

Beneficios destacados

CARE N' CARE CLASSIC (HMO)

¹Es posible que los servicios requieran autorización previa

Primas y beneficios	Care N' Care Classic (HMO)
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 Se incluyen los copagos y otros costos de servicios médicos del año, a menos que se excluyan específicamente.
Servicios hospitalarios para pacientes internados ¹	Día 1: \$275 por día Días 2 a 5: \$125 por día Días 6 en adelante: \$0 por día
Cirugía para pacientes externos ¹ <ul style="list-style-type: none"> Servicios hospitalarios para pacientes externos Centro quirúrgico ambulatorio 	Usted paga un copago de \$250 Usted paga un copago de \$200
Visitas al médico <ul style="list-style-type: none"> De atención primaria Especialista 	Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$20. Se requiere remisión para las visitas a especialistas.
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección de 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.
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$30 por visita
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 \$0 Usted paga un copago de \$100 Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$200 Usted paga un copago de \$0
Servicios auditivos <ul style="list-style-type: none"> Examen auditivo de rutina Audífonos 	Usted paga un copago de \$45* Usted paga un copago de \$599 por cada audífono para audífonos avanzados* Usted paga un copago de \$899 por cada audífono para audífonos premium* *No se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo

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

Servicios odontológicos • 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.
Servicios oftalmológicos • 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 \$150
Servicios de telemedicina	Usted paga un copago de \$0
Servicios de salud mental ¹ • Visita de terapia individual/ grupala para pacientes externos	Usted paga un copago de \$40
Centro de enfermería especializada ¹	Días 1 a 20: copago de \$0 Días 21 a 100: copago de \$184 por día
Fisioterapia	Usted paga un copago de \$20
Ambulancia ² • Ambulancia terrestre • Ambulancia aérea	Usted paga un copago de \$275 Usted paga el 20% del costo
Transporte	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹	Usted paga el 20% 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 \$0	Copago de \$0	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 prefeosos	Copago de \$45	Copago de \$90	Copago de \$45	Copago de \$90
<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 de Brecha de Cobertura, sus costos de desembolso personal para determinadas insulinas no serán más de \$ 35 para un suministro de 30 días al por menor o pedido por correo o \$ 70 para un suministro de 90 días al por menor o pedido por correo. 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.

Para los medicamentos genéricos del Nivel 1 y los niveles 2 y 3 seleccionados, usted paga su copago del Nivel 1, 2 o 3 o el 25% de los costos, el que sea menor. Para todos los demás medicamentos genéricos cubiertos, usted paga el 25% de los costos. Para ciertos medicamentos de marca del Nivel 3, no paga más que el copago del Nivel 3. Para todos los demás medicamentos de marca, usted paga el 25% del costo (más una parte de la tarifa de suministro). Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos de bolsillo” (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$ 7,050. Medicare ha establecido este monto y las reglas para contabilizar los costos para este monto.

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

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

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 \$25. 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.