

Resumen de beneficios

CARE N' CARE CLASSIC (HMO)

SOUTHWESTERN HEALTH SELECT (HMO)

Del 1.º de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Care N' Care Insurance es un plan HMO y PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Care N' Care depende de la renovación del contrato.

La información de los beneficios que proporcionamos no enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la "Evidencia de cobertura".

Para inscribirse en Care N' Care Classic (HMO), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas: **Collin, Cooke, Dallas, Denton, Erath, Hood, Johnson, Palo Pinto, Parker, Rockwall, Somervell, Tarrant y Wise.** Excepto en situaciones de

emergencia, si consulta a proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no cubramos estos servicios.

Para inscribirse en Southwestern Health Select (HMO), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas: **Collin, Dallas, Denton, Rockwall, Tarrant.** Excepto en situaciones de emergencia, si consulta a proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no cubramos estos servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente "**Medicare & You**" (Medicare y usted). Consúltelo en línea en <https://www.medicare.gov> o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para recibir una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille o letra grande. Para obtener más información, llámenos al 1-877-905-9210 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para hablar con un especialista en Medicare, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central, o visítenos en cnchealthplan.com.

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.

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 Classic (HMO)
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 	<p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$100</p> <p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$200</p> <p>Usted paga un copago de \$0</p>
Servicios auditivos <ul style="list-style-type: none"> • Examen auditivo de rutina • Audífonos 	<p>Usted paga un copago de \$45*</p> <p>Usted paga un copago de \$599 por cada audífono para audífonos avanzados*</p> <p>Usted paga un copago de \$899 por cada audífono para audífonos premium*</p> <p>*No se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo</p>
Servicios odontológicos <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal y limpieza • Radiografías • Tratamientos con flúor • Servicios integrales 	<p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Si tiene cobertura con una prima adicional, consulte los Beneficios complementarios opcionales.</p>
Servicios oftalmológicos <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista de rutina • Anteojos, lentes y marcos 	<p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$0 con un monto máximo de beneficio de \$150</p>
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 \$20
Ambulancia ² <ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia terrestre • Ambulancia aérea 	<p>Usted paga un copago de \$275</p> <p>Usted paga el 20% del costo</p>
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 preferidos	Copago de \$45	Copago de \$90	Copago de \$45	Copago de \$90
<i>Selección Insulinas</i> *	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.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).

Southwestern Health Select

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
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

Primas y beneficios	Southwestern Health Select (HMO)
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 <ul style="list-style-type: none"> De atención primaria Especialista 	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
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 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.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/

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y nuestras normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 1-877-905-9210 y hablar con un especialista en Medicare.

Comprender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), en especial, aquellos servicios por los que usted consulta habitualmente al médico. Visite cnchealthplan.com o llame al 1-877-905-9210 para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que usted consulta se encuentren en la red. Si no aparecen en la lista, significa que es probable que deba elegir un nuevo médico o pagar un costo compartido mayor.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usted usa para obtener los medicamentos con receta se encuentre en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, es probable que deba elegir una nueva farmacia para obtener sus medicamentos con receta.

Comprender las normas importantes

- Si elige un plan con una prima mensual, además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, la prima se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2023.