

Resumen de beneficios

CARE N' CARE CHOICE (PPO)

CARE N' CARE CHOICE PLUS (PPO)

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 un plan de Care N' Care (PPO), 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 o urgencia, los proveedores no contratados pueden

CARE N' CARE CHOICE PREMIUM (PPO)

CARE N' CARE CHOICE MA-ONLY (PPO)

denegar la atención. Además, usted pagará un copago mayor por los servicios que reciba de proveedores no contratados.

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 Choice

Es posible que los servicios requieran autorización previa

Primas y beneficios	Care N' Care Choice (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 \$3,900 por año por los servicios dentro de la red, a menos que se excluyan específicamente.	Usted no paga más de \$7,500 por año por los servicios combinados dentro y fuera de la red, a menos que se excluyan específicamente.
Servicios hospitalarios para pacientes internados ¹	Día 1: \$250 por día Días 2 a 6: \$150 por día Días 7 en adelante: \$0 por día	Usted paga el 35% del costo
Cirugía para pacientes externos ¹ • Servicios hospitalarios para pacientes externos • Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga un copago de \$250 Usted paga un copago de \$200	Usted paga un copago de \$350 Usted paga un copago de \$275
Visitas al médico • De atención primaria • Especialista	Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$35	Usted paga un copago de \$25 Usted paga un copago de \$70

¿Es posible que los servicios requieran autorización previa?

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 \$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
Servicios de diagnóstico/ laboratorio/diagnóstico por imagen ¹ • Pruebas y procedimientos de diagnóstico básicos • Estudio del sueño • Servicios de laboratorio • Resonancia magnética (MRI), Tomografía computada (CT) • Radiografías	Usted paga un copago de \$10 Usted paga un copago de \$150 Usted paga un copago de \$10 Usted paga \$200 Usted paga un copago de \$10	Usted paga un copago de \$25 Usted paga un copago de \$200 Usted paga un copago de \$25 Usted paga un copago de \$200 Usted paga un copago de \$25
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.	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. Beneficio máximo del plan de \$100.	Usted paga un copago de \$50. 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. Beneficio máximo del plan de \$100.
Servicios de telemedicina	Usted paga un copago de \$40	Usted paga un copago de \$60
Servicios de salud mental ¹ • Visita de terapia individual/grupal para pacientes externos	Usted paga un copago de \$40	Usted paga un copago de \$60
Centro de enfermería especializada ¹	Días 1 a 20: copago de \$0 Días 21 a 100: copago de \$167.50 por día	Usted paga el 40% del costo
Fisioterapia	Usted paga un copago de \$40	Usted paga un copago de \$60
Ambulancia ² • Ambulancia terrestre • Ambulancia aérea	Usted paga un copago de \$200 Usted paga el 20% del costo	Usted paga un copago de \$200 Usted paga el 20% del costo

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

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 \$4	Copago de \$8	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$14	Copago de \$28	Copago de \$14	Copago de \$28
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$47	Copago de \$94
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 del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo para las insulinas seleccionadas no serán más de \$35 en una farmacia minorista para un suministro para 30 días o \$70 en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro para 90 días. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayude a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"). Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que publicamos de forma electrónica en nuestro sitio web en www.cnchealthplan.com.

Para los medicamentos del Nivel 1 y los medicamentos genéricos selectos del Nivel 2 y 3, usted paga su copago del Nivel 1, 2 o 3 o el 25% del costo, el monto que sea menor. Para todos los demás medicamentos genéricos cubiertos, usted paga el 25% del costo. Para los medicamentos de marca selectos del Nivel 3, usted solo paga el copago del Nivel 3. Para todos los demás medicamentos de marca, usted paga el 25% del costo (además de una parte del costo de suministro). Usted permanece en esta etapa hasta que los "gastos que paga de su bolsillo" (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,050. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma.

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).

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.	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
Servicios de diagnóstico/ laboratorio/diagnóstico por imagen ¹ • 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

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

<p>Servicios auditivos</p> <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 \$699 por cada audifono para audífonos avanzados*</p> <p>Usted paga un copago de \$999 por cada audifono para audífonos premium*</p> <p>*No se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo</p>	<p>Usted paga un copago de \$45*</p> <p>Usted paga un copago de \$699 por cada audifono para audífonos avanzados*</p> <p>Usted paga un copago de \$999 por cada audifono para audífonos premium*</p> <p>*No se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo</p>
<p>Servicios odontológicos</p> <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>	<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>
<p>Servicios oftalmológicos</p> <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 \$100.</p>	<p>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</p> <p>Usted paga un copago de \$30 con un monto máximo de beneficio de \$100.</p>
<p>Servicios de telemedicina</p>	<p>Usted paga un copago de \$10</p>	<p>Usted paga un copago de \$40</p>
<p>Servicios de salud mental¹</p> <ul style="list-style-type: none"> Visita de terapia individual/grupal para pacientes externos 	<p>Usted paga un copago de \$40</p>	<p>Usted paga un copago de \$55</p>
<p>Centro de enfermería especializada¹</p>	<p>Días 1 a 20: copago de \$0 por día</p> <p>Días 21 a 100: copago de \$184 por día</p>	<p>Usted paga el 35% del costo</p>
<p>Fisioterapia</p>	<p>Usted paga un copago de \$25</p>	<p>Usted paga un copago de \$45</p>
<p>Ambulancia²</p> <ul style="list-style-type: none"> Ambulancia terrestre Ambulancia aérea 	<p>Usted paga un copago de \$225</p> <p>Usted paga el 20% del costo</p>	<p>Usted paga un copago de \$225</p> <p>Usted paga el 20% del costo</p>
<p>Transporte</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Sin cobertura</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare¹</p>	<p>Usted paga el 20% del costo</p>	<p>Usted paga el 30% del costo</p>

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 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 \$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.

Período sin cobertura

Durante la Etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo para las insulinas seleccionadas no serán más de \$35 en una farmacia minorista para un suministro para 30 días o \$70 en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro para 90 días. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayude a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"). Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que publicamos de forma electrónica en nuestro sitio web en www.cnchealthplan.com.

Para los medicamentos del Nivel 1 y los medicamentos genéricos selectos del Nivel 2 y 3, usted paga su copago del Nivel 1, 2 o 3 o el 25% del costo, el monto que sea menor. Para todos los demás medicamentos genéricos cubiertos, usted paga el 25% del costo. Para los medicamentos de marca selectos del Nivel 3, usted solo paga el copago del Nivel 3. Para todos los demás medicamentos de marca, usted paga el 25% del costo (además de una parte del costo de suministro). Usted permanece en esta etapa hasta que los "gastos que paga de su bolsillo" (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,050. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma.

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).

Care N' Care Choice Premium (PPO)

Primas y beneficios	Care N' Care Choice Premium (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	Usted paga \$200 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 \$10,000 por año por los servicios combinados dentro y fuera de la red, a menos que se excluyan específicamente.
Servicios hospitalarios para pacientes internados ¹	Copago de \$0	Usted paga el 30% del costo
Cirugía para pacientes externos ¹ • Servicios hospitalarios para pacientes externos • Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$0	Usted paga el 30% del costo Usted paga el 35% del costo
Visitas al médico • De atención primaria • Especialista	Copago de \$0	Usted paga el 30% del costo Usted paga el 30% del costo
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección de la diabetes)	Usted no paga nada.	Usted paga el 30% del costo
Atención de emergencia	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de urgencia	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de diagnóstico/laboratorio/diagnóstico por imagen ¹ • Pruebas y procedimientos de diagnóstico básicos • Estudio del sueño • Servicios de laboratorio • Resonancia magnética (MRI), Tomografía computada (CT) • Radiografías	Copago de \$0	Usted paga el 30% del costo
Servicios auditivos • 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

Es 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 Premium (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios odontológicos <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal y limpieza • Radiografías • Tratamientos con flúor • Servicios integrales 	Copago de \$0 Si tiene cobertura con una prima adicional, consulte los Beneficios complementarios opcionales.	Usted paga el 0% del costo Usted paga el 0% del costo Usted paga el 0% del costo 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	Copago de \$0	Usted paga el 33% del costo
Servicios de salud mental ¹ <ul style="list-style-type: none"> • Visita de terapia individual/grupal para pacientes externos 	Copago de \$0	Usted paga el 30% del costo
Centro de enfermería especializada ¹	Días 1 a 100: Copago de \$0	Usted paga el 30% del costo
Fisioterapia	Copago de \$0	Usted paga el 30% del costo
Ambulancia ² <ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia terrestre • Ambulancia aérea 	Copago de \$0	Usted paga el 35% del costo Usted paga el 35% del costo
Transporte	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹	Copago de \$0	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 \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$10	Copago de \$20
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$40	Copago de \$80	Copago de \$40	Copago de \$80
<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 \$90	Copago de \$180	Copago de \$90	Copago de \$180
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 del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo para las insulinas seleccionadas no serán más de \$35 en una farmacia minorista para un suministro para 30 días o \$70 en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro para 90 días. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayude a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"). Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que publicamos de forma electrónica en nuestro sitio web en www.cnchealthplan.com.

Para los medicamentos del Nivel 1 y los medicamentos genéricos selectos del Nivel 2 y 3, usted paga su copago del Nivel 1, 2 o 3 o el 25% del costo, el monto que sea menor. Para todos los demás medicamentos genéricos cubiertos, usted paga el 25% del costo. Para los medicamentos de marca selectos del Nivel 3, usted solo paga el copago del Nivel 3. Para todos los demás medicamentos de marca, usted paga el 25% del costo (además de una parte del costo de suministro). Usted permanece en esta etapa hasta que los "gastos que paga de su bolsillo" (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,050. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma.

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).

Care N' Care Choice MA-ONLY (PPO)

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 internados ¹	Días 1 a 6: \$50 por día Días 7 en adelante: \$0 por día	Usted paga el 10% del costo
Cirugía para pacientes externos ¹ • 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
Servicios de diagnóstico/laboratorio/diagnóstico por imagen ¹ • 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.

¿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 MA-ONLY (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
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 <ul style="list-style-type: none"> 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 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.
- Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos los servicios cubiertos brindados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar brindarle tratamiento. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. Además, usted pagará un copago mayor por los servicios que reciba de proveedores no contratados.

La discriminación es ilegal

Care N' Care (HMO/PPO) cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Care N' Care no excluye a ninguna persona ni brinda un trato diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Care N' Care:

- Proporciona servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a las personas que tienen un idioma nativo diferente del inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Care N' Care al 1-877-665-2622 (TTY: 711), 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.

Si considera que Care N' Care no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a: Care N' Care, Attn: Appeals and Grievances, 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300, Farmers Branch, TX 75234, 1-877-665-2622 (TTY 711), o por fax al 817-810-5214. Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Departamento de Apelaciones y Reclamos está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una demanda de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de forma electrónica, a través del Portal de denuncias de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de demandas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

ATENCIÓN: Si habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-665-2622 (TTY: 711).