

RESUMEN DE BENEFICIOS

CARE N' CARE CHOICE (PPO) CARE N' CARE CHOICE PLUS (PPO)

Del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019 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 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, Dallas, Denton, Hood, Johnson, Parker, Rockwall, Tarrant y Wise.**

CARE N' CARE CHOICE (PPO)

CARE N' CARE CHOICE PREMIUM (PPO) CARE N' CARE CHOICE MA-ONLY (PPO)

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.

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente "**Medicare & You**" (Medicare y usted). Revíselo en línea en <https://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille o tamaño de letra grande. Para obtener más información, llámenos al 1-877-665-2622 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para hablar con un especialista de Medicare o visite <https://www.cnhealthplan.com>.

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 la prima de la Parte B de Medicare.	
Deducible	No hay deducible.	
Monto máximo que paga de su bolsillo	Usted no paga más de \$4,500 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	Día 1: \$250 por día. Días 2 a 6: \$125 por día. Día 7 en adelante: \$0 por día.	Usted paga el 35 % del costo.
Cirugía para pacientes externos <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.	Usted paga un copago de \$350. Usted paga un copago de \$275.
Visitas al consultorio <ul style="list-style-type: none"> Médico de atención primaria Médico especialista 	Usted paga un copago de \$15. Usted paga un copago de \$35.	Usted paga un copago de \$50. Usted paga un copago de \$60.

Primas y beneficios	Care N' Care Choice (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección de diabetes)	Usted no paga nada. Algunos servicios cubiertos no tienen costo.	Usted paga un copago de \$30.
Atención de emergencia	Usted paga \$75 por consulta. El copago de emergencia se exime si lo internan en el hospital dentro de los 3 días por la misma afección.	Usted paga \$75 por consulta. 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 consulta.	Usted paga un copago de \$30 por consulta.
Servicios de diagnóstico/laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imagen <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos y pruebas de diagnóstico • Estudio del sueño • Servicios de laboratorio • MRI, CT • Radiografías 	<p>Usted paga un copago de \$10.</p> <p>Usted paga un copago de \$150. Usted paga un copago de \$10.</p> <p>Usted paga \$200. Usted paga un copago de \$10.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25.</p> <p>Usted paga un copago de \$200. Usted paga un copago de \$25.</p> <p>Usted paga un copago de \$250. Usted paga un copago de \$25.</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 \$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.</p>	<p>Usted paga un copago de \$45.*</p> <p>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.</p>
Servicios odontológicos <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal y limpieza • Radiografías • Ajustes a dentaduras postizas • Servicios integrales 	<p>Usted paga un copago de \$25.</p> <p>Usted paga un copago de \$25. Usted paga un copago de \$25.</p> <p>Con cobertura con una prima adicional, consulte Beneficios complementarios opcionales.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25.</p> <p>Usted paga un copago de \$25. Usted paga un copago de \$25.</p> <p>Con cobertura con una prima adicional, consulte 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 \$100.</p>	<p>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 completo.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 y se le reembolsará hasta un monto máximo de \$50 por los anteojos/lentes con entrega del recibo pago y el formulario de reembolso completo.</p>

Primas y beneficios	Care N' Care Choice (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de salud mental • Consulta de terapia individual/grupal para pacientes externos	Usted paga un copago de \$40.	Usted paga un copago de \$60.
Centro de atención de enfermería especializada	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 • 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.
Transporte	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	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 minorista: suministro para 30 días	Farmacia minorista o de pedido por correo: suministro para 90 días	
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$5.	Copago de \$10.	Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$15.	Copago de \$30.	
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$47.	Copago de \$94.	
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$100.	Copago de \$200.	
Nivel 5: medicamentos especializados	33 % del costo.	33 % del costo.	

Los costos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y el momento en el que ingresa en una nueva etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de una farmacia y las etapas del beneficio, llámenos o consulte nuestra Evidencia de cobertura en línea.

Período sin cobertura

Para los medicamentos del Nivel 1 y los medicamentos genéricos selectos del Nivel 3, usted paga su copago del Nivel 1 o Nivel 3 o el 37 % del costo, el monto que sea menor. Para todos los demás medicamentos genéricos cubiertos, usted paga el 37 % del costo. Para los medicamentos de marca selectos del Nivel 3, usted paga el copago del Nivel 3 o el 25 % del costo (además de una parte del costo de suministro), el monto que sea menor. 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 lleguen a un total de \$5,100. 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 2019). 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 \$3.40 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$8.50 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 la prima de la Parte B de Medicare.	
Deducible	No hay deducible.	
Monto máximo que paga de su bolsillo	Usted no paga más de \$3,400 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	Días 1 a 6: \$250 por día. Día 7 en adelante: \$0 por día.	Usted paga el 25 % del costo.
Cirugía para pacientes externos	Usted paga un copago de \$200.	Usted paga un copago de \$325.
<ul style="list-style-type: none"> Servicios hospitalarios para pacientes externos Centro quirúrgico ambulatorio 	Usted paga un copago de \$150.	Usted paga un copago de \$225.
Visitas al consultorio <ul style="list-style-type: none"> Médico de atención primaria Médico 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 diabetes)	Usted no paga nada. Algunos servicios cubiertos no tienen costo.	Usted paga un copago de \$30.
Atención de emergencia	Usted paga \$100 por consulta. El copago de emergencia se exige si lo internan en el hospital dentro de los 3 días por la misma afección.	Usted paga \$100 por consulta. El copago de emergencia se exige 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 consulta.	Usted paga un copago de \$30 por consulta.
Servicios de diagnóstico/ laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imagen <ul style="list-style-type: none"> Procedimientos y pruebas de diagnóstico Estudio del sueño Servicios de laboratorio MRI, 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.

Primas y beneficios	Care N' Care Choice Plus (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 Ajustes a dentaduras postizas Servicios integrales 	Usted paga un copago de \$20. Usted paga un copago de \$20. Usted paga un copago de \$20. Con cobertura con una prima adicional, consulte Beneficios complementarios opcionales.	Usted paga un copago de \$20. Usted paga un copago de \$20. Usted paga un copago de \$20. Con cobertura con una prima adicional, consulte 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 \$100.	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 completo. Usted paga un copago de \$30 y se le reembolsará hasta un monto máximo de \$50 por los anteojos/lentes con entrega del recibo pago y el formulario de reembolso completo.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> Consulta de terapia individual/grupal para pacientes externos 	Usted paga un copago de \$40.	Usted paga un copago de \$55.
Centro de atención de enfermería especializada	Días 1 a 20: copago de \$20 por día. Días 21 a 100: copago de \$160 por día.	Usted paga el 35 % del costo.
Fisioterapia	Usted paga un copago de \$25.	Usted paga un copago de \$45.
Ambulancia <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	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 minorista: suministro para 30 días	Farmacia minorista o de pedido por correo: suministro para 90 días	
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$2.	Copago de \$4.	Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$12.	Copago de \$24.	
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$45.	Copago de \$90.	
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$90.	Copago de \$180.	
Nivel 5: medicamentos especializados	33 % del costo.	33 % del costo.	
Los costos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y el momento en el que ingresa en una nueva etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de una farmacia y las etapas del beneficio, llámenos o consulte nuestra Evidencia de cobertura en línea.			
Período sin cobertura			
Para los medicamentos del Nivel 1 y los medicamentos genéricos selectos del Nivel 3, usted paga su copago del Nivel 1 o Nivel 3 o el 37 % del costo, el monto que sea menor. Para todos los demás medicamentos genéricos cubiertos, usted paga el 37 % del costo. Para los medicamentos de marca selectos del Nivel 3, usted paga el copago del Nivel 3 o el 25 % del costo (además de una parte del costo de suministro), el monto que sea menor. 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 lleguen a un total de \$5,100. 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 2019). 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 \$3.40 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$8.50 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 \$119. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.	
Deducible	No hay deducible.	
Monto máximo que paga de su bolsillo	Usted no paga más de \$3,100 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	Días 1 a 6: \$225 por día. Día 7 en adelante: \$0 por día.	Usted paga el 30 % del costo.

Primas y beneficios	Care N' Care Choice Premium (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Cirugía para pacientes externos <ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios para pacientes externos • Centro quirúrgico ambulatorio 	Usted paga un copago de \$125. Usted paga un copago de \$100.	Usted paga un copago de \$225. Usted paga un copago de \$200.
Visitas al consultorio <ul style="list-style-type: none"> • Médico de atención primaria • Médico especialista 	Usted paga un copago de \$5. Usted paga un copago de \$20.	Usted paga un copago de \$35. Usted paga un copago de \$40.
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección de diabetes)	Usted no paga nada. Algunos servicios cubiertos no tienen costo.	Usted paga un copago de \$30.
Atención de emergencia	Usted paga \$100 por consulta. 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 consulta. 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 consulta.	Usted paga un copago de \$30 por consulta.
Servicios de diagnóstico/ laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imagen <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos y pruebas de diagnóstico • Estudio del sueño • Servicios de laboratorio • MRI, CT • Radiografías 	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 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.

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 • Ajustes a dentaduras postizas • Servicios integrales 	Usted paga un copago de \$10. Usted paga un copago de \$10. Usted paga un copago de \$10. Con cobertura con una prima adicional, consulte Beneficios complementarios opcionales.	Usted paga un copago de \$10. Usted paga un copago de \$10. Usted paga un copago de \$10. Con cobertura con una prima adicional, consulte 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 completo. Usted paga un copago de \$30 y se le reembolsará hasta un monto máximo de \$75 por los anteojos/lentes con entrega del recibo pago y el formulario de reembolso completo.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de terapia individual/grupal para pacientes externos 	Usted paga un copago de \$40.	Usted paga un copago de \$50.
Centro de atención de enfermería especializada	Días 1 a 5: copago de \$0. Días 6 a 20: copago de \$20 por día. Días 21 a 100: copago de \$150 por día.	Usted paga el 30 % del costo.
Fisioterapia	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga un copago de \$30.
Ambulancia <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	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 minorista: suministro para 30 días	Farmacia minorista o de pedido por correo: suministro para 90 días	

Medicamentos con receta para pacientes externos

Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0.	Copago de \$0.	Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$10.	Copago de \$20.	
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$40.	Copago de \$80.	
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$85.	Copago de \$170.	
Nivel 5: medicamentos especializados	33 % del costo.	33 % del costo.	

Los costos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y el momento en el que ingresa en una nueva etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de una farmacia y las etapas del beneficio, llámenos o consulte nuestra Evidencia de cobertura en línea.

Período sin cobertura

Para los medicamentos del Nivel 1 y los medicamentos genéricos selectos del Nivel 3, usted paga su copago del Nivel 1 o Nivel 3 o el 37 % del costo, el monto que sea menor. Para todos los demás medicamentos genéricos cubiertos, usted paga el 37 % del costo. Para los medicamentos de marca selectos del Nivel 3, usted paga el copago del Nivel 3 o el 25 % del costo (además de una parte del costo de suministro), el monto que sea menor. 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 lleguen a un total de \$5,100. 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 2019). 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 \$3.40 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$8.50 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 la prima de la Parte B de Medicare.	
Deducible	No hay deducible.	
Monto máximo que paga de su bolsillo	Usted no paga más de \$3,000 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	Días 1 a 6: \$175 por día. Día 7 en adelante: \$0 por día.	Usted paga el 35 % del costo.
Cirugía para pacientes externos		
• Servicios hospitalarios para pacientes externos	Usted paga un copago de \$100.	Usted paga un copago de \$225.
• Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga un copago de \$75.	Usted paga un copago de \$175.
Visitas al consultorio		
• Médico de atención primaria	Usted paga un copago de \$10.	Usted paga un copago de \$40.
• Médico especialista	Usted paga un copago de \$25.	Usted paga un copago de \$50.

Primas y beneficios	Care N' Care Choice MA-Only (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección de diabetes)	Usted no paga nada. Algunos servicios cubiertos no tienen costo.	Usted paga un copago de \$30.
Atención de emergencia	Usted paga \$100 por consulta. 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 consulta. 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 consulta.	Usted paga un copago de \$30 por consulta.
Servicios de diagnóstico/laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imagen <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos y pruebas de diagnóstico • Estudio del sueño • Servicios de laboratorio • MRI, CT • Radiografías 	<p>Usted paga un copago de \$0 en el consultorio del médico.</p> <p>Usted paga un copago de \$5 en un centro hospitalario para pacientes externos.</p> <p>Usted paga un copago de \$100.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 en el consultorio del médico.</p> <p>Usted paga un copago de \$5 en un centro hospitalario para pacientes externos.</p> <p>Usted paga \$150.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p>	<p>Usted paga un copago de \$10 en el consultorio del médico.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario para pacientes externos.</p> <p>Usted paga un copago de \$150.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 en el consultorio del médico.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario para pacientes externos.</p> <p>Usted paga un copago de \$200.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 en el consultorio del médico.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario para pacientes externos.</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 \$699 por cada audífono para audífonos avanzados.*</p> <p>Usted paga un copago de \$999 por cada audífono 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 audífono para audífonos avanzados.*</p> <p>Usted paga un copago de \$999 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 • Ajustes a dentaduras postizas • Servicios integrales 	<p>Usted paga un copago de \$10.</p> <p>Usted paga un copago de \$10.</p> <p>Usted paga un copago de \$10.</p> <p>Con cobertura con una prima adicional, consulte Beneficios complementarios opcionales.</p>	<p>Usted paga un copago de \$10.</p> <p>Usted paga un copago de \$10.</p> <p>Usted paga un copago de \$10.</p> <p>Con cobertura con una prima adicional, consulte Beneficios complementarios opcionales.</p>

Primas y beneficios	Care N' Care Choice MA-Only (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
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 completo. Usted paga un copago de \$30 y se le reembolsará hasta un monto máximo de \$75 por los anteojos/lentes con entrega del recibo pago y el formulario de reembolso completo.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> Consulta de terapia individual/grupal para pacientes externos 	Usted paga un copago de \$35.	Usted paga un copago de \$50.
Centro de atención de enfermería especializada	Días 1 a 5: copago de \$0. Días 6 a 20: copago de \$20 por día. Días 21 a 100: copago de \$160 por día.	Usted paga el 35 % del costo.
Fisioterapia	Usted paga un copago de \$10.	Usted paga un copago de \$20.
Ambulancia <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	Usted paga el 20 % del costo.	Usted paga el 30 % del costo.

Beneficios complementarios opcionales

Servicios integrales Prima de \$18.

Servicios de restauración (hasta 4 empastes completos por año)

Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D2140	Empaste de amalgama: una superficie		\$35.00
D2150	Empaste de amalgama: dos superficies		\$45.00
D2160	Empaste de amalgama: tres superficies		\$55.00
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, anterior		\$50.00
D2331	Compuesto a base de resina: dos superficies, anterior		\$65.00
D2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, anterior		\$80.00

Coronas (un total de 2 por año; período de espera de 6 meses)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D2740	Corona: sustrato de porcelana/cerámica		\$295.00
D2750	Corona: porcelana fundida a metal altamente noble		\$275.00
D2751	Corona: porcelana fundida a metal predominantemente base		\$305.00
D2752	Corona: porcelana fundida a metal noble		\$320.00
D2791	Corona: metal base completamente fundido		\$307.00
D2792	Corona: metal noble completamente fundido		\$305.00
Raspado y alisado radicular (un total de 2 por año)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D4341	Raspado y alisado radicular (por cuadrante)	1/12 meses	\$53.00
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular, 1 a 3 dientes	1/12 meses	\$30.00
D4355	Desbridamiento en toda la boca	1/12 meses	\$32.00
Prostodoncia: extraíble (período de espera de 6 meses)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5110	Dentadura postiza completa maxilar	1/60 meses	\$206.00
D5120	Dentadura postiza completa mandibular	1/60 meses	\$206.00
D5130	Dentadura postiza inmediata maxilar (en vez de D5110)	1/60 meses	\$213.75
D5140	Dentadura postiza inmediata mandibular (en vez de D5120)	1/60 meses	\$213.75
Dentaduras postizas parciales (incluye atención de rutina después de la colocación)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, armazón de metal	1/60 meses	\$217.75
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, armazón de metal	1/60 meses	\$217.75
Ajustes a dentaduras postizas (hasta 2 por año)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa maxilar		\$0.00
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa mandibular		\$0.00
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial maxilar		\$0.00
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial mandibular		\$0.00
Reparaciones a dentaduras postizas completas			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5510	Reparación de base quebrada de dentadura postiza completa		\$39.00
D5520	Reemplazo de dientes faltantes/quebrados, dentadura postiza completa		\$31.00

Reparaciones a dentaduras postizas parciales			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5610	Reparación de base de resina de dentadura postiza		\$45.00
D5640	Reemplazo de dientes quebrados, por diente		\$30.00
Extracciones (hasta 2 por año)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7140	Extracción, diente brotado		\$40.00
D7210	Extracción quirúrgica		\$75.00

LISTA DE VERIFICACIÓN ANTES DE 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 1-877-665-2622 y hablar con un especialista de Medicare.

Comprensión de 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 cnhealthplan.com o llame al 1-877-665-2622 para consultar 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 encuentran en la red. Si no aparecen en la lista, significa que es posible que deba elegir a 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 lista, es posible que deba elegir una nueva farmacia para obtener sus medicamentos con receta.

Comprensión de 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 2020.
- 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.