Más opciones, mejor atención. **Esa es nuestra Ventaja.**

2027

# Resumen de beneficios

## CareOregon Advantage **Plus** (HMO D-SNP)

Para los condados de Oregón: Clackamas, Columbia, Jackson, Multnomah y Washington

CareOregon® Advantage

CareOregon Advantage

# CareOregon Advantage **Plus** (HMO D-SNP)

(Health Maintenance Organization [HMO, Organización de Mantenimiento de la Salud] de Medicare Advantage ofrecida por HEALTH PLAN OF CAREOREGON, INC. con un contrato de Medicare).

# Resumen de beneficios

*Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027*

Este manual le da un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No incluye todos los servicios que cubrimos ni menciona todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pídanos la "Evidencia de cobertura".

Para inscribirse en **CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)**, usted debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito(a) en Medicare Parte B y el Oregon Health Plan (Medicaid), y vivir dentro de nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Oregon: Clackamas, Columbia, Jackson, Multnomah y Washington.

Este plan es un Dual-Eligible Special Needs Plan (D-SNP, Plan de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad) para las personas que tienen Medicare y Medicaid. Generalmente, usted no paga nada, a excepción de los copagos de los medicamentos recetados de la Parte D. Puede inscribirse en este plan si se encuentra en una de estas categorías de Medicaid:

- Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+, Beneficiario Calificado de Medicare Plus)
- Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB+, Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos de Medicare Plus)

Puede llamar a nuestro Departamento de Atención al Cliente al 503-416-4279 o a la línea gratuita 888-712-3258 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Nuestro sitio web es ***careoregonadvantage.org***

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual actual de "**Medicare & You**" (Medicare y usted). Puede verlo en línea en ***medicare.gov*** o puede obtener una copia llamando a 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

**CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)** cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Para algunos servicios, puede usar proveedores que no son parte de nuestra red.

Puede encontrar más información sobre nuestras redes en los siguientes directorios:

- Directorio de proveedores: ***careoregonadvantage.org/providersearch***
- Directorio de farmacias: ***careoregonadvantage.org/pharmacy***
- Formulario (lista de medicamentos cubiertos de la Parte D): ***careoregonadvantage.org/druglist***

También puede llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias o de la lista de medicamentos cubiertos.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, letra grande o audio. Este documento también está disponible en ruso, chino simplificado, chino tradicional, español y vietnamita.

*CareOregon Advantage Plus es un HMO D-SNP con un contrato de Medicare/Medicaid. La inscripción en CareOregon Advantage Plus depende de la renovación del contrato.*

## Discriminar es ilegal

CareOregon Advantage cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina con base en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo. CareOregon Advantage no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

CareOregon Advantage:

- Brinda apoyos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se puedan comunicar eficazmente con nosotros, tales como:
  - » Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
  - » Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - » Intérpretes calificados.
  - » Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita dichos servicios, comuníquese con el Servicio al Cliente de CareOregon Advantage.

Si usted cree que CareOregon Advantage no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja con el:

Coordinador de quejas formales
315 SW Fifth Ave Portland, OR 97204
Línea gratuita: 888-712-3258
Fax: 503-416-1313 TTY 711
Correo electrónico: ***customerservice@careoregon.org***

Puede presentar una queja en persona, por correo postal, fax o correo electrónico.

Si necesita ayuda para presentar una reclamación, el Servicio al Cliente está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles en U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos), de forma electrónica, a través del Office for Civil Rights Complaint Portal (Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles), disponible en: ***ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf***, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en
***hhs.gov/ocr/office/file/index.html***

## Resumen de beneficios de **CareOregon Advantage Plus para 2027**

Esta sección no incluye todos los servicios cubiertos por Medicare o Medicaid, ni menciona todas las limitaciones o exclusiones. Los miembros de CareOregon Advantage Plus deben tener Medicare y el Oregon Health Plan (Medicaid) para ser elegibles. Si pierde su elegibilidad para Medicaid durante el año, ya no recibirá los beneficios de Medicaid y tendrá que pagar la prima o los costos compartidos de Medicare que Medicaid cubre normalmente.

| Primas y beneficios | CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP) |
|---|---|
| **Prima mensual** | Usted paga **$0** |
| **Deducible médico** | Usted paga **$0** |
| **Cantidad máxima de su propio bolsillo** *(no incluye medicamentos recetados)* | **$9.850**<br>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo hacia el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B. |
| **Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados** | Usted paga **$0**<br>Puede requerir autorización previa o una remisión de su médico. |
| **Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios** | Usted paga **$0** por:<br>• Consulta en el centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare<br>• Consulta en un hospital ambulatorio cubierta por Medicare<br>Puede requerir autorización previa o una remisión de su médico. |

| Primas y beneficios | CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP) |
|---|---|
| **Visitas al consultorio médico** | Usted paga **$0** por:<br>• Consulta con un médico de atención primaria<br>• Consulta con especialistas<br>• Examen físico de rutina<br>Algunos servicios pueden requerir una remisión de su médico de atención primaria. |
| **Atención preventiva** | Usted paga **$0** |
| **Atención de emergencia** | Usted paga **$0** |
| **Servicios urgentemente necesarios** | Usted paga **$0** |
| **Diagnóstico por imágenes, pruebas y procedimientos** | Usted paga **$0** por:<br>• Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, resonancias magnéticas o tomografías)<br>• Exámenes y procedimientos diagnósticos<br>• Servicios de laboratorio<br>• Radiografías para pacientes ambulatorios<br>• Servicios de radiología terapéutica (por ejemplo, tratamiento de radiación para el cáncer) |

| Primas y beneficios | CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP) |
|---|---|
| **Servicios de audición** | Usted paga **$0** por:<br>• Examen del oído<br>• Audífonos (hasta 2 dispositivos cada 5 años)<br>• Baterías para aparatos auditivos (60 por año calendario)<br>Puede requerir autorización previa o una remisión de su médico.<br>Los audífonos y las baterías están cubiertos en sus beneficios de Medicaid. |
| **Servicios odontológicos** | Usted paga **$0** por:<br>Los **servicios estándares** bajo la cobertura de Medicaid incluyen:<br>• Exámenes y rayos-X (incluye detección de cáncer bucal)<br>• Limpiezas y tratamientos con flúor<br>• Rellenos<br>• Extracción dental<br>• Dentaduras (completas y parciales)<br>• Ajustes de dentaduras, reemplazo de dientes postizos perdidos o rotos<br>• Limpiezas profundas para problemas de encías<br>• Atención dental de emergencia<br>Es posible que se requiera derivación o autorización previa para los servicios estándar |

| Primas y beneficios | CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP) |
|---|---|
| **Servicios oftalmológicos** | Usted paga **$0** por:<br>**Estándar:**<br>• Exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos, incluida una evaluación anual de glaucoma<br>• Un par de anteojos (lentes y monturas) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas<br>Es posible que se requiera derivación o autorización previa para los servicios estándar<br>**Suplementario:**<br>• Un examen de rutina de la vista cada 12 meses<br>• Elección de monturas de anteojos (hasta $175) o lentes de contacto (hasta $100)<br>• Los lentes para anteojos (unifocales, bifocales o trifocales) y los cambios (para cualquier categoría de lentes progresivos o de alto índice) están cubiertos totalmente |
| **Servicios de salud mental** | Usted paga **$0**<br>**Servicios de hospitalización** la salud mental para pacientes internados puede requerir una remisión o autorización previa a menos que sea una emergencia<br>**Servicios para pacientes ambulatorios**: sesiones de terapia individual y grupal |

| Primas y beneficios | CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP) |
|---|---|
| **Acupuntura** | Usted paga **$0**<br>Está cubierto por los beneficios de Medicare para el dolor de espalda baja. Está cubierto por los beneficios de Medicaid para diagnósticos adicionales. Para obtener más información, consulte Evidence of Coverage (Evidencia de Cobertura).<br>Se requiere autorización. Los límites varían según el diagnóstico. |
| **Ambulancia** | Usted paga **$0** |
| **CareOregon Advantage CareCard** | Usted paga **$0**<br>La CareCard les permite a los miembros acceder a tres categorías separadas de beneficios llamadas "wallets" (carteras) para los siguientes beneficios:<br>**Para todos los afiliados:**<br>• Reciba **$70** cada tres meses (**$280** al año) para artículos de salud sin receta<br>**Para los afiliados que cumplen los requisitos:**<br>• Reciba **$225** cada tres meses (**$900** al año) para alimentos saludables. Consulte el beneficio de SSBCI, en la página 9, para obtener más información.<br>• Recompensas por completar actividades saludables Consulte la página 11 sobre Recompensas e incentivos para obtener más información. |
| **Servicios quiroprácticos** | Usted paga **$0**<br>Puede requerir autorización previa o una remisión de su médico. |

| Primas y beneficios | CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP) |
|---|---|
| **Suministros y servicios para la diabetes*** | Usted paga **$0** por:<br>• Capacitación para la autogestión de la diabetes<br>• Zapatos o insertos terapéuticos<br>• Suministros para el control de la diabetes<br>Puede requerir autorización previa o una remisión de su médico. |
| **Equipo médico duradero** | Usted paga **$0**<br>Incluye artículos como sillas de ruedas, muletas, andaderas y equipo de oxígeno.<br>Puede requerir autorización previa o una remisión de su médico. |
| **Enfermedad renal en etapa terminal** | Usted paga **$0** por:<br>• Educación sobre la enfermedad renal<br>• Diálisis para pacientes ambulatorios<br>• Diálisis para pacientes internados<br>• Capacitación, equipo y apoyo para la autodiálisis<br>Puede requerir autorización previa o una remisión de su médico. |
| **Cuidado de los pies** (servicios de podiatría) | Usted paga **$0** por:<br>• Exámenes y tratamiento para los pies<br>• Atención de rutina para los pies<br>Puede requerir autorización previa o una remisión de su médico. |

*Los miembros que reciban estos artículos en la farmacia y que no tengan Medicaid de CareOregon también deben presentar su tarjeta de Medicaid para evitar costos compartidos.

| Primas y beneficios | CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP) |
|---|---|
| **Atención médica de afirmación de sexo** | Usted paga **$0**<br>Cubiertos bajo los beneficios de Medicaid y con base en las guías de OHP. Se deben cumplir ciertos requisitos para recibir los servicios. |
| **Programas de educación sobre salud y bienestar** | Usted paga **$0**<br>Programa de acondicionamiento físico: incluye una membresía al gimnasio en ubicaciones participantes de Silver&Fit®. Puede seleccionar un kit para hacer ejercicio en el hogar cada año de beneficios. |
| **Asistencia con determinadas afecciones crónicas** | Usted paga **$0**<br>Para las personas diagnosticadas con hipertensión, un dispositivo de supervisión de la presión arterial cada 24 meses. |
| **Atención médica domiciliaria** | Usted paga **$0**<br>Incluye la atención médica necesaria de parte de personal de enfermería especializada y auxiliares de atención médica a domicilio para los servicios de rehabilitación cubiertos por Medicaid.<br>Puede requerir autorización previa. |
| **Cuidados paliativos** | Usted paga **$0** |
| **Suministros para la incontinencia** | Usted paga **$0**<br>Cubiertos bajo los beneficios de Medicaid. |

| Primas y beneficios | CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP) |
|---|---|
| **Servicios de apoyo en casa** | Usted paga **$0**<br>Hasta 60 horas por año con PapaPals. Este beneficio apoya a los miembros con sus actividades instrumentales de la vida cotidiana, por ejemplo, transporte, compra de víveres y preparación de alimentos. El personal de apoyo también puede cubrir las necesidades de soporte tecnológico y ayudar a los miembros a acceder a los beneficios (por ejemplo, activar su CareCard, programar transporte médico de no emergencia, etc.), además de apoyar con las necesidades sociales. |
| **Meal Delivery Program (Programa de Entrega de Comidas)** | Usted paga **$0**<br>Después de que lo(a) den de alta de un hospital, centro de rehabilitación o centro de enfermería especializada, usted es elegible para recibir hasta 14 días de comidas entregadas a domicilio (un máximo de 28 comidas, o dos comidas por día).<br>Solo disponible para afiliados cuyo Medicaid es gestionado por CareOregon. Se requiere una remisión. |
| **Medicamentos de Medicare Parte B*** | Usted paga **$0**<br>Incluye quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B<br>Puede requerir autorización previa o una remisión de su médico. |

*Los miembros que reciban estos artículos en la farmacia y que no tengan Medicaid de CareOregon también deben presentar su tarjeta de Medicaid para evitar costos compartidos.

| Primas y beneficios | CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP) |
|---|---|
| **Otros servicios del Oregon Health Plan** | Usted paga **$0**<br>Servicios que están cubiertos por el estado y no por su plan de atención de salud administrado por Medicaid, incluidos los abortos y los servicios de muerte digna. |
| **Medicamentos de venta libre** | Usted paga **$0**<br>Medicamentos selectos de venta sin receta, vitaminas y minerales cuando se tiene una receta cubierta por los beneficios de Medicaid. |
| **Fisioterapia** | Usted paga **$0**<br>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla/del lenguaje.<br>Puede requerir autorización previa o una remisión de su médico. |
| **Personal Emergency Response System (PERS, Sistema Personal de Respuesta en Caso de Emergencia)** | Usted paga **$0**<br>Unidad de supervisión en el hogar con una opción de brazalete o collar que incluye supervisión las 24 horas al día, los 7 días de la semana. |
| **Aparatos prostéticos y suministros relacionados** | Usted paga **$0**<br>Puede requerir autorización previa o una remisión de su médico. |

| Primas y beneficios | CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP) |
|---|---|
| **Vacunas de rutina** | Usted paga **$0** |
| **Centro de enfermería especializada** | Usted paga **$0**<br>Puede requerir autorización previa o una remisión de su médico. |
| **Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI)** | Usted paga **$0**<br>Los miembros que cumplen los requisitos reciben $225 cada tres meses ($900 al año) cargados en su CareCard para comprar alimentos saludables.<br>Este beneficio forma parte de un programa de beneficios especiales llamado Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI, Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas). Los miembros con las siguientes afecciones pueden acceder al beneficio: un diagnóstico confirmado de diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar crónica, trastornos neurológicos y otras afecciones similares. Las condiciones de elegibilidad no se basan únicamente en estos requisitos. Para que se conceda este beneficio, deben cumplirse todos los requisitos de elegibilidad. Para más información, consulte la Evidence of Coverage (EOC, Evidencia de Cobertura) de 2027 o llame a Servicio al cliente. |

| Primas y beneficios | CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP) |
|---|---|
| **Servicios para el abuso de sustancias** | Usted paga **$0**<br>Incluye servicios para pacientes internados y ambulatorios (terapia individual o grupal)<br>Puede requerir autorización previa o una remisión de su médico. |
| **Transporte** | Usted paga **$0** por:<br>• Transporte ilimitado para las citas que no son de emergencia cubiertas por Medicaid<br>Cubiertos bajo los beneficios de Medicaid. Puede requerir autorización previa o una remisión de su médico. |
| **Pelucas** | Usted paga **$0**<br>Cubiertos bajo los beneficios de Medicaid.<br>Se requiere autorización. Debe tener un diagnóstico de pérdida de cabello debido a la quimioterapia o la radioterapia. |
| **Yoga** | Usted paga **$0**<br>Hasta 30 sesiones por año.<br>Cubiertos bajo los beneficios de Medicaid.<br>Se requiere autorización. |

## Beneficios de medicamentos recetados

**Deducible de farmacia:**

$700

Si califica para “Ayuda Adicional”, la etapa de deducible no se aplica para usted para medicamentos cubiertos por Medicare.

**Etapa de Cobertura Inicial:**

Usted paga lo siguiente por el Nivel 1 de medicamentos: Por todos los medicamentos, (hasta 100 días de suministro), paga $0.

Dependiendo de sus ingresos y estatus institucional, usted paga lo siguiente por los niveles 2 a 5 de medicamentos.

Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca tratados como genéricos (un suministro de hasta 100 días), ya sea:

- $0 de copago; o
- $1,65 de copago; o
- $5,80 de copago

Para medicamentos de marca (un suministro de hasta 100 días), ya sea:

- $0 de copago; o
- $5,00 de copago; o
- $14,40 de copago

Usted paga lo siguiente por medicamentos suplementarios o medicamentos selectos que Medicare normalmente no cubre (Nivel 2 de medicamentos):

- 25 % del costo total del medicamento por receta, una vez que haya alcanzado el deducible.

Usted paga lo siguiente por el Nivel 6 de medicamentos:

- Por todos los medicamentos, (hasta 100 días de suministro), paga $0.

**Etapa de Cobertura Catastrófica:**

El plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D, después de que los costos anuales de su propio bolsillo de medicamentos lleguen a los $2,400.

Usted paga el 25 % del costo total del medicamentos recetado por medicamentos suplementarios o medicamentos selectos que Medicare normalmente no cubre.

## Recompensas e incentivos

Los miembros serán elegibles para recibir recompensas por completar actividades saludables elegibles en 2027. Cuando complete una o más actividades saludables elegibles, los fondos de las recompensas se cargarán a su tarjeta CareCard. Hable con su proveedor o con un representante de CareOregon Advantage Plus para averiguar qué actividades saludables están recomendadas para usted.

| Recompensas para todos | |
|---|---|
| Vacúnese en la farmacia o wcon su proveedor | $25 |
| Complete un examen anual de bienestar o una consulta equivalente con su proveedor | $50 |
| Complete una Evaluación de Riesgos de Salud al llenar un formulario impreso, en línea o por teléfono con un representante de CareOregon Advantage Plus | $25 |
| **Recompensas por los servicios recomendados por su proveedor** | |
| Complete una mastografía | $50 |
| Complete una prueba de detección de cáncer colorrectal | $50 |
| Complete un examen de densidad ósea | $50 |
| **Recompensas para los miembros diagnosticados con diabetes** | |
| Complete un examen de la vista para personas diabéticas | $25 |
| Complete un examen del riñón para personas diabéticas | $25 |
| Complete una prueba A1c | $25 |
| Recompensa adicional por completar las tres pruebas/exámenes para la diabetes | $50 |

## Comuníquese con nosotros si tiene preguntas

Si está buscando más información, comuníquese con nuestro Departamento de Atención al Cliente al 503-416-4279 o a la línea gratuita 888-712-3258. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Los horarios son del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Nuestro sitio web es ***careoregonadvantage.org***

Puede recibir este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. También tiene derecho a un intérprete. Puede recibir ayuda de un intérprete de atención médica certificado o calificado. Esta ayuda es gratuita. Llame al 888-712-3258, TTY 711 o infórmeselo a su proveedor. Aceptamos llamadas de retransmisión.

**Departamento de Atención al Cliente de CareOregon Advantage**

**Llame:** 503-416-4279 o gratis al 888-712-3258, TTY 711

**Horario de atención:**

de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana,
del 1.° de octubre al 31 de marzo

de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes,
del 1.º de abril al 30 de septiembre

***facebook.com/careoregon***
***instagram.com/careoregon***

H5859_CO2027_SOB_M

**careoregonadvantage.org**

CareOregon® Advantage

COA-261194350-LP-SP-1008