paga. Los servicios se cubren únicamente cuando son dentro de la red, excepto en casos de emergencia y ambulancia.

Esta información no incluye una descripción completa de los beneficios. Llame **1-844-607-2827 (TTY: 711)** para obtener más información. Pueden corresponder limitaciones, copagos y restricciones.

Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden variar el 1 de enero de cada año. Deberá continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.

Los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen obligación de tratar a afiliados de CareSource, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que aplica a servicios fuera de la red. CareSource es una Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) con un contrato con Medicare. Su inscripción en CareSource Advantage depende de la renovación del contrato.



CareSource.com/Medicare