

CareSource Dual Advantage™ (HMO D-SNP)

RESUMEN DE BENEFICIOS 2021



OHIO

Área de servicios //

Auglaize, Butler, Clermont, Clinton,
Coshocton, Crawford, Franklin, Hardin,
Harrison, Henry, Highland, Logan, Lorain,
Montgomery, Morrow, Ottawa, Perry,
Preble, Putnam, Vinton, Warren

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 de seguros de salud sin fines de lucro que ha cubierto las necesidades de los consumidores de atención médica durante 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 Dual Advantage™ (HMO D-SNP) le brinda más beneficios, más ahorros, más atención... sin costos ocultos.

Más beneficios que el plan básico de Medicare

Nuestro plan Medicare D-SNP (Parte C) le proporciona todos los beneficios de la Parte A y 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 ayudarle a ahorrar dinero.

CONSEJOS PARA COMPARAR SUS OPCIONES DE MEDICARE

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

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite los folletos de Resumen de beneficios de los otros planes. O use 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). Puede verlo en línea en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) u obtener 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 obtener sus beneficios de Medicare uniéndose a CareSource Dual Advantage.

ACERCA DEL PLAN

CareSource Dual Advantage es un plan de una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. Para participar en este plan, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, inscribirse en la Parte B de Medicare, vivir dentro de nuestra área de servicio que figura en la página 3 y ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos.

Este es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. El alcance de la cobertura de Medicaid depende de sus ingresos, recursos y otros factores. Algunas personas reciben los beneficios completos de Medicaid. Algunos solo reciben ayuda para pagar ciertos costos de Medicare, que pueden incluir primas, deducibles, coseguros o copagos.

Puede inscribirse en este plan si se encuentra en una de estas categorías de Medicaid:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Usted recibe cobertura de Medicaid por la repartición de costos de Medicare, pero no es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid solo paga los costos de sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y Parte B. Usted no paga nada, excepto los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary QMB+):** usted recibe cobertura de Medicaid por la repartición de costos de Medicare y también es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas, deducibles, coseguro y copagos de la Parte A y la Parte B. Usted no paga nada, excepto los copagos de los medicamentos con receta de la parte D.
- **Beneficios completos con doble elegibilidad (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Medicaid puede brindarle asistencia limitada con la repartición de costos de Medicare. Medicaid también proporciona los beneficios completos de Medicaid. Es elegible para los beneficios completos de Medicaid. A veces, también puede ser elegible para recibir asistencia limitada de la Oficina Estatal de Medicaid (State Medicaid Office) para pagar los montos de la repartición de costos de Medicare. Por lo general, la repartición de costos es del 0 % cuando el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid. Puede haber casos en los que tenga que pagar la repartición de costos cuando un servicio o beneficio no esté cubierto por Medicaid.

Si la elegibilidad de su categoría de Medicaid cambia, su repartición de costos también puede aumentar o disminuir. **Debe volver a certificar su inscripción en Medicaid para continuar recibiendo su cobertura de Medicaid.**

¿QUIÉN PUEDE AFILIARSE?

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

El área de servicio de CareSource Dual Advantage incluye los siguientes condados en Ohio: Auglaize, Butler, Clermont, Clinton, Coshocton, Crawford, Franklin, Hardin, Harrison, Henry, Highland, Logan, Lorain, Montgomery, Morrow, Ottawa, Perry, Preble, Putnam, Vinton, Warren.

¿QUÉ MÉDICOS, HOSPITALES Y FARMACIAS PUEDO UTILIZAR?

CareSource Dual Advantage cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores.

Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague dichos servicios. Debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas para medicamentos cubiertos de la Parte D.

Puede ir a [CareSource.com/Medicare](https://www.caresource.com/medicare) para ver o buscar un proveedor de la red o una farmacia usando 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 servicios en la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC). Se le puede enviar una copia de la Evidencia de cobertura, comuníquese 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 ver la lista completa de medicamentos del plan (lista de medicamentos de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, [CareSource.com/Medicare](https://www.caresource.com/medicare). O llámenos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos.

¿Tiene alguna duda?

Si es afiliado a este plan, llámenos al **número gratuito 1-833-230-2020 (TTY: 711)**.

Si no es afiliado a este plan, llámenos al número gratuito **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.

Es posible que este documento esté disponible en un idioma distinto al inglés. Para obtener información adicional, llámenos al 1-833-230-2020. (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 1-833-230-2020. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

| PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES | |
|---|---|
| | CareSource Dual Advantage |
| Prima mensual | \$0 |
| Deducible anual | \$0 |
| Máximo anual de gastos (el límite de cuánto pagará en un año) | \$0 anuales por servicios de proveedores de la red cubiertos por Medicare |

Tabla de Resumen de beneficios de CareSource Dual Advantage (HMO D-SNP) 2021

La repartición de costos para los beneficios cubiertos de Medicare de la tabla siguiente se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid de Ohio.

| 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 Dual Advantage |
| Atención hospitalaria para pacientes internados¹ | Días 1 a 7 Copago de \$0 por día |
| | Días 8 a 90 Copago de \$0 por día |
| Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios¹ | Centro de cirugía ambulatoria |
| | Copago de \$0 |
| | Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios |
| | Copago de \$0 |
| Visitas al consultorio médico | Visita a médico de atención primaria (incluye visita de telesalud) |
| | Copago de \$0 |
| | Visita a especialista |
| | Copago de \$0 |
| Atención preventiva | Copago de \$0 |
| Atención de emergencia | 0 % de coseguro El coseguro no se aplica si lo internan dentro de 3 días por la misma afección. Usted abona la repartición de costos de paciente internado en lugar de la repartición de costos de emergencia. Consulte la sección "Atención al paciente internado" de este folleto para consultar otros costos. |
| Atención de urgencia | Copago de \$0 |
| Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio/radiología Servicios 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 \$0 |
| | Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento con radiación para el cáncer) |
| | Copago de \$0 |
| Radiografías ambulatorias | |
| | 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: SOLO EN LA RED (continuación)

Si recurre a proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por los servicios.

| | CareSource Dual Advantage |
|---|--|
| Servicios para la audición | Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio |
| | Copago de \$0 |
| | Examen auditivo de rutina |
| | Copago de \$0, 1 cada año |
| | Ajuste/Evaluación del audífono |
| | Copago de \$0, 3 cada año |
| | Audífono² |
| Subsidio por audífono de \$1000, un audífono por oído por año | |
| Servicios odontológicos cubiertos por Medicare | Copago de \$0 |
| Atención dental integral^{1, 2} | No incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, empastes, extracción o reemplazo de dientes Copago de \$0 para extracciones simples, restauraciones menores, periodoncia y otros servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare Monto máximo de \$1500 de cobertura del plan de beneficios odontológicos integrales por año |
| Servicios odontológicos² preventivos | Copago de \$0 por una única visita al consultorio que incluye: – 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 \$0 |
| | Examen oftalmológico de rutina (1 por año) |
| | Copago de \$0 |
| | Gafas o lentillas² |
| | Copago de \$0 para asignación de hasta \$250 |
| | Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas |
| 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: SOLO EN LA RED (continuación)

Si recurre a proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por los servicios.

| | CareSource Dual Advantage |
|--|---|
| Atención de la salud mental¹ Límite de por vida: hasta 190 días de atención a pacientes internados en un hospital psiquiátrico | Visita para paciente internado |
| | Días 1 a 7 Copago de \$0 por día |
| | Días 8 a 90 Copago de \$0 por día |
| | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios (con psiquiatra) |
| | Copago de \$0 |
| | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios (con psiquiatra) |
| Copago de \$0 | |
| Centro de enfermería especializada¹ Limitado a 100 días por período de beneficios | Días 1 a 20 Copago de \$0 por día |
| | Días 21 a 100 Copago de \$0 |
| Rehabilitación para pacientes ambulatorios¹ | Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) |
| | Copago de \$0 |
| | Visita para terapia ocupacional |
| | Copago de \$0 |
| | Visita para fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje |
| | Copago de \$0 |
| Ambulancia¹ | Terapia de ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) |
| | Copago de \$0 |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ | Copago de \$0 |
| Podiatría (servicios de podiatría) | Copago de \$0 Incluye exámenes de pie y tratamiento si tiene daño en los nervios por diabetes o cumple determinadas condiciones |
| Equipo médico permanente¹ (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) | Copago de \$0 |
| Dispositivos protésicos¹ (soportes, extremidades artificiales, etc.) | Dispositivos protésicos |
| | Copago de \$0 |
| | Suministros médicos relacionados |
| | 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: SOLO EN LA RED (continuación)

Si recurre a proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por los servicios.

| | CareSource Dual Advantage |
|--|--|
| 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 |
| | Copago de \$0 |
| Atención quiropráctica¹ | Copago de \$0 Incluye la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna vertebral se corren de su posición). |
| Acupuntura (para dolor crónico en la parte baja de la espalda) | Copago de \$0 |
| Servicios de atención en el hogar¹ | Copago de \$0 |
| Centro de cuidados paliativos | Usted no paga nada por la atención de cuidados paliativos en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que deba pagar parte de los costos de medicamentos y atención 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 \$0 |
| | Visita para terapia individual |
| | Copago de \$0 |
| Artículos de venta libre | Copago de \$0 El plan cubre hasta \$150 cada tres meses. Los montos no utilizados no se traspasan al siguiente período. |
| Diálisis renal¹ | 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 DE MEDICAID

La siguiente tabla proporciona información para personas con Medicare y Medicaid. Sus servicios son pagados primero por Medicare y luego por Medicaid.

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid. Puede ver qué cubre Medicaid de Ohio y qué cubre nuestro plan. Si un beneficio ya fue utilizado o no está cubierto por Medicare, Medicaid puede brindarle cobertura. Esto depende de su tipo de cobertura de Medicaid.

La cobertura de los beneficios que se describen a continuación depende de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Independientemente de su nivel de elegibilidad de Medicaid, CareSource Dual Advantage cubrirá los beneficios que se describen en la sección Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos del Resumen de beneficios. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad de Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al Departamento de Medicaid de Ohio, al 1-800-324-8680.

Medicaid puede pagar el monto de la repartición de costos de Medicare, pero dependerá de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Si Medicare no cubre un servicio o si un beneficio se ha agotado, Medicaid puede ayudarle, pero es posible que tenga que pagar una repartición de costos.

| Beneficio | | Medicaid de Ohio | CareSource Dual Advantage |
|------------------------|--|------------------|---------------------------|
| Alcohol y drogadicción | Prueba de detección de alcohol/drogas y análisis de orina | Cubierto | Cubierto |
| | Desintoxicación ambulatoria | Cubierto | Cubierto |
| | Evaluaciones | Cubierto | Cubierto |
| | Manejo de casos | Cubierto | Cubierto |
| | Intervención en crisis | Cubierto | Cubierto |
| | Asesoría individual o grupal (proveedores certificados por Salud Mental de América [Mental Health America, MHA]) | Cubierto | Cubierto |
| | Inducción de buprenorfina | Cubierto | Cubierto |
| | Inyección de naltrexona (para tratar la adicción) | Cubierto | Cubierto |
| | Servicios intensivos para paciente ambulatorio (para tratar la adicción) | Cubierto | Cubierto |
| | Somática médica | Cubierto | Cubierto |
| | Administración de metadona | Cubierto | Cubierto |
| Odontología | Ortodoncia | Cubierto | Cubierto |
| | Controles y limpiezas | Cubierto | Cubierto |
| | Dentaduras postizas | Cubierto | Cubierto |
| | Empastes, extracciones, y coronas | Cubierto | Cubierto |
| | Servicios odontológicos médicos y quirúrgicos | Cubierto | Cubierto |
| | Endodoncia | Cubierto | Cubierto |
| Emergencias | Visitas a la sala de emergencias | Cubierto | Cubierto |

| Beneficio | | Medicaid de Ohio | CareSource Dual Advantage |
|---------------------------------|--|------------------|---------------------------|
| Planificación familiar | Servicios de planificación familiar | Cubierto | Cubierto |
| Healthchek | Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) | Cubierto | Cubierto |
| Hospital | Servicios hospitalarios para pacientes internados | Cubierto | Cubierto |
| | Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios | Cubierto | Cubierto |
| Equipo médico | Equipo médico permanente | Cubierto | Cubierto |
| Salud mental | Tratamiento de apoyo psiquiátrico de la comunidad | Cubierto | Cubierto |
| | Intervención en crisis | Cubierto | Cubierto |
| | Coordinación de la atención integral de la salud en el hogar | Cubierto | Cubierto |
| | Asesoría individual o grupal (proveedores certificados por Salud Mental de América [Mental Health America, MHA]) | Cubierto | Cubierto |
| | Asesoría individual o grupal (proveedores no certificados por MHA) | Cubierto | Cubierto |
| | Inyecciones (medicamentos antipsicóticos de acción prolongada) | Cubierto | Cubierto |
| | Evaluación de la salud mental | Cubierto | Cubierto |
| | Hospitalización parcial | Cubierto | Cubierto |
| | Tratamiento farmacológico | Cubierto | Cubierto |
| | Entrevista de diagnóstico psiquiátrico | Cubierto | Cubierto |
| | Evaluación psicológica | Cubierto | Cubierto |
| Embarazo | Servicios relacionados con el embarazo (pregnancy related services, PRS) | Cubierto | Cubierto |
| Recetas | Medicamentos con receta | Cubierto | Cubierto |
| Salud preventiva | Radiografías de tórax | Cubierto | Cubierto |
| | Vacunas | Cubierto | Cubierto |
| | Mamografías | Cubierto | Cubierto |
| | Examen físico | Cubierto | Cubierto |
| | Exámenes y evaluaciones de prevención | Cubierto | Cubierto |
| Servicios médicos profesionales | Centros de cirugía ambulatoria | Cubierto | Cubierto |
| | Servicios de audiología | Cubierto | Cubierto |
| | Servicios de enfermera de familia certificada | Cubierto | Cubierto |

| Beneficio | | Medicaid de Ohio | CareSource Dual Advantage |
|------------|--|------------------|---------------------------|
| | Servicios de enfermera pediátrica certificada | Cubierto | Cubierto |
| | Servicios de quiroprácticos | Cubierto | Cubierto |
| | Servicios de laboratorio y radiografía | Cubierto | Cubierto |
| | Terapia ocupacional | Cubierto | Cubierto |
| | Fisioterapia | Cubierto | Cubierto |
| | Servicios de médicos | Cubierto | Cubierto |
| | Servicios de podólogos | Cubierto | Cubierto |
| | Servicio de enfermería privada | Cubierto | Cubierto |
| | Servicios para patologías del habla y del lenguaje | Cubierto | Cubierto |
| Transporte | Ambulancia/Vehículo para personas con discapacidades | Cubierto | Cubierto |
| | Transporte que no se considera de emergencia | Cubierto | Cubierto |
| Visión | Servicios oftalmológicos médicos y quirúrgicos | Cubierto | Cubierto |
| | Servicios de optometrista y oftalmólogo | Cubierto | Cubierto |

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

CareSource Dual Advantage

Medicamentos de la Parte B¹
(como quimioterapia)

Copago de \$0

Medicamentos de la Parte D: venta minorista¹

Suministro para 1 mes o de 3 meses

Nivel 1 (Med. genéricos preferidos)

Copago del 25 % del costo total o subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS)
* Los medicamentos de especialidad se limitan a un suministro para 30 días y/o pueden estar disponibles solo con distribución limitada

Nivel 2 (Med. genéricos)

Copago del 25 % del costo total o subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS)
* Los medicamentos de especialidad se limitan a un suministro para 30 días y/o pueden estar disponibles solo con distribución limitada

Nivel 3 (Med. de marca preferida)

Copago del 25 % del costo total o subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS)
* Los medicamentos de especialidad se limitan a un suministro para 30 días y/o pueden estar disponibles solo con distribución limitada

Nivel 4 (Med. no preferidos)

Copago del 25 % del costo total o subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS)
* Los medicamentos de especialidad se limitan a un suministro para 30 días y/o pueden estar disponibles solo con distribución limitada

Nivel 5 (Med. de especialidad)

Copago del 25 % del costo total o subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS)
(no se cubren suministros para 3 meses)

Nivel 6 (Med. de cuidados selectos)

Copago de \$0 o subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) aplicable
(no se cubren suministros para 3 meses)

Medicamentos de la Parte D: repartición de costos del pedido por correo estándar¹

3 meses de suministro

| | |
|--------------------------------------|---|
| Nivel 1 (Med. genéricos preferidos) | Copago del 25 % del costo total o subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) * Los medicamentos de especialidad se limitan a un suministro para 30 días y/o pueden estar disponibles solo con distribución limitada |
| Nivel 2 (Med. genéricos) | Copago del 25 % del costo total o subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) * Los medicamentos de especialidad se limitan a un suministro para 30 días y/o pueden estar disponibles solo con distribución limitada |
| Nivel 3 (Med. de marca preferida) | Copago del 25 % del costo total o subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) * Los medicamentos de especialidad se limitan a un suministro para 30 días y/o pueden estar disponibles solo con distribución limitada |
| Nivel 4 (Med. de marca no preferida) | Copago del 25 % del costo total o subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) * Los medicamentos de especialidad se limitan a un suministro para 30 días y/o pueden estar disponibles solo con distribución limitada |
| Nivel 5 (Med. de especialidad) | No cubierto |
| Nivel 6 (Med. de cuidados selectos) | No cubierto |

Tabla de repartición de costos del LIS para la fase de cobertura inicial

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) o "Ayuda adicional" para la repartición de costos de Medicamentos de la Parte D, venta minorista: suministro para 1 mes o suministro para 3 meses Medicamentos de la Parte D, pedido por correo estándar: suministro para 3 meses

*Los medicamentos de especialidad se limitan a un suministro para 30 días y/o pueden estar disponibles solo con distribución limitada

| Nivel del LIS | Tipo de medicamento | Repartición de costos |
|--|---------------------|-----------------------|
| Nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) institucionalizada | Genérico | Copago de \$0 |
| | Marca | Copago de \$0 |
| Nivel federal de pobreza (FPL) <100 % | Genérico | Copago de \$1.30 |
| | Marca | Copago de \$4.00 |
| Nivel federal de pobreza (FPL) >100 % | Genérico | Copago de \$3.70 |
| | Marca | Copago de \$9.20 |
| Nivel federal de pobreza (FPL) 135-149 % | Genérico | Coseguro del 15 % |
| | Marca | Coseguro del 15 % |

Los medicamentos con receta con un ¹ posiblemente requieren autorización previa.

Los afiliados a CareSource Dual Advantage reciben "Ayuda adicional" por lo que el copago depende de los ingresos y el estado institucional.

La repartición de costos puede cambiar dependiendo de la farmacia que elija y de cuando usted ingrese a otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre la repartición de costos adicional específica de cada farmacia y las fases del beneficio, comuníquese con nosotros de forma gratuita al **1-833-230-2020 (TTY: 711)** o acceda a nuestro sitio web

[CareSource.com/Medicare](https://www.caresource.com/Medicare).

La lista de medicamentos, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando se considere necesario.

BENEFICIOS ADICIONALES

| CareSource Dual Advantage | |
|--|--|
| Comidas | Dos comidas al día durante 14 días después de una hospitalización para pacientes internados |
| Servicios de transporte | Copago de \$0, 60 viajes sencillos anuales |
| Acondicionamiento físico | Copago de \$0 Membresías sin costo en centros de acondicionamiento físico participantes o juegos para hacer ejercicio en el hogar gratis |
| Atención en salas de emergencia en todo el mundo y atención de urgencia | Servicios de emergencia (se renuncia si es admitido) |
| | Copago de \$0, monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$10 000 |
| | Atención de urgencia |
| | Copago de \$0 |
| CareSource24® Línea de asesoría en enfermería las 24 horas | Puede llamar a CareSource24® en cualquier momento, de día o de noche, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para hablar con personal de enfermería atento y experimentado. Puede encontrar el número de teléfono gratuito en el reverso de su tarjeta de ID de afiliado a CareSource. CareSource24® tiene servicios 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. Hablar directamente con enfermeras profesionales registradas le puede ayudar a: <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 asistirle para saber qué hacer – Entender una afección médica o un diagnóstico reciente – Obtener información médica – Preparar sus preguntas para las consultas médicas – Obtener más información sobre medicamentos con receta o de venta libre – Aprender a comer saludable y mantenerse en buenas condiciones de salud |
| MyHealth Herramienta en línea | Con MyHealth, tendrá acceso en línea a recursos para su salud, incluso: <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 |

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al **1-833-230-2020 (TTY: 711)** para obtener más información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones.

Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de cada año. Deberá continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

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 atención al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluida la repartición de costos que se aplica a los servicios fuera de la red.

CareSource Dual Advantage es una HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en CareSource Dual Advantage depende de la renovación del contrato.

Los servicios con un ¹ posiblemente requieran autorización previa. Los servicios con un ² no están sujetos al máximo de gatos personales. Las cantidades indicadas son lo que usted paga. Los servicios están cubiertos dentro de la red, excepto la atención de emergencia y ambulancia.



[CareSource.com/DSNP](https://www.caresource.com/DSNP)