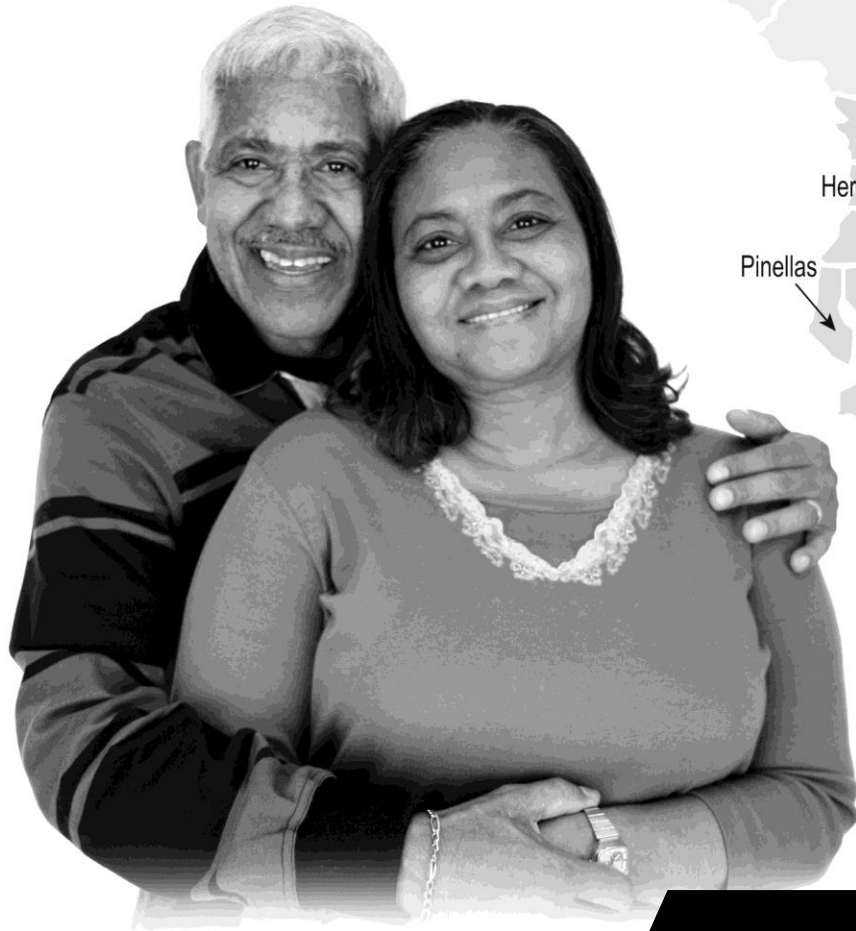


Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad 2024

F24SBDUALSP



FREEDOM HEALTH

Combinación de planes 078 - 087

**078 - Freedom Medi-Medi
Partial (HMO D-SNP)**

**087 - Freedom Medi-Medi Full
(HMO D-SNP)**

Condados: Brevard, Broward, Charlotte, Citrus, Collier, Hernando, Hillsborough, Indian River, Lake, Lee, Manatee, Marion, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Polk, Sarasota, Seminole, St. Lucie, Sumter, Volusia

H5427_2024_SB_078_087_M

Resumen de Beneficios de 2024

Resumen de Beneficios

Del 1.º de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP) H5427_078

Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP) H5427_087

El propósito del Resumen de Beneficios es proporcionarle un resumen de los beneficios de medicamentos y de salud cubiertos por **Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP) H5427_078** y **Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP) H5427_087**, que describe lo que cubrimos y lo que usted paga. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-401-2740 (TTY: 711) para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas y/o copagos/coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de cada año. Los beneficios varían según el plan.

Freedom Health, Inc. es un plan HMO con un contrato de Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Florida. La inscripción en Freedom Health, Inc. depende de la renovación de contrato.

Freedom Health, Inc. ofrece Planes de Necesidades Especiales para Personas Doblemente Elegibles (D-SNP) disponibles para quienes reciben asistencia médica del plan estatal mediante Medicaid (Título XIX) y Medicare (Título XVIII). Los beneficios de nuestro plan están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. Freedom Health, Inc. ha sido aprobado por el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (NCQA) para operar como un Plan de Necesidades Especiales para Personas de Doble Elegibilidad (D-SNP) hasta el año 2026 basado en una revisión del Modelo de Atención de Freedom Health, Inc.

Para ser elegible para **Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP) H5427_078** o **Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP) H5427_087**, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y ser elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid. Dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid, los beneficios varían y es posible que no quede sujeto a los requisitos de costo compartido.

Para inscribirse en **Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP) H5427_078**, debe ser elegible para determinados niveles de asistencia financiera de Florida Medicaid, como alguno de los que figuran a continuación: Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (SLMB o SLMB Plus), Persona Calificada (QI) o Trabajador discapacitado calificado (QDWI) u Otros beneficios completos para personas doblemente elegibles (FBDE).

Para inscribirse en **Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP) H5427_087**, debe ser elegible para determinados niveles de asistencia financiera de Florida Medicaid, como Beneficiario calificado de Medicare (QMB o QMB Plus).

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en la Florida:

Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP) H5427_078 y Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP) H5427_087:

Brevard, Broward, Charlotte, Citrus, Collier, Hernando, Hillsborough, Indian River, Lake, Lee, Manatee, Marion, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Polk, Sarasota, Seminole, St. Lucie, Sumter y Volusia.

Freedom Health, Inc. cubre la atención de emergencia y los servicios de urgencia de proveedores fuera de la red. Para la atención de rutina, debe usar la red de proveedores, hospitales y farmacias de Freedom Health mientras se encuentre en el área de servicio del plan. Ni Medicare ni Freedom Health, Inc. serán responsables de los costos derivados de la atención de rutina que reciba por parte de proveedores fuera de la red. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Freedom Health, Inc., excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Primas y beneficios	Beneficios de Medicaid
Prima mensual del plan	No hay Prima para los servicios cubiertos por Medicaid.
Deducible	No hay Deducible para los servicios cubiertos por Medicaid.
Máxima responsabilidad de bolsillo <i>(No incluye medicamentos recetados)</i>	No hay máxima responsabilidad de bolsillo para los servicios cubiertos por Medicaid.
Cobertura por ingresos hospitalarios	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
Cobertura del Hospital para Pacientes Ambulatorios	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid

Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP)_078	Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP)_087	Lo que debe saber
Usted paga hasta \$25.90.	Usted paga hasta \$16.80.	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que su prima de Parte B sea pagada por Medicaid u otro tercero. Si recibe "Ayuda Adicional", esta prima puede ser reducida o pagada en su nombre.
Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Estos planes no tienen un deducible.
\$500 por año	\$500 por año	Esto es lo máximo que paga de copagos, coseguro y otros costos por servicios médicos por el año. Póngase en contacto con el plan para más detalles sobre lo que está cubierto en su Máxima responsabilidad de bolsillo.
Usted paga \$0 de copago cada día durante los días 1 a 90	Usted paga \$0 de copago cada día durante los días 1 a 90	Excepto en una emergencia, usted debe obtener autorización previa antes de ser admitido en un centro o su estadía podría no estar cubierta.
Usted paga \$0 de copago por visita.	Usted paga \$0 de copago por visita.	La autorización previa es necesaria para algunos servicios de su médico u otro proveedor de la red. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Primas y beneficios	Beneficios de Medicaid
Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
Visitas al médico • Primario • Especialistas	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
Cuidado preventivo	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
Atención de emergencia	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
Servicios de urgencia	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.

Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP)_078	Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP)_087	Lo que debe saber
Usted paga \$0 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare. Usted paga \$0 de copago por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare.	Usted paga \$0 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare. Usted paga \$0 de copago por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare.	Puede requerirse autorización previa. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan.
Usted paga \$0 de copago por visita. Usted paga \$0 de copago por visita.	Usted paga \$0 de copago por visita. Usted paga \$0 de copago por visita.	Su médico de atención primaria (PCP) coordinará los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Para que usted pueda ver a un especialista, necesitará tener una remisión de su PCP primero. Se puede aplicar un copago por separado por cada servicio adicional que reciba en una visita médica.
Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato. Los servicios preventivos llevados a cabo en el hospital pueden requerir autorización previa.
Usted paga \$0 de copago por visita.	Usted paga \$0 de copago por visita.	\$500 de copago por cada servicio de emergencia, servicio urgente y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos. Límite de cobertura del plan de \$100,000 para servicios de emergencia, servicios urgentes y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos cada año. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan.
Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	\$500 de copago por cada servicio de emergencia, servicio urgente y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos. Límite de cobertura del plan de \$100,000 para servicios de emergencia, servicios urgentes y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos cada año. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan.

Primas y beneficios	Beneficios de Medicaid
Servicios de diagnóstico/laboratorios/imágenes • Servicios radiológicos de diagnóstico (<i>por ejemplo, MRI</i>) • Servicios de laboratorio • Pruebas de diagnóstico y procedimientos • Radiografías ambulatorias • Radiología terapéutica	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
Servicios de audición • Examen de audición/evaluación de adaptación de audífonos • Audífono	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.

Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP)_078	Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP)_087	Lo que debe saber
Usted paga \$0 de copago. Usted paga \$0 de copago. Usted paga \$0 de copago. Usted paga \$0 de copago. En el caso de los miembros con elegibilidad completa de Medicaid o aquellos que están exentos de costo compartido, usted paga un 0% de coseguro para servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. Para todos los demás tipos de miembros, usted paga usted paga 20% de coseguro para servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.	Usted paga \$0 de copago. Usted paga \$0 de copago. Usted paga \$0 de copago. Usted paga \$0 de copago. Usted paga 0% de coseguro para servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.	La autorización previa es necesaria para algunos servicios de su médico u otro proveedor de la red. Comuníquese con el plan para obtener más información.
Usted paga \$0 de copago por un examen de audición de rutina cada año. Usted paga \$0 de copago para una evaluación de adaptación de audífonos cada año. Usted paga \$0 de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año.	Usted paga \$0 de copago por un examen de audición de rutina cada año. Usted paga \$0 de copago para una evaluación de adaptación de audífonos cada año. Usted paga \$0 de copago por dos audífonos (1 por oído) cada año.	Nuestro plan paga un máximo de \$2,000 (\$1000 por audífono) de beneficio de audífonos cada año. Usted es responsable de pagar cualquier monto que exceda el máximo de \$2,000 (\$1000 por audífono). Para todos los planes, usted paga \$0 de copago por el examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare.

Primas y beneficios	Beneficios de Medicaid
Servicios dentales • Examen oral • Tratamiento de fluoruro • Radiografías dentales • Extracción/Extracción quirúrgica • Empastes dentales • Desbridamiento • Limpieza profunda (<i>Escalada/Alisado radicular</i>) • Corona • Dentaduras/Realineación de la dentadura • Mantenimiento periodontal	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.

Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP)_078	Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP)_087	Lo que debe saber
Usted paga \$0 de copago por examen bucal, 2 por año; \$0 de copago por exámenes centrados en problemas, 2 por año; y \$0 de copago por limpieza, 2 por año. Usted paga \$0 de copago por tratamiento de fluoruro, 2 por año. Usted paga \$0 de copago por radiografías dentales. Usted paga \$0 de copago por extracción, 2 procedimientos por año. Usted paga \$0 de copago para empastes de resina o restauración, 2 por año. Usted paga \$0 de copago por desbridamiento de boca completa, 1 cada 2 años. Usted paga \$0 de copago por escalada/cepillado radicular. Usted paga \$0 de copago por corona de porcelana/cerámica o corona de porcelana fundida sobre metal muy noble, 1 por año. Usted paga \$0 de copago para dentaduras parciales o completas, 1 set completo cada 5 años y \$0 de copago para la realineación de la dentadura, 1 por año. Usted paga \$0 de copago por 2 procedimientos por año.	Usted paga \$0 de copago por examen bucal, 2 por año; \$0 de copago por exámenes centrados en problemas, 2 por año; y \$0 de copago por limpieza, 2 por año. Usted paga \$0 de copago por tratamiento de fluoruro, 2 por año. Usted paga \$0 de copago por radiografías dentales. Usted paga \$0 de copago por extracción, 2 procedimientos por año. Usted paga \$0 de copago para empastes de resina o restauración, 2 por año. Usted paga \$0 de copago por desbridamiento de boca completa, 1 cada 2 años. Usted paga \$0 de copago por escalada/cepillado radicular. Usted paga \$0 de copago por corona de porcelana/cerámica o corona de porcelana fundida sobre metal muy noble, 1 por año. Usted paga \$0 de copago para dentaduras parciales o completas, 1 set completo cada 5 años y \$0 de copago para la realineación de la dentadura, 1 por año. Usted paga \$0 de copago por 2 procedimientos por año.	Puede requerirse autorización previa. Los servicios deben ser brindados por un proveedor dental participante. Para obtener más detalles o para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, por favor consulte su Evidencia de Cobertura. Para todos los planes, usted paga \$0 de copago por el beneficio dental cubierto por Medicare. Para raspado/alisado radicular, 4 procedimientos por año, y límite de 1 procedimiento por cuadrante por año.

Primas y beneficios	Beneficios de Medicaid
Servicios de visión • Examen de visión de rutina • Gafas (<i>marcos y lentes</i>)	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
Servicios de salud mental • Visita de hospitalización • Visita de terapia de grupo e individual: ambulatoria	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
Centro de enfermería especializada	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid. Es posible que haya días adicionales disponibles.

Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP)_078	Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP)_087	Lo que debe saber
Usted paga \$0 de copago para 1 examen de la vista de rutina por año con un optometrista. Usted paga \$0 de copago por el límite de cobertura del plan para 2 pares de gafas o lentes de contacto por año. Usted paga \$0 de copago para productos ópticos cubiertos por Medicare (un par de gafas que incluyen marco y lentes de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas. El límite de cobertura del plan es de \$400 para productos ópticos (gafas o lentes de contacto) cada año por el costo minorista total de hasta 2 pares combinados.	Usted paga \$0 de copago para 1 examen de la vista de rutina por año por un optometrista. Usted paga \$0 de copago por el límite de cobertura del plan para 2 pares de gafas o lentes de contacto por año. Usted paga \$0 de copago para productos ópticos cubiertos por Medicare (un par de gafas que incluyen marco y lentes de plástico o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas. El límite de cobertura del plan es de \$400 para productos ópticos (gafas o lentes de contacto) cada año por el costo minorista total de hasta 2 pares combinados.	Usted no paga por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos por un optometrista u oftalmólogo (especialista). Comuníquese con el plan para beneficios suplementarios. Los servicios deben ser brindados por un proveedor de servicios de visión participante. Usted será responsable de cualquier monto que exceda el costo minorista total máximo del beneficio del plan de \$400 para gafas hasta 2 pares combinados.
Usted paga \$0 de copago cada día durante los días 1 a 90 por ingreso. Usted paga \$0 de copago por visita de terapia de grupo/individual ambulatoria.	Usted paga \$0 de copago cada día durante los días 1 a 90 por ingreso. Usted paga \$0 de copago por visita de terapia de grupo/individual ambulatoria.	Puede requerirse autorización previa. Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que va a ser admitido en el hospital.
Usted paga \$0 de copago por los días 1 a 100.	Usted paga \$0 de copago por ingreso.	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF) por periodo de beneficios. Usted debe obtener autorización previa antes de ser admitido en un centro o su estadía podría no estar cubierta.

Primas y beneficios	Beneficios de Medicaid
Terapia física (<i>Servicios de rehabilitación</i>) • Visita de terapia ocupacional • Visita de terapia física • Visita de terapia del habla • Visita de terapia del lenguaje	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
Ambulancia	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
Transporte	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.

Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP)_078	Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP)_087	Lo que debe saber
Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Para servicios de rehabilitación, tendrá que tener una referencia o una autorización de su PCP primero dependiendo del servicio específico. Puede haber límites en terapia física, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan.
Usted paga \$0 de copago por los servicios de ambulancia terrestre de ida cubiertos por Medicare y por los servicios de ambulancia aérea de ida cubiertos por Medicare.	Usted paga \$0 de copago por los servicios de ambulancia terrestre de ida cubiertos por Medicare y por los servicios de ambulancia aérea de ida cubiertos por Medicare.	Puede requerirse autorización previa. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan.
Usted paga \$0 de copago por viajes ilimitados de ida cada año.	Usted paga \$0 de copago por viajes ilimitados de ida cada año.	El transporte está diseñado para viajes a/o desde ubicaciones aprobadas por el plan para citas médicas y las necesidades de salud dentro de su condado. Llame para programar un viaje por lo menos 72 horas antes de la hora prevista para la cita médica.
Usted paga el 20% del costo de los medicamentos para quimioterapia y para otros medicamentos de la Parte B. Para las insulinas de la Parte B, usted paga \$0 por un suministro de un mes.	Usted paga el 20% del costo de los medicamentos para quimioterapia y para otros medicamentos de la Parte B. Para las insulinas de la Parte B, usted paga \$0 por un suministro de un mes.	El plan puede requerir autorización para determinar si ciertos medicamentos están cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare. Es posible que vea costos que paga de su bolsillo más bajos para ciertos medicamentos de quimioterapia y de la Parte B, con precios que han aumentado más rápido que la tasa de inflación. Consulte su Evidencia de Cobertura para más detalles.

Primas y beneficios	Beneficios de Medicaid
Cuidado de los pies (<i>servicios de podología</i>) Exámenes de los pies y tratamiento	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
Equipo médico/Suministros Equipo médico duradero (<i>por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno</i>) Prótesis (<i>por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales</i>) Suministros para la diabetes	Usted paga \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
Bienestar Acondicionamiento físico Línea de consejos de enfermeras las 24 horas	Sin cobertura Sin cobertura
Artículos de venta libre (OTC)	Sin cobertura

Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP)_078	Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP)_087	Lo que debe saber
Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Los beneficios de podología cubiertos son para el cuidado de los pies médicamente necesario. Primero necesitará una referencia o autorización previa de su PCP, dependiendo del servicio.
Usted paga \$0 . Usted paga \$0 . Usted paga \$0 .	Usted paga \$0 . Usted paga \$0 . Usted paga \$0 .	Cubrimos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Primero necesitará una referencia o autorización previa de su PCP, dependiendo del servicio.
Usted paga \$0 de copago. Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago. Usted paga \$0 de copago.	Las membresías a gimnasios se limitan a los centros participantes. Consejos de salud de un profesional de enfermería, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Asignación mensual de \$125 <i>El plan no le permite transferir ninguna asignación OTC restante al mes siguiente.</i>	Asignación mensual de \$125 <i>El plan no le permite transferir ninguna asignación OTC restante al mes siguiente.</i>	Comuníquese con el plan o visite nuestro sitio web para obtener instrucciones específicas para el uso de este beneficio y la lista de artículos de venta libre cubiertos. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-401-2740 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite nuestro sitio en www.freedomhealth.com .

Primas y beneficios	Beneficios de Medicaid
Servicios de asistencia a domicilio	Sin cobertura
Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS)	Sin cobertura
Asignación de opciones diarias	Sin cobertura

Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP)_078	Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP)_087	Lo que debe saber
Usted paga \$0 de copago por hasta 30 horas de servicios de acompañante por año.	Usted paga \$0 de copago por hasta 30 horas de servicios de acompañante por año.	Los servicios incluyen, entre otros, tareas domésticas ligeras, compañía y orientación técnica. Los servicios se programan en incrementos de 1 hora. Llame al 1-888-228-5958 para obtener instrucciones específicas para el uso de este beneficio. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
Usted paga \$0 de copago por 1 dispositivo y servicio de monitoreo de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS) .	Usted paga \$0 de copago por 1 dispositivo y servicio de monitoreo de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS) .	Con el Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS), la ayuda está a un botón de distancia. El PERS es un dispositivo de monitoreo que le brinda tranquilidad al saber que puede acceder rápidamente a la ayuda que necesita frente a cualquier situación, las 24 horas del día. Debe utilizar el proveedor contratado del plan. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-800-401-2740, los usuarios de TTY deben llamar al 711.
Asignación mensual de \$175 <i>Los montos mensuales no utilizados no se transfieren al próximo mes o año.</i>	Asignación mensual de \$175 <i>Los montos mensuales no utilizados no se transfieren al próximo mes o año.</i>	Este beneficio proporciona una asignación de gastos mensual combinada para alimentos, suministros para el cuidado del hogar y mascotas, y servicios públicos elegibles. Tiene una variedad de formas convenientes de usar el beneficio: • Compre en las tiendas participantes más cercanas, • Compre en línea en los sitios web de proveedores autorizados • Compre en las aplicaciones móviles de proveedores autorizados • Realice pedidos por teléfono • Úselo con su proveedor de servicios públicos

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP) H5427_078

Medicaid: usted paga **\$0** de copago por medicamentos recetados cubiertos por Medicaid no cubiertos por un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Debido a que recibe "Ayuda Adicional", usted paga **\$0** de copago por todos los medicamentos cubiertos durante las siguientes etapas de pago de medicamentos: etapa de deducible, etapa de cobertura inicial, etapa de periodo sin cobertura y etapa de cobertura catastrófica.

*** Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas y la insulina:** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, y, debido a que recibe "Ayuda Adicional", usted no pagará más de **\$0** para un suministro de un mes para cualquier insulina que esté cubierta.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP) H5427_087

Medicaid: usted paga **\$0** de copago por medicamentos recetados cubiertos por Medicaid no cubiertos por un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Debido a que recibe "Ayuda Adicional", usted paga **\$0** de copago por todos los medicamentos cubiertos durante las siguientes etapas de pago de medicamentos: etapa de deducible, etapa de cobertura inicial, etapa de periodo sin cobertura y etapa de cobertura catastrófica.

*** Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas y la insulina:** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, y, debido a que recibe "Ayuda Adicional", usted no pagará más de **\$0** para un suministro de un mes para cualquier insulina que esté cubierta.

Declaración detallada por escrito para posibles inscritos

Los beneficios descritos en la sección "Primas y beneficios" del Resumen de Beneficios están cubiertos por nuestro plan de Medicare Advantage. Para cada uno de los beneficios mencionados, puede ver qué cubre nuestro plan. Los que le corresponde pagar por los servicios cubiertos depende de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

La cobertura de los servicios descritos anteriormente depende de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Independientemente de su nivel de elegibilidad para Medicaid, **Freedom Medi-Medi Partial (HMO D-SNP) H5427_078** y **Freedom Medi-Medi Full (HMO D-SNP) H5427_087** cubrirán los beneficios descritos en la sección "Primas y beneficios" del Resumen de Beneficios. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y qué beneficios le corresponden, llame a la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA) de Florida de forma gratuita al 1-888-419-3456 o al programa ACCESS del Departamento de Niños y Familias (DCF) de Florida de forma gratuita al 1-866-762-2237.

Nuestra fuente de información sobre los beneficios de Medicaid es el sitio web de la Agencia de Florida para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid). Todos los servicios cubiertos por Medicaid están sujetos a cambios en cualquier momento. Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Florida Medicaid, visite el sitio web de Medicaid en ahca.myflorida.com o llame a Servicios para Miembros para recibir asistencia. Puede encontrar una explicación detallada de los beneficios de Florida Medicaid en el Resumen de servicios de Florida en línea en: <https://ahca.myflorida.com/medicaid/medicaid-policy-quality-and-operations/medicaid-policy-and-quality/medicaid-policy/florida-medicaid-s-covered-services-and-hcbs-waivers>.

Las primas, copagos, coseguros y deducibles pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más información. Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión actualizada de su manual de **"Medicare y Usted"**. Consúltelo en línea en www.medicare.gov u obtenga 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.

Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de Cobertura en línea en www.freedomhealth.com u obtenga una copia llamando al 1-800-401-2740 (TTY: 711).

Este documento está disponible en otros formatos como letra grande y otros idiomas. Para obtener más información, llámenos al número de teléfono que figura a continuación o visítenos en www.freedomhealth.com.

Para obtener información adicional, llame a nuestro número de Servicios para Miembros al 1-800-401-2740. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestros horarios de atención son del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este, los 7 días de la semana. y del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este, de lunes a viernes.

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede ver los directorios de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web, www.freedomhealth.com, o puede llamarnos, y le enviaremos una copia de los directorios. El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Puede ver el formulario del plan completo (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y las restricciones en nuestro sitio web en www.freedomhealth.com.

Freedom Health, Inc. cumple con todas las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Freedom Health, Inc. cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Freedom Health, Inc. konfòm ak lwa sou dwa sivil Federal ki aplikab yo e li pa fè diskriminasyon sou baz ras, koulè, peyi orijin, laj, enfimite oswa sèks. Español (Spanish): ATENCIÓN: S habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al [1-800-401-2740] (TTY: 711). Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele [1-800-401-2740] (TTY: 711).

La discriminación es ilegal

Aviso que informa a las personas sobre los requisitos de accesibilidad y la no discriminación

Freedom Health, Inc. cumple con todas las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Freedom Health, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Freedom Health, Inc.:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita esos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Freedom Health.

Si usted cree que Freedom Health, Inc. no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de algún otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

Freedom Health Civil Rights Coordinator

P.O. Box 152727

Tampa, FL 33684

Teléfono: 1-800-401-2740, TTY: 711

Fax: 813-506-6235

Puede presentar un reclamo por correo, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de Derechos Civiles de Freedom Health estará disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica mediante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por teléfono o por correo:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

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

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.



Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

Form Approved
OMB# 0938-1421

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 1-800-401-2740 (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 1-800-401-2740 (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 1-800-401-2740 (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 1-800-401-2740 (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 1-800-401-2740 (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 1-800-401-2740 (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 1-800-401-2740 (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 1-800-401-2740 (TTY: 711). 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 1-800-401-2740 (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 1-800-401-2740 (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 1-800-401-2740 (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 1-800-401-2740 (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 1-800-401-2740 (TTY: 711). 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 1-800-401-2740 (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 1-800-401-2740 (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 1-800-401-2740 (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、1-800-401-2740 (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。

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad 2024

Resumen de Beneficios de 2024



Freedom Health, Inc.
P.O. BOX 151137
Tampa, FL 33684

www.freedomhealth.com

Combinación de Planes 078 - 087

**078 - Freedom Medi-Medi
Partial (HMO D-SNP)**

**087 - Freedom Medi-Medi Full
(HMO D-SNP)**

Condados: Brevard, Broward, Charlotte,
Citrus, Collier, Hernando, Hillsborough, Indian
River, Lake, Lee, Manatee, Marion, Martin,
Orange, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas,
Polk, Sarasota, Seminole, St. Lucie, Sumter,
Volusia