



# FLORIDA COMPLETE CARE

*El cuidado que necesita.  
La compasión que se merece.*

## **Medicare Advantage y Parte D**

**Año del plan:** 1 de enero - 31 de diciembre de 2023

### **Condados de Florida:**

*Alachua, Brevard, Broward, Duval, Hillsborough, Lee, Miami-Dade, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Polk, Orange, Osceola, Seminole, Volusia*

### **Florida Complete Care (HMO I- SNP)**

### **Florida Complete Care – In The Community (HMO I- SNP)**

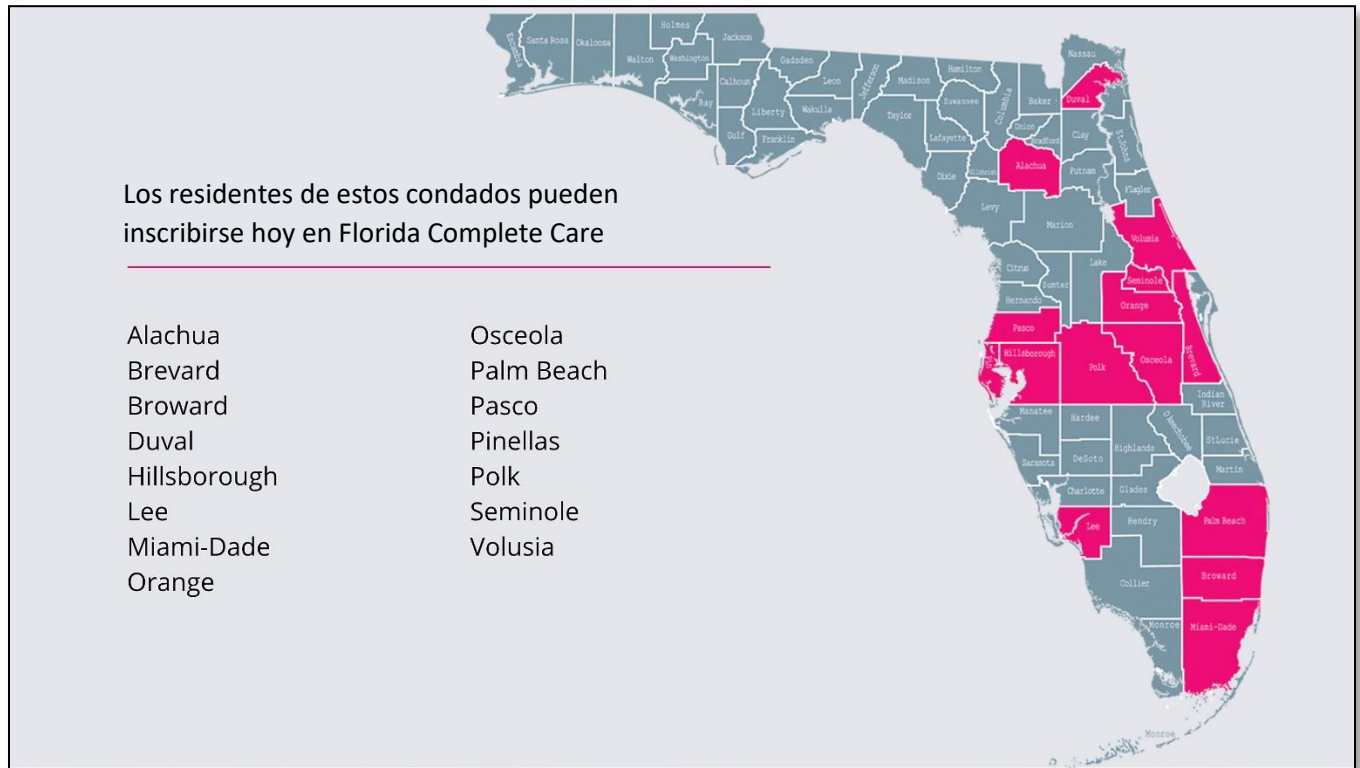


## **GRACIAS POR SU INTERÉS EN NUESTROS PLANES MEDICARE ADVANTAGE**

Florida Complete Care (HMO I-SNP) y Florida Complete Care - In The Community (HMO I-SNP) son tipos especiales de planes MAPD para personas que viven en un asilo de ancianos, un centro de vida asistida o en su casa y tienen problemas de salud complejos que pueden requerir una atención más coordinada e integral. Estos planes se denominan planes institucionales para necesidades especiales (Institutional Special Needs Plans, I-SNP) y ofrecen beneficios y servicios adicionales según su situación.

## Florida Complete Care (HMO I-SNP) y Florida Complete Care - In The Community (HMO I-SNP)

Nuestra **área de servicio** incluye estos condados de Florida:



Florida Complete Care (HMO I-SNP) y Florida Complete Care - In The Community (HMO I-SNP) son planes Medicare Advantage y de medicamentos recetados. Nuestros planes incluyen beneficios hospitalarios, médicos y de medicamentos recetados en un solo plan. Para inscribirse en nuestros planes, debe:

- Tener derecho a la Parte A de Medicare,
- Estar inscrito en la Parte B de Medicare,
- Vivir en el área donde prestamos servicio y
- Residir o planear residir en uno de los asilos de ancianos de nuestra red o vivir en la comunidad y necesitar el mismo nivel de atención de quien vive en un hogar de ancianos.

Con estos planes, debe usar los médicos y los centros de nuestro plan. Si usa un médico o un centro que no está en nuestro plan, es posible que no cubramos el servicio. El costo compartido que se describe en este documento es específico para los proveedores contratados o dentro de la red, excepto para la atención de emergencia. Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los afiliados de Florida Complete Care, excepto en situaciones de emergencia. Comuníquese con Servicios para Afiliados o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

La información de beneficios proporcionada en este documento es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. Si está inscrito en el Programa de atención a largo plazo administrada de Medicaid de Florida, no tendrá que pagar los montos de costos compartidos que se enumeran en este documento. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener más información. La Evidencia de Cobertura contiene una descripción completa de los beneficios y se puede encontrar en nuestro sitio web aquí: [www.FC2healthplan.com](http://www.FC2healthplan.com).

Los beneficios marcados con un asterisco “\*” requieren autorización previa para que pueda usarlos.

Algunos beneficios siguen las políticas de deducible o coseguro de Medicare y contienen la *nota "Se aplican los períodos de beneficios de Medicare"*. Un período de beneficios comienza con una hospitalización y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria o especializada durante 60 días. Si va al hospital después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

### ¿Tiene preguntas?



- Llame a Servicios para Afiliados sin **cargo al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) / TTY 711**, y siga las instrucciones para comunicarse con un representante. Atendemos de **8 a. m. a 8 p. m., siete días a la semana** (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes (excepto feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
- Obtenga más información sobre nosotros en nuestro sitio web: [www.FC2healthplan.com](http://www.FC2healthplan.com)

Florida Complete Care es un HMO-I-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en los planes Florida Complete Care (HMO-ISNP) depende de la renovación del contrato de CMS.



**RESUMEN DE BENEFICIOS**

	<b>En esta columna se muestra lo que usted pagará.</b>	<b>FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)</b>	<b>FLORIDA COMPLETE CARE– IN THE COMMUNITY (HMO I-SNP)</b>
¿Cuál es el monto de mi <b>prima</b> ?	<p><b>\$35.90</b> por mes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.</i></li> <li>➤ <i>Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare, la prima mensual de su plan será más baja o es posible que no pague nada.</i></li> </ul>	✓	✓
¿Cuál es el monto de mi <b>deducible</b> ?	<p>Pagará \$226.00 por los servicios de la Parte B una vez al año.</p> <p><b>\$505.00</b> de deducible por año por medicamentos recetados de la Parte D.</p>	✓	✓
<p>¿Existe un límite en la cantidad que pagaré por mis servicios médicos cubiertos?</p> <p>(Tenga en cuenta que esto no incluye los medicamentos recetados de la Parte D)</p>	<p><b>\$3,400.00</b> por año por médicos y centros de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al fijar límites anuales en sus gastos directos de bolsillo para la atención médica y hospitalaria.</i></li> <li>➤ <i>Los servicios que recibe de médicos o centros de nuestro plan se contemplan para el límite anual. Si alcanza el límite de gastos directos de bolsillo, no tendrá que pagar ningún gasto directo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.</i></li> <li>➤ <i>Tenga en cuenta que debe pagar la prima mensual de medicamentos recetados de la Parte D.</i></li> </ul>	✓	✓

## RESUMEN DE BENEFICIOS

RESUMEN DE BENEFICIOS			
	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE- IN THE COMMUNITY (HMO I-SNP)
<b>Hospital para pacientes hospitalizados*</b>	<p>Centros en nuestro plan:</p> <p>Para cada hospitalización cubierta por Medicare por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$1600 de deducible</b></li> <li>• <b>1 a 60 días: \$0 de copago</b></li> <li>• <b>61 a 90 días: \$400 de copago por día</b></li> <li>• <b>91 días en adelante: \$800 de copago</b> por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 de cada período de beneficios (hasta 60 días durante toda su vida).</li> <li>• <b>Después de los días de reserva de por vida: todos los costos.</b></li> </ul> <p>➤ <i>Con períodos de beneficios de Medicare</i></p>	✓	✓
<b>Hospital para pacientes ambulatorios*</b>	<p>Médicos y centros de nuestro plan:</p> <p><b>20% de coaseguro</b></p>	✓	✓
<b>Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios*</b>	<p>Médicos y centros de nuestro plan:</p> <p><b>20% de coaseguro</b></p>	✓	✓
<b>Visitas al médico: Atención primaria</b>	<p>Médicos y centros de nuestro plan:</p> <p><b>\$0.00 copago</b></p>	✓	✓
<b>Especialistas*</b>	<p><b>20% de coaseguro</b></p>	✓	✓
<b>Atención preventiva</b>	<p><b>\$0.00 de copago</b> por año por médicos y centros de nuestro plan.</p>	✓	✓

## RESUMEN DE BENEFICIOS

RESUMEN DE BENEFICIOS			
	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE– IN THE COMMUNITY (HMO I-SNP)
	<p><b>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, entre ellos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Visita anual de “bienestar”</li> <li>• Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento</li> <li>• Medición de masa ósea</li> <li>• Examen de detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Consulta para reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>• Examen de detección de enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</li> <li>• Examen de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>• Examen de detección de depresión</li> <li>• Examen de detección de diabetes</li> <li>• Examen de detección del VIH</li> <li>• Vacunas (neumonía, gripe, hepatitis, COVID-19)</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> <li>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</li> <li>• Examen de detección y asesoramiento de la obesidad</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer de</li> </ul>		

## RESUMEN DE BENEFICIOS

	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE- IN THE COMMUNITY (HMO I-SNP)
	próstata (PSA) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</li> <li>• Examen de detección de infecciones de transmisión sexual</li> <li>• Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco)</li> <li>• Cuidado de la visión</li> <li>• Visita preventiva de “bienvenida a Medicare” (una)</li> </ul>		
<b>Atención de emergencia</b>	<b>20% de coaseguro (hasta \$120 por visita)</b> ➤ <i>No pagará esta cantidad si ingresa en el hospital en 3 días por la misma afección.</i>	✓	✓
<b>Servicios de urgencia</b>	<b>20% de coaseguro (hasta \$65 por visita)</b> ➤ <i>No pagará esta cantidad si ingresa en el hospital en 3 días por la misma afección.</i>	✓	✓

**RESUMEN DE BENEFICIOS**

	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE– IN THE COMMUNITY (HMO I-SNP)
<b>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio, diagnóstico por imágenes*</b>	<p><b>20% de coaseguro por los siguientes servicios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)</li> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Radiografías de pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica (p. ej., radioterapia para el cáncer)</li> </ul>	✓	✓
<b>Servicios de audición</b>	<p>Médicos y centros de nuestro plan: <b>20% de coaseguro</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.</li> </ul>	✓	✓



**RESUMEN DE BENEFICIOS**

	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE- IN THE COMMUNITY (HMO I-SNP)
<b>Servicios odontológicos*</b>	<p><b>Beneficio odontológico adicional:</b></p> <p><b>\$3,500.00</b> por año por médicos y centros de nuestro plan para beneficios odontológicos preventivos e integrales.</p> <p><b><u>Servicios odontológicos preventivos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisación bucal cada 6 meses</li> <li>• Servicio de profilaxis cada 6 meses (limpieza)</li> <li>• Radiografías dentales una vez al año</li> </ul> <p><b><u>Servicios odontológicos integrales:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de diagnóstico</li> <li>• Servicios de restauración</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Extracciones</li> </ul> <p>Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios</p>	✓	✓
<b>Servicios de la visión</b>	<p>Médicos y centros de nuestro plan: <b>20% de coaseguro</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluido el examen de detección anual de glaucoma)</li> </ul>	✓	✓

**RESUMEN DE BENEFICIOS**

	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE– IN THE COMMUNITY (HMO I-SNP)
<b>Servicios de salud mental*</b>	<p><b><u>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados:</u></b></p> <p>Para cada hospitalización cubierta por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$1600 de deducible</b></li> <li>• <b>1 a 60 días:</b> \$0 de copago</li> <li>• <b>61 a 90 días:</b> \$400 de copago por día</li> <li>• <b>91 días en adelante:</b> \$800 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 (hasta 60 días durante toda su vida).</li> <li>• <b>Después de los días de reserva de por vida:</b> todos los costos.</li> </ul> <p><b>20% del monto aprobado por Medicare</b> por servicios de salud mental que recibe de médicos y otros proveedores mientras está internado en un hospital.</p> <p>➤ <i>Con períodos de beneficios de Medicare.</i></p> <p><b><u>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios:</u></b></p> <p><b>20% de coaseguro por servicios para pacientes ambulatorios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia grupal para paciente ambulatorio</li> <li>• Terapia individual para paciente ambulatorio</li> </ul>	✓	✓

## RESUMEN DE BENEFICIOS

RESUMEN DE BENEFICIOS			
	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE– IN THE COMMUNITY (HMO I-SNP)
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)*</b>	Para cada hospitalización por período de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1 a 20 días:</b> \$0 de copago</li> <li>• <b>21 a 100 días:</b> \$0 de copago por día</li> <li>• <b>101 días en adelante:</b> \$0 de copago.</li> </ul> <p>➤ <i>No se requiere autorización para Florida Complete Care (HMO I-SNP)</i></p>	✓	✓
<b>Fisioterapia*</b>	<b>20% de coaseguro</b>	✓	✓
<b>Ambulancia*</b>	<b>20% de coaseguro para ambulancia aérea y terrestre que no sea de emergencia</b>	✓	✓
<b>Transporte</b>	<b>Sin cobertura</b>	✓	✓
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare*</b>	<b>20% de coaseguro</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte B sin costo para usted.</b></li> <li>❖ <b>A partir del 1 de abril de 2023, los medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro más bajo. Es posible que pague el 20% por estos medicamentos.</b></li> <li>❖ <b>A partir del 1 de julio de 2023, no pagará más de \$35 por los productos de insulina cubiertos por la Parte B.</b></li> </ul>	✓	✓

## RESUMEN DE BENEFICIOS

RESUMEN DE BENEFICIOS			
	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE– IN THE COMMUNITY (HMO I-SNP)
<b>Servicios de podología (cuidado de los pies)*</b>	<p><b>20% de coaseguro</b> por servicios de podología como exámenes o tratamientos de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o necesita un tratamiento médico necesario para lesiones o enfermedades del pie, como dedo en martillo, juanetes y espolones en el talón.</p> <p><b>\$0 copago</b> por servicios suplementarios de cuidado de los pies de rutina Seis (6) visitas por año a un especialista de la red.</p> <p>Los servicios suplementarios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corte o corte de lesiones hiperqueratosis benignas (por ejemplo, maíz, verrugas, callos)</li> <li>• Recorte o desbridamiento de uñas</li> </ul>	✓	✓
<b>Equipo/Suministros médicos*</b>	<p><b>20% de coaseguro para:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</li> <li>• Suministros y servicios para la diabetes</li> <li>• Prótesis</li> </ul>	✓	✓

**RESUMEN DE BENEFICIOS**

	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	<b>FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)</b>	<b>FLORIDA COMPLETE CARE– IN THE COMMUNITY (HMO I-SNP)</b>
<b>BENEFICIOS ADICIONALES</b>	<p>Los beneficios adicionales son beneficios adicionales que nuestros planes brindan y que Medicare normalmente no cubre.</p> <p>Los beneficios enumerados con "SSBCI" son beneficios suplementarios especiales que se aplican a las siguientes afecciones: dependencia crónica del alcohol y otras drogas; Enfermedades autoinmunes; Cáncer; Enfermedades cardiovasculares; Insuficiencia cardíaca crónica; Demencia; Diabetes; Enfermedad hepática en etapa terminal; Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD); Enfermedades hematológicas graves; VIH/SIDA; Enfermedades pulmonares crónicas; Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes; Enfermedades neurológicas; Ataque cerebral.</p> <p>Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener más información.</p>		
<b>Artículos de venta sin receta</b>	<p>\$0.00 de copago por medicamentos de venta libre y sin receta y productos relacionados con la salud, hasta <b>\$325.00 por trimestre</b>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los montos de los medicamentos de venta libre no utilizados no se transfieren de un trimestre a otro.</li> </ul> <p>Para ordenar artículos cubiertos, puede visitar cualquier ubicación de CVS, hacer pedidos en línea o llamar al 1-888-628-2770.</p>	✓	

## RESUMEN DE BENEFICIOS

	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE– IN THE COMMUNITY (HMO I-SNP)
<b>Artículos de venta sin receta</b>	<p>\$0.00 de copago por medicamentos de venta libre y sin receta y productos relacionados con la salud, hasta <b>\$275.00 por trimestre</b>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los montos de los medicamentos de venta libre no utilizados no se transfieren de un trimestre a otro.</li> </ul> <p>Para ordenar artículos cubiertos, puede visitar cualquier ubicación de CVS, hacer pedidos en línea o llamar al 1-888-628-2770.</p>		✓
<b>Comidas para casos de emergencia*</b>	\$0.00 de copago por las comidas ofrecidas por una condición médica que requiere que el afiliado permanezca en casa por un período de tiempo. Incluye un paquete de 5 días de comidas estables disponibles hasta dos veces al año (2 comidas por día, un total de 20 comidas por año).	✓	✓
<b>Comidas posteriores al alta*</b>	\$0.00 de copago por comidas congeladas ofrecidas por hasta 14 días después del alta de un SNF o un entorno hospitalario (2 comidas por día, un total de 28 comidas por año).		✓
<b>Comidas preparadas en función de necesidades médicas – SSBCI*</b>	\$0.00 de copago por comidas que se adapten específicamente a las necesidades o restricciones de la dieta del afiliado por hasta 30 días (3 comidas por día y un total de 90 comidas al año).		✓
<b>Caja de productos frescos – SSBCI*</b>	\$0.00 de copago para afiliados elegibles. Los afiliados son elegibles para recibir <b>una caja de productos frescos que se entrega una vez al mes durante los tres meses</b> posteriores a la finalización del beneficio Medically Tailored Meals (comidas preparadas en función de necesidades médicas).		✓

RESUMEN DE BENEFICIOS			
	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE- IN THE COMMUNITY (HMO I-SNP)
<b>Asistencia legal-SSBCI*</b>	\$0.00 de copago por asistencia con servicios legales para obtener un poder notarial para las decisiones relacionadas con la atención médica. Cubre hasta <b>\$250.00</b> por honorarios legales <b>una vez en la vida.</b>	✓	✓
Los beneficios (Comidas Personalizadas, Productos y Asistencia Legal) mencionados anteriormente son parte de un programa suplementario especial para los enfermos crónicos. No todos los miembros califican.			
<b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE D</b>			
¿Cuál es el monto mi deducible de la Parte D?	<b>\$505.00</b> de deducible por año para medicamentos recetados de la Parte D. ➤ <i>Nota: Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de los medicamentos hasta que haya alcanzado el deducible anual.</i>	✓	✓

**RESUMEN DE BENEFICIOS**

	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE- IN THE COMMUNITY (HMO I-SNP)
<p><b>Etapa de cobertura inicial</b></p>	<p>Después de pagar su deducible anual, usted paga 25% de coaseguro hasta que el costo total anual de sus medicamentos alcance los <b>\$4,660.00</b>.</p> <p>El costo total anual de los medicamentos es el costo total de los medicamentos pagados por usted y por su plan de la Parte D.</p> <p><b>El coaseguro del 25%</b> se aplica a los costos compartidos para minoristas estándar, pedidos por correo, atención a largo plazo y servicios fuera de la red. El mismo coaseguro se aplica a un suministro de un mes y tres meses.</p> <p><i>Notas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red o mediante pedidos por correo.</i></li> <li>➤ <i>Si califica para el subsidio por bajos ingresos (LIS), también conocido como programa de "Ayuda adicional" de Medicare, la cantidad que paga puede ser diferente en esta etapa.</i></li> <li>➤ <i>La cobertura se limita a determinadas situaciones de costos compartidos fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 de la Evidencia de Cobertura.</i></li> <li>➤ <i>Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado su deducible.</i></li> </ul>	<p align="center">✓</p>	<p align="center">✓</p>



## RESUMEN DE BENEFICIOS

	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE– IN THE COMMUNITY (HMO I-SNP)
Etapa de interrupción de cobertura	<p>La mayoría de los afiliados no llegan a la etapa de interrupción de cobertura ni a la etapa de cobertura en caso de catástrofe.</p> <p>Permanece en la <b>etapa de cobertura inicial</b> hasta que el monto total de los medicamentos recetados que le surtieron y le repusieron alcance el <b>límite de \$4,660.00 de la etapa de cobertura inicial</b>.</p> <p>Durante esta etapa, paga el <b>25%</b> del precio negociado de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de despacho) y el <b>25%</b> del precio de los medicamentos genéricos.</p>	✓	✓
Etapa de cobertura en caso de catástrofe	<p>Después de que sus gastos directos de bolsillo anuales por medicamentos alcanzan <b>\$7,400.00</b>, usted paga el monto mayor de: <b>\$4.15</b> de copago por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y <b>\$10.35</b> de copago por cualquier otro medicamento o <b>5%</b> de coaseguro.</p>	✓	✓



## ¿Cómo puedo obtener más información sobre Medicare?

### Medicare & You (Medicare y Usted): una herramienta útil



Le recomendamos encarecidamente que obtenga una copia del manual Medicare & You (Medicare y Usted) oficial del gobierno de los EE. UU. para obtener las respuestas a todas sus preguntas sobre Medicare. Si no tiene una copia, puede verla en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llame a Medicare para obtener una copia al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

### Aviso de no discriminación

Florida Complete Care cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Florida Complete Care no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Florida Complete Care:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz, como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios de idiomas gratis a personas cuya lengua materna no es inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Afiliados.

Si cree que Florida Complete Care no ha brindado estos servicios o ha discriminado por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a: Servicios para Afiliados, 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526), los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede presentar una queja en persona o por correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, Servicios para Afiliados está disponible para ayudarle.

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-833-322-7526. Someone who speaks English/Language 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 1-833-322-7526. 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 1-833-322-7526。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 1-833-322-7526。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 1-833-322-7526. 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 1-833-322-7526. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-833-322-7526 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpflichtplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-322-7526. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-322-7526 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 1-833-322-7526. 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 بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-833-322-7526 فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على

**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 1-833-322-7526 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी 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 1-833-322-7526. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** 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 1-833-322-7526. 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 1-833-322-7526. 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 1-833-322-7526. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-833-322-7526 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。