

Beneficios destacados

Care N' Care Choice (PPO)

Es posible que los servicios requieran autorización previa

Primas y beneficios	Care N' Care Choice (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	Usted paga \$0 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	
Deducible	No hay deducible	
Monto máximo que paga de su bolsillo	Usted no paga más de \$3,900 por año por los servicios dentro de la red, a menos que se excluyan específicamente.	Usted no paga más de \$7,500 por año por los servicios combinados dentro y fuera de la red, a menos que se excluyan específicamente.
Servicios hospitalarios para pacientes internados ¹	Día 1: \$250 por día Días 2 a 6: \$150 por día Días 7 en adelante: \$0 por día	Usted paga el 35% del costo
Cirugía para pacientes externos ¹ • Servicios hospitalarios para pacientes externos • Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga un copago de \$250 Usted paga un copago de \$200	Usted paga un copago de \$350 Usted paga un copago de \$275
Visitas al médico • De atención primaria • Especialista	Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$35	Usted paga un copago de \$25 Usted paga un copago de \$70
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección de la diabetes)	Usted no paga nada.	
Atención de emergencia	Usted paga \$90 por visita El copago de emergencia se exime si lo internan en el hospital dentro de los 3 días por la misma afección.	Usted paga \$90 por visita El copago de emergencia se exime si lo internan en el hospital dentro de los 3 días por la misma afección.
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$30 por visita	
Servicios de diagnóstico/laboratorio/diagnóstico por imagen ¹ • Pruebas y procedimientos de diagnóstico básicos • Estudio del sueño • Servicios de laboratorio • Resonancia magnética (MRI), Tomografía computada (CT) • Radiografías	Usted paga un copago de \$10 Usted paga un copago de \$150 Usted paga un copago de \$10 Usted paga \$200 Usted paga un copago de \$10	Usted paga un copago de \$25 Usted paga un copago de \$200 Usted paga un copago de \$25 Usted paga un copago de \$200 Usted paga un copago de \$25

1Es posible que los servicios requieran autorización previa2. Se requiere una autorización previa para el transporte que no es de emergencia

Primas y beneficios	Care N' Care Choice (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios odontológicos <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal y limpieza • Radiografías • Tratamientos • Con flúor • Servicios integrales 	Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$0 Si tiene cobertura con una prima adicional, consulte los Beneficios complementarios opcionales.	Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$0 Si tiene cobertura con una prima adicional, consulte los Beneficios complementarios opcionales.
Servicios oftalmológicos <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista de rutina • Anteojos, lentes y marcos 	Usted paga un copago de \$35 Usted paga un copago de \$0. Beneficio máximo del plan de \$100.	Usted paga un copago de \$50. Se le reembolsará hasta un monto máximo de \$30 por un examen de la vista de rutina con entrega del recibo pago y el formulario de reembolso completado. Usted paga un copago de \$30. Es posible que se apliquen los beneficios máximos del plan.
Servicios de telemedicina	Usted paga un copago de \$0	Usted paga un copago de \$25
Servicios de salud mental ¹ <ul style="list-style-type: none"> • Visita de terapia individual/grupal para pacientes externos 	Usted paga un copago de \$40	Usted paga un copago de \$60
Centro de enfermería especializada ¹	Días 1 a 20: copago de \$0 Días 21 a 100: copago de \$167.50 por día	Usted paga el 40% del costo
Fisioterapia	Usted paga un copago de \$40	Usted paga un copago de \$60
Ambulancia ² <ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia terrestre • Ambulancia aérea 	Usted paga un copago de \$200 Usted paga el 20% del costo	Usted paga un copago de \$200 Usted paga el 20% del costo
Transporte	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹	Usted paga el 20% del costo	Usted paga el 30% del costo

Medicamentos con receta para pacientes externos

Deducible

Usted paga \$0

Cobertura inicial

Farmacia dentro de la red	Farmacia minorista: suministro para 30 días	Farmacia minorista: suministro para 90 días	Farmacia de pedido por correo: suministro para 30 días	Farmacia de pedido por correo: suministro para 90 días
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$4	Copago de \$8	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$14	Copago de \$28	Copago de \$14	Copago de \$28
Nivel 3: medicamentos de marca prefechos	Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$47	Copago de \$94
<i>Selección Insulinas*</i>	<i>Copago de \$35</i>	<i>Copago de \$70</i>	<i>Copago de \$35</i>	<i>Copago de \$70</i>
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$100	Copago de \$200
Nivel 5: medicamentos especializados	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo

* Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente en nuestro sitio web en www.cnchealthplan.com. Puede identificar Select Insulins por la abreviatura "SSM" que se encuentra en la columna "Requisitos / Límites" de la Lista de medicamentos.

Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional").

Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.

Los costos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y cuando ingrese a una nueva fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de la farmacia y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de cobertura en línea.

Período sin cobertura

Durante la Etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo para las insulinas seleccionadas no serán más de \$35 en una farmacia minorista para un suministro para 30 días o \$70 en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro para 90 días. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayude a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"). Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que publicamos de forma electrónica en nuestro sitio web en www.cnchealthplan.com.

Para los medicamentos del Nivel 1 y los medicamentos genéricos selectos del Nivel 2 y 3, usted paga su copago del Nivel 1, 2 o 3 o el 25% del costo, el monto que sea menor. Para todos los demás medicamentos genéricos cubiertos, usted paga el 25% del costo. Para los medicamentos de marca selectos del Nivel 3, usted solo paga el copago del Nivel 3. Para todos los demás medicamentos de marca, usted paga el 25% del costo (además de una parte del costo de suministro). Usted permanece en esta etapa hasta que los "gastos que paga de su bolsillo" (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,050. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma.

Cobertura en situaciones catastróficas

Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022). Su parte del costo para un medicamento cubierto será la cantidad que sea mayor entre un coseguro y un copago (el coseguro del 5% del costo del medicamento o \$3.95 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$9.85 para todos los demás medicamentos).

Cláusula adicional dental complementaria

Los miembros que elijan añadir la Cláusula adicional dental complementaria a su plan recibirán servicios dentales integrales por una prima mensual adicional de \$26. La cláusula adicional proporciona cobertura para servicios dentales que requieren una autorización previa y un coseguro para cada servicio dental.

Los beneficios adicionales incluyen lo siguiente*:

- Empastes
- Extracciones
- Tratamientos de conducto
- Dentaduras postizas (completas y parciales) y ajustes de dentaduras postizas
- Coronas
- Cirugía bucal
- Implantes

*Consulte la Evidencia de cobertura para ver todos los detalles de los beneficios. Los códigos dentales detallados también se pueden encontrar en el sitio web de Care N' Care, en cnhealthplan.com/our-plans-2022/our-benefits-2022/

¿Preguntas? ¡Llame a Care N 'Care!

Número gratuito al 1-877-665-2622 (TTY 711) del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. A 8 p.m., Hora central, los siete días de la semana, o del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. A 8 p.m., De lunes a viernes.