

Beneficios destacados

Care N' Care Choice MA-ONLY (PPO)

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 MA-ONLY (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 \$2,500 por año por los servicios dentro de la red, a menos que se excluyan específicamente.	Usted no paga más de \$5,100 por año por los servicios combinados dentro y fuera de la red, a menos que se excluyan específicamente.
Servicios hospitalarios para pacientes internados¹	Días 1 a 6: \$50 por día Días 7 en adelante: \$0 por día	Usted paga el 10% del costo
Cirugía para pacientes externos¹ • Servicios hospitalarios para pacientes externos • Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga un copago de \$100 Usted paga un copago de \$50	Usted paga un copago de \$225 Usted paga un copago de \$50
Visitas al médico • De atención primaria • Especialista	Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$10	Usted paga un copago de \$20 Usted paga un copago de \$20
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección de la diabetes)	Usted no paga nada.	Usted paga un copago de \$30
Atención de emergencia	Usted paga \$100 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 \$100 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

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 MA-ONLY (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 \$0 en el consultorio del médico. Usted paga un copago de \$6 en un centro hospitalario para pacientes externos. Usted paga un copago de \$100 Usted paga un copago de \$0 en el consultorio del médico. Usted paga un copago de \$5 en un centro hospitalario para pacientes externos. Usted paga \$150 Usted paga un copago de \$0	Usted paga un copago de \$10 en el consultorio del médico. Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario para pacientes externos. Usted paga un copago de \$150. Usted paga un copago de \$10 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 \$10 en el consultorio del médico. Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario para pacientes externos.
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 \$150.	Usted paga un copago de \$35. 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 \$150.
Servicios de telemedicina	Usted paga un copago de \$0	Usted paga un copago de \$20
Servicios de salud mental ¹ <ul style="list-style-type: none"> • Visita de terapia individual/grupal para pacientes externos 	Usted paga un copago de \$35	Usted paga un copago de \$50

Centro de enfermería especializada ¹	Días 1 a 5: copago de \$0 Días 6 a 20: copago de \$10 por día Días 21 a 100: copago de \$100 por día	Usted paga el 10% del costo
Fisioterapia	Usted paga un copago de \$10	Usted paga un copago de \$20
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

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.