



2025

Resumen de Beneficios

7484655551 - PBP 001-002



Florida complete care

Medicare Advantage y Parte D

Año del plan: 1 de enero - 31 de diciembre de 2025

Condados de Florida:

Alachua, Brevard, Broward, Duval, Escambia, Hillsborough, Indian River, Lee, Marion, Martin, Miami-Dade, Orange, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Polk, Santa Rosa, Sarasota, Seminole, St. Lucie y Volusia

Florida Complete Care (HMO I- SNP)

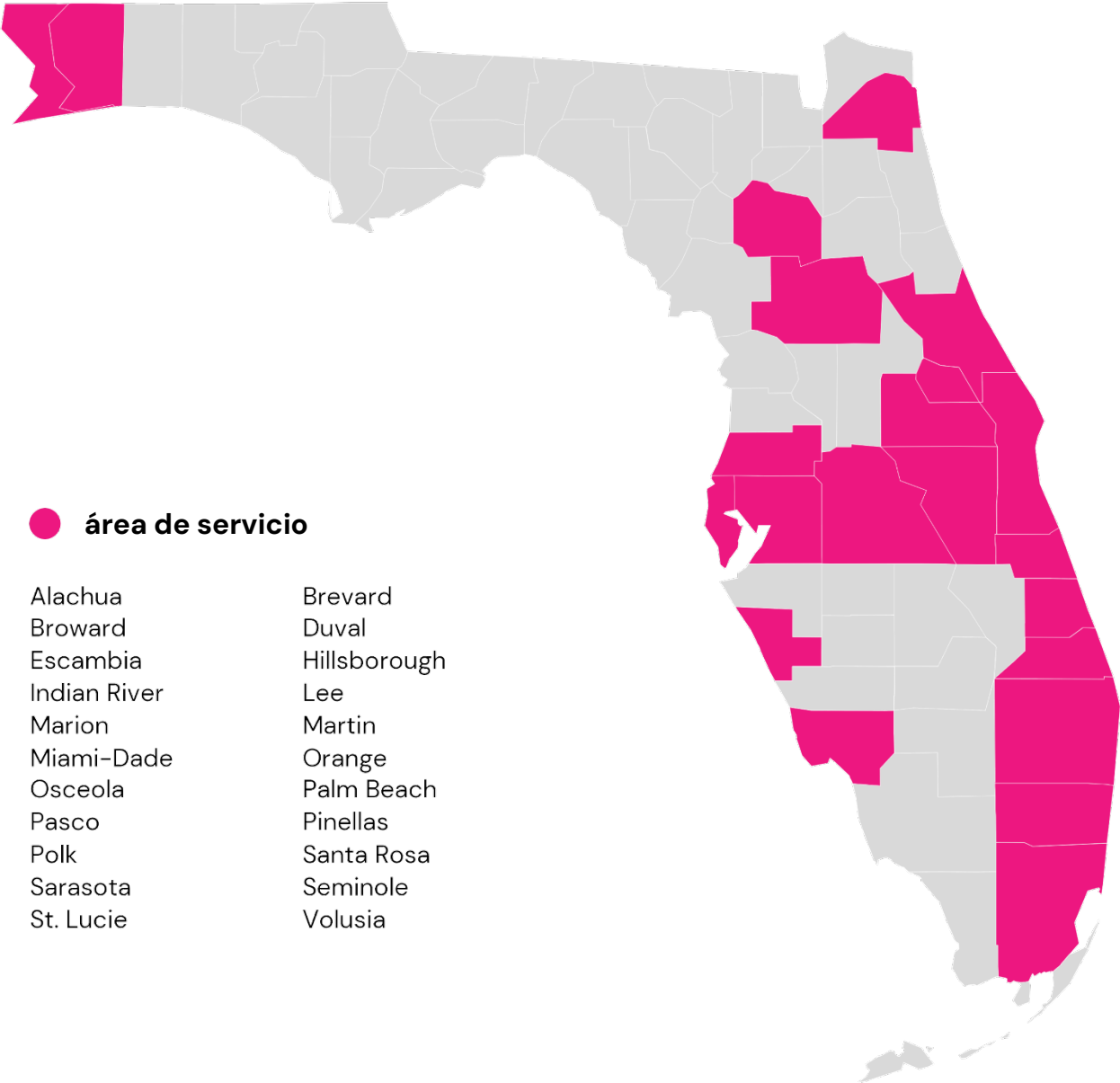
Florida Complete Care – In The Community (HMO-POS I- SNP)

Gracias por su interés en nuestros planes Medicare Advantage.

Florida Complete Care (HMO I-SNP) es un tipo especial de plan 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.

En 2025, Florida Complete Care- In The Community (HMO-POS I-SNP) será un plan HMO de punto de servicio (POS) I-SNP que le dará la libertad de elegir recibir atención de especialistas **dentro o fuera** de la red de Florida Complete Care para servicios médicos cubiertos en todo el estado de Florida.

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



● **área de servicio**

- Alachua
- Broward
- Escambia
- Indian River
- Marion
- Miami-Dade
- Osceola
- Pasco
- Polk
- Sarasota
- St. Lucie
- Brevard
- Duval
- Hillsborough
- Lee
- Martin
- Orange
- Palm Beach
- Pinellas
- Santa Rosa
- Seminole
- Volusia

Florida Complete Care (HMO I-SNP) y Florida Complete Care – In The Community (HMO-POS 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 inscripto 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 Florida Complete Care (HMO I- SNP), debe acudir a los médicos y los centros de nuestro plan. Si acude a 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 (HMO I- SNP), excepto en situaciones de emergencia.

El plan de punto de servicio de Florida Complete Care – In The Community (HMO-POS I- SNP) le permite elegir entre médicos dentro de la red (médicos que participan en nuestro plan) o fuera de la red (médicos que no participan en nuestro plan). El costo compartido de los servicios prestados por médicos que no participan en nuestro plan se incluye en este documento.

La información de beneficios incluida en este documento es un resumen detallado de lo que cubrimos y lo que usted paga por cada plan. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame a Servicios para Afiliados o consulte su Evidencia de cobertura para ver una descripción completa de los beneficios, incluido el costo compartido, al que puede acceder en nuestro sitio web aquí: [FC2healthplan.com](https://www.fc2healthplan.com).

Los beneficios marcados con un asterisco (*) requieren autorización previa para que pueda usarlos. Autorización previa significa que debe obtener la aprobación de Florida Complete Care antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o consultar a un proveedor fuera de la red. Es posible que Florida Complete Care no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación. Si necesita atención urgente, de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, no necesita obtener una aprobación primero.

Los beneficios marcados con un doble asterisco (**) son parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Los beneficios indicados con "SSBCI" son beneficios complementarios especiales que se aplican a las siguientes enfermedades: Cáncer; enfermedades cardiovasculares; insuficiencia cardíaca crónica; demencia; diabetes; enfermedades pulmonares crónicas; enfermedades mentales crónicas e incapacitantes. Hay otras enfermedades elegibles que no se enumeran aquí. La cobertura para artículos o servicios depende de su enfermedad crónica y de los criterios de cobertura del plan.

Extra Help (ayuda adicional) es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus costos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Extra Help también se conoce como "Subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

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. Se debe pagar el deducible de 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.
- Puede obtener más información sobre nosotros en nuestro sitio web: [FC2healthplan.com](https://www.FC2healthplan.com)

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

Florida Complete Care: beneficios cubiertos por Medicare y adicionales

Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE– IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
¿Cuál es el monto de mi prima ?	<p>\$20.30 por mes</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.</i> • <i>Si recibe “Extra Help” (ayuda adicional) de Medicare, la prima mensual de su plan será más baja o es posible que no pague nada.</i> 	✓	✓
¿Cuál es el monto de mi deducible ?	<p>Este plan no tiene deducible por atención médica.</p> <p>\$590.00 de deducible por año para medicamentos recetados de la Parte D excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p>	✓	✓

Florida Complete Care: beneficios cubiertos por Medicare y adicionales

Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE- IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
<p>¿Hay 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>\$3,400.00 por año por médicos y centros de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <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> • <i>Los servicios que recibe de médicos o centros de nuestro plan (o fuera de la red para POS) 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> • <i>Tenga en cuenta que debe pagar la prima mensual de medicamentos recetados de la Parte D.</i> 	✓	✓

Florida Complete Care: beneficios cubiertos por Medicare y adicionales

Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE– IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
Hospital para pacientes hospitalizados*	<p>Centros en nuestro plan:</p> <p>Para cada hospitalización cubierta por Medicare por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● \$1,676 de deducible ● 1 a 60 días: (de cada período de beneficios) \$0 de copago después de alcanzar su deducible de la Parte A ● 61 a 90 días: (de cada período de beneficios) copago de \$419 por día ● 91 días en adelante: (de cada período de beneficios) copago de \$838 por cada "día de reserva de por vida" después del día (hasta 60 días durante toda su vida). ● Después de utilizar todos los días de su reserva de por vida, paga todos los costos. <p>➤ <i>Se aplican los períodos de beneficios de Medicare</i></p>	✓	✓
Hospital para pacientes ambulatorios*	Paga un coseguro del 20%	✓	✓

Florida Complete Care: beneficios cubiertos por Medicare y adicionales

Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE– IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios*	Paga un coseguro del 20%	✓	✓
Visitas al médico: Atención primaria	Paga un copago de \$0.00	✓	✓
Especialistas	<i>Médicos dentro y fuera de la red: Paga un coseguro del 20%</i>	✓	✓
Atención preventiva	<p>Paga un copago de \$0.00</p> <p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, entre ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal ● Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento ● Prueba de biomarcadores en sangre ● Medición de densidad ósea ● Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares ● Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) ● Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino ● Examen de detección de cáncer colorrectal (prueba de ADN en materia fecal con múltiples objetivos, enemas de bario, colonoscopias, pruebas de 	✓	✓

Florida Complete Care: beneficios cubiertos por Medicare y adicionales

Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE- IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
	<p>sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopias flexibles)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco ● Examen de detección de depresión ● Exámenes de detección de diabetes ● Capacitación sobre autocontrol de la diabetes ● Pruebas de glaucoma ● Vacunas contra la hepatitis B ● Análisis de detección de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) ● Análisis de detección de la hepatitis C ● Análisis de detección del VIH ● Exámenes de detección de cáncer de pulmón ● Mamografías (examen de detección) ● Servicios de terapia de nutrición 		

Florida Complete Care: beneficios cubiertos por Medicare y adicionales

Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE- IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
	<p>médica</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Programa de prevención de la diabetes de Medicare ● Terapia conductual para la obesidad ● Visita preventiva única de “bienvenida a Medicare” ● Exámenes de detección de cáncer de próstata ● Exámenes de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual ● Inyecciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vacunas contra el COVID-19 ○ Vacunas contra la gripe ○ Vacunas contra la hepatitis B ○ Vacunas antineumocócicas ● Visita anual de “bienestar” 		

Florida Complete Care: beneficios cubiertos por Medicare y adicionales			
Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE- IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
Atención de emergencia	<p>Paga un coseguro del 20% (hasta \$120 por visita)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No pagará esta cantidad si ingresa en el hospital en 3 días por la misma afección. 	✓	✓
Servicios de urgencia	<p>Paga un coseguro del 20% (hasta \$65 por visita)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No pagará esta cantidad si ingresa en el hospital en 3 días por la misma afección. 	✓	✓
Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/ Diagnóstico por imágenes*	<p>Paga un coseguro del 20% por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancias magnéticas, tomografías computarizadas) • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Servicios de laboratorio • Radiografías de pacientes ambulatorios • Servicios de radiología terapéutica (p. ej., radioterapia para el cáncer) 	✓	✓

Florida Complete Care: beneficios cubiertos por Medicare y adicionales

Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE- IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
Servicios de audición	Paga un coseguro del 20% por todos los servicios cubiertos por Medicare	✓	✓

<p>Servicios odontológicos*</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Su plan cubre hasta \$3,650.00 de asignación cada año (\$912.50 por trimestre) para servicios odontológicos preventivos e integrales no cubiertos por Medicare, incluidos:</p> <p><u>Servicios odontológicos preventivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisación bucal cada 6 meses ● Servicio de profilaxis cada 6 meses (limpieza) ● Radiografías dentales una vez al año <p><u>Servicios odontológicos integrales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios de diagnóstico ● Servicios de restauración ● Endodoncia ● Periodoncia ● Extracciones ● Servicios de implantes <p>Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios</p> <p>Los montos no utilizados se transfieren de un trimestre a otro</p> <p>Usted es responsable de cualquier monto que supere el límite de la cobertura odontológica</p>	<p>✓</p>	
--	---	----------	--

Servicios odontológicos*	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Su plan cubre hasta \$3,450.00 de asignación cada año (\$862.50 por trimestre) para servicios odontológicos preventivos e integrales no cubiertos por Medicare, incluidos:</p> <p>Servicios odontológicos preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisación bucal cada 6 meses • Servicio de profilaxis cada 6 meses (limpieza) • Radiografías dentales una vez al año <p>Servicios odontológicos integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Servicios de implantes <p>Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios</p> <p>Los montos no utilizados se transfieren de un trimestre a otro</p> <p>Usted es responsable de cualquier monto que supere el límite de la cobertura odontológica</p>		✓
Servicios de la visión	Paga el 20% por todos los servicios	✓	✓

Florida Complete Care: beneficios cubiertos por Medicare y adicionales

Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE- IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
	cubiertos por Medicare por médicos y centros de nuestro plan		

<p>Servicios de salud mental*</p>	<p><u>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados:</u></p> <p>Para cada hospitalización cubierta por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● \$1,676 de deducible ● 1 a 60 días: (de cada período de beneficios) \$0 de copago después de alcanzar su deducible de la Parte A ● 61 a 90 días: (de cada período de beneficios) copago de \$419 por día ● 91 días en adelante: (de cada período de beneficios) copago de \$838 por cada "día de reserva de por vida" después del día (hasta 60 días durante toda su vida). ● Después de utilizar todos los días de su reserva de por vida, paga todos los costos. <p>20% del monto aprobado por Medicare por servicios de salud mental que recibe de médicos y otros proveedores mientras está internado en un hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Se aplican los períodos de beneficios de Medicare.</i> <p><u>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios:</u></p> <p>20% de coseguro por servicios para pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Terapia grupal para paciente ambulatorio 	✓	✓
--	--	---	---

Florida Complete Care: beneficios cubiertos por Medicare y adicionales

Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE– IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia individual para paciente ambulatorio 		
<p>MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE D ¿Cuál es el monto mi deducible de la Parte D?</p>	<p>\$590.00 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></p> <p>El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajeros.</p>	✓	✓

<p>Etapas de cobertura inicial</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1:</p> <p>Paga el 25% del costo total.</p> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de bolsillo para los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura en caso de catástrofe).</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>El coseguro del 25% se aplica a los costos compartidos para minoristas estándar, pedidos por correo, atención a largo plazo y servicios fuera de la red. El mismo coseguro se aplica a un suministro de un mes y tres meses.</p> <p><i>Notas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red o mediante pedidos por correo.</i> ● <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> ● <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> 	✓	✓
---	---	---	---

Florida Complete Care: beneficios cubiertos por Medicare y adicionales			
Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE- IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
	<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>		
Etapas de cobertura en caso de catástrofe	Una vez que sus costos anuales de bolsillo en medicamentos alcancen los \$2,000.00, a partir de 2025, si llega a la etapa de cobertura en caso de catástrofe, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.	✓	✓
Centro de enfermería especializada (SNF)*	<p>Para cada hospitalización por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1-20 copago \$0 (Nota: si tiene un plan Medicare Advantage, es posible que se le cobren copagos durante los primeros 20 días. (Póngase en contacto con el plan para obtener más información) • Días 21-100 \$209.50 cada día • 101 días en adelante: copago \$0 <p>La Parte A limita la cobertura a 100 días en cada período de beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>No se requiere autorización para Florida Complete Care (HMO I-SNP)</i> 	✓	✓

Florida Complete Care: beneficios cubiertos por Medicare y adicionales

Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE- IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
Fisioterapia*	Paga el 20% de todos los servicios cubiertos por Medicare	✓	✓
Ambulancia*	Paga un coseguro del 20% para ambulancia aérea y terrestre que no sea de emergencia	✓	✓
Transporte	Sin cobertura	✓	✓
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	Paga entre 0 y 20% de coseguro	✓	✓

Florida Complete Care: beneficios cubiertos por Medicare y adicionales

Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE- IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
<p>Servicios de podología (cuidado de los pies)*</p>	<p>Paga un coseguro del 20% 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>Paga \$0 por los servicios complementarios de cuidado rutinario de los pies.</p> <p>Seis (6) visitas por año a un especialista dentro de la red.</p> <p>Los servicios complementarios cubiertos incluyen:</p> <p>Corte o eliminación de lesiones hiperqueratósicas benignas (p. ej., callos, verrugas, callosidades)</p> <p>Recorte o desbridamiento de uñas</p>	<p>✓</p>	

Florida Complete Care: beneficios cubiertos por Medicare y adicionales

Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE- IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
<p>Servicios de podología (cuidado de los pies)</p>	<p>Paga un coseguro del 20% 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>Paga \$0 por los servicios complementarios de cuidado rutinario de los pies.</p> <p>Seis (6) visitas por año a un especialista dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios complementarios cubiertos incluyen:</p> <p>Corte o eliminación de lesiones hiperqueratósicas benignas (p. ej., callos, verrugas, callosidades)</p> <p>Recorte o desbridamiento de uñas</p>		<p>✓</p>
<p>Equipo/Suministros médicos*</p>	<p>Paga un coseguro del 20% para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) ● Suministros y servicios para la diabetes ● Prótesis 	<p>✓</p>	<p>✓</p>

Florida Complete Care: beneficios cubiertos por Medicare y adicionales

Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE- IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
Servicios quiroprácticos*	<p>Paga un coseguro del 20%</p> <p>Para ayudar a corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna se desplazan de su posición) mediante la manipulación de la columna.</p>	✓	✓
Diálisis*	<p>Paga un coseguro del 20%</p> <p>Cubierto tres veces por semana si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD). Esto incluye medicamentos para diálisis, pruebas de laboratorio, capacitación en diálisis en el hogar y equipos y suministros relacionados.</p>	✓	✓
Salud en el hogar*	<p>Paga un coseguro del 20%</p> <p>Cubierto cuando usted está confinado en su hogar; bajo un plan de tratamiento establecido y con revisión periódica de un médico; y en necesidad de atención de enfermería especializada o terapia intermitente.</p>	✓	✓
Terapia ocupacional*	<p>Paga un coseguro del 20%</p>	✓	✓
Terapia respiratoria*	<p>Paga un coseguro del 20%</p>	✓	✓
Servicios para trastornos del habla y del lenguaje*	<p>Paga un coseguro del 20%</p>	✓	✓

Florida Complete Care: Beneficios complementarios

Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE– IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
Suministros de venta libre	<p>\$0.00 de copago por medicamentos de venta libre y sin receta y productos relacionados con la salud, hasta \$350.00 por trimestre.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los montos de los medicamentos de venta libre no utilizados no se transfieren de un trimestre a otro. <p>Para solicitar artículos cubiertos, puede visitar cualquier sucursal de CVS, realizar pedidos en línea o llamar al 1-888-628-2770.</p>	<p align="center">✓</p>	

Florida Complete Care: Beneficios complementarios

Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE- IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
<p>Suministros de venta libre Beneficios de la tarjeta Flex</p>	<p>\$0.00 de copago por medicamentos de venta libre y sin receta y productos relacionados con la salud, hasta \$40.00 por mes.</p> <p>Este beneficio se proporciona a través de una tarjeta de débito, que asigna \$40.00 para gastos de venta libre por mes.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los montos de los medicamentos de venta libre no utilizados no se transfieren de un mes a otro. Este beneficio se proporciona a través de una tarjeta de débito. <p>Para solicitar artículos cubiertos, puede visitar cualquier sucursal de CVS, realizar pedidos en línea o llamar al 1-855-788-3466.</p>		<p align="center">✓</p>
<p>Comidas para casos de emergencia*</p>	<p>\$0.00 de copago por comidas que se ofrecen en caso de una afección que requiera que el afiliado permanezca en casa por cierto período. Incluye un paquete de 5 días de comidas o alimentos no perecederos disponible hasta dos veces al año (2 comidas por día, un total de 20 comidas por año).</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Se requiere autorización para Florida Complete Care (HMO I-SNP)</i> 	<p align="center">✓</p>	<p align="center">✓</p>

Florida Complete Care: Beneficios complementarios

Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE- IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
Comidas posteriores al alta	\$0.00 de copago por comidas congeladas ofrecidas hasta 14 días después del alta de un centro de enfermería especializada o de un hospital (2 comidas por día, un total de 28 comidas por año).		✓
Comidas preparadas según las necesidades médicas* - SSBCI**	\$0.00 de copago por beneficio, incluye comidas congeladas adaptadas específicamente a las necesidades o restricciones de la dieta del afiliado por hasta 30 días (3 comidas por día, un total de 90 comidas al año).		✓
Caja de productos frescos* SSBCI**	\$0.00 de copago para afiliados elegibles para recibir una caja de productos frescos que se entrega una vez al mes durante los tres meses posteriores a la finalización de los 30 días de comidas congeladas.		✓
Beneficios de la tarjeta Flex Asistencia alimentaria saludable SSBCI**	El beneficio incluye \$70.00 por mes para la compra de alimentos saludables en tiendas participantes cercanas. Los montos de los alimentos saludables no utilizados no se transfieren de un mes a otro. Este beneficio se proporciona a través de una tarjeta de débito. Llame al 1-855-788-3466 para obtener más información.		✓

Florida Complete Care: Beneficios complementarios

Servicio/Beneficio	En esta columna se muestra lo que usted pagará.	FLORIDA COMPLETE CARE (HMO I-SNP)	FLORIDA COMPLETE CARE– IN THE COMMUNITY (HMO-POS I-SNP)
Atención avanzada a domicilio (visitas domiciliarias especializadas) * SSBCI **	Este beneficio cubre la atención médica domiciliaria del afiliado que de otra manera no está cubierta por Medicare para brindar una alternativa a recibir o seguir recibiendo la atención de agudos en un hospital para determinadas enfermedades. Pueden aplicarse requisitos de autorización previa.		✓
Asistencia legal- SSBCI**	\$0.00 de copago por asistencia con servicios legales para obtener un poder notarial para las decisiones relacionadas con la atención médica. Cubre hasta \$250.00 por honorarios legales una vez en la vida.	✓	✓

¿Cómo puedo obtener más información sobre Medicare?

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



Le recomendamos encarecidamente que obtenga una copia del documento oficial 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 [medicare.gov](https://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.

ATTENTION: Si habla español, cuenta con servicios de asistencia lingüística sin cargo. Llame al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526)/(TTY: 1-877-486-2048).

Anexo en varios idiomas

Servicios de intérprete en varios 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 1-833-322-7526; TTY: 711. 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; 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 1-833-322-7526; 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 1-833-322-7526; 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 1-833-322-7526; 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 1-833-322-7526; TTY: 711. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-833-322-7526; TTY: 711 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-322-7526; TTY: 711. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Formulario CMS-10802
(Vence el 31/12/25)

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-322-7526; 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 1-833-322-7526; 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 1-833-322-7526، TTY:711. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه 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 1-833-322-7526; TTY: 711 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; 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 1-833-322-7526; 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 1-833-322-7526; 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 1-833-322-7526; TTY: 711. Ta usługa jest bezpłatna.

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

Aviso de no discriminación

Florida Complete Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual descrita en 45 CFR § 92.101(a)(2)) (o sexo, incluidas las características sexuales, los rasgos intersexuales; embarazo o condiciones relacionadas; orientación sexual; identidad de género y estereotipos sexuales). **Florida Complete Care** no excluye a las personas o las trata diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Florida Complete Care:

Proporciona a las personas con discapacidades las modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares gratuitos y apropiados 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 asistencia de idiomas gratis a personas cuya lengua materna no es inglés, que pueden incluir:

Intérpretes calificados

Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia de idiomas, comuníquese con **Jennifer Fagundo**.

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:

Jennifer Fagundo, Senior Director of Medicare Operations

4601 SW 77th Avenue

Miami, FL 33166

(888) 262-1292, 711 (TTY)

1-800-887-2838 fax

JFagundo@ilshealth.com

Puede presentar una queja personalmente o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, **Jennifer Fagundo, directora sénior de Operaciones de Medicare**, está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Florida complete care