

Beneficios destacados

Southwestern Health Select (HMO)

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

| Primas y beneficios | Southwestern Health Select (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 \$2,900 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: \$225 por día Días 2 a 5: \$75 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 \$200 Usted paga un copago de \$150 |
| Visitas al médico <ul style="list-style-type: none"> De atención primaria Especialista | Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$10. 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 |
| 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 |

| Primas y beneficios | Southwestern Health Select (HMO) |
|---|--|
| 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 |
| 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 (igual que HMO Classic) |
| Servicios de telemedicina | Usted paga un copago de \$0 |
| 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 |
| 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 \$10 |
| Ambulancia ² <ul style="list-style-type: none"> 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 \$10 | Copago de \$20 | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Nivel 3: medicamentos de marca preferidos | Copago de \$40 | Copago de \$80 | Copago de \$40 | Copago de \$80 |
| Selección de Insulinas* | Copago de \$35 | Copago de \$70 | Copago de \$35 | Copago de \$70 |
| 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.cnhealthplan.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 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.