

Beneficios destacados

Care N' Care Choice Plus (PPO)

Primas y beneficios	Care N' Care Choice Plus (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	Usted paga \$55 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 \$3,500 por año por los servicios dentro de la red, a menos que se excluyan específicamente.	Usted no paga más de \$7,000 por año por los servicios combinados dentro y fuera de la red, a menos que se excluyan específicamente.
Servicios hospitalarios para pacientes internados ¹	Días 1 a 6: \$250 por día Días 7 en adelante: \$0 por día	Usted paga el 25% del costo
Cirugía para pacientes externos ¹ • Servicios hospitalarios para pacientes externos • Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga un copago de \$200 Usted paga un copago de \$175	Usted paga un copago de \$350 Usted paga un copago de \$275
Visitas al médico • De atención primaria • Especialista	Usted paga un copago de \$10 Usted paga un copago de \$25	Usted paga un copago de \$40 Usted paga un copago de \$50
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección de la diabetes)	Usted no paga nada. Algunos servicios cubiertos tienen un costo.	Usted paga un copago de \$30
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	Usted paga un copago de \$30 por visita

Primas y beneficios	Care N' Care Choice Plus (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de diagnóstico/laboratorio/diagnóstico por imagen ¹ <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico básicos • Estudio del sueño • Servicios de laboratorio • Resonancia magnética (MRI), Tomografía computada (CT) • Radiografías 	Usted paga un copago de \$5 en el consultorio del médico. Usted paga un copago de \$10 en un centro hospitalario para pacientes externos. Usted paga un copago de \$125 Usted paga un copago de \$5 en el consultorio del médico. Usted paga un copago de \$10 en un centro hospitalario para pacientes externos. Usted paga \$175 Usted paga un copago de \$5	Usted paga un copago de \$15 en el consultorio del médico. Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario para pacientes externos. Usted paga un copago de \$175 Usted paga un copago de \$15 en el consultorio del médico. Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario para pacientes externos. Usted paga un copago de \$200 Usted paga un copago de \$30
Servicios auditivos <ul style="list-style-type: none"> • Examen auditivo de rutina • Audífonos 	Usted paga un copago de \$45* Usted paga un copago de \$699 por cada audífono para audífonos avanzados* Usted paga un copago de \$999 por cada audífono para audífonos premium* *No se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo	Usted paga un copago de \$45* Usted paga un copago de \$699 por cada audífono para audífonos avanzados* Usted paga un copago de \$999 por cada audífono para audífonos premium* *No se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo
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 \$0 Usted paga un copago de \$0 con un monto máximo de beneficio de \$100.	Usted paga un copago de \$40. 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 con un monto máximo de beneficio de \$100.
Servicios de telemedicina	Usted paga un copago de \$0	Usted paga un copago de \$40
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 \$55
Centro de enfermería especializada ¹	Días 1 a 20: copago de \$0 por día Días 21 a 100: copago de \$184 por día	Usted paga el 35% del costo

¿Es posible que los servicios requieran autorización previa? Se requiere una autorización previa para el transporte que no es de emergencia

Primas y beneficios	Care N' Care Choice Plus (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Fisioterapia	Usted paga un copago de \$25	Usted paga un copago de \$45
Ambulancia ² • Ambulancia terrestre • Ambulancia aérea	Usted paga un copago de \$225 Usted paga el 20% del costo	Usted paga un copago de \$225 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 \$2	Copago de \$4	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$12	Copago de \$24	Copago de \$12	Copago de \$24
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$45	Copago de \$90	Copago de \$45	Copago de \$90
Selección Insulinas*	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$35	Copago de \$70
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$95	Copago de \$190	Copago de \$95	Copago de \$190
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.

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 cnchealthplan.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.