

RESUMEN DE BENEFICIOS

CARE N' CARE CLASSIC (HMO)

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 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, Dallas, Denton, Hood, Johnson, Parker, Rockwall, 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 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.cnchealthplan.com>.

Primas y beneficios	Care N' Care Classic (HMO)
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 \$3,400 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	Día 1: \$225 por día. Días 2 a 5: \$75 por día. Día 6 en adelante: \$0 por día.
Cirugía para pacientes externos <ul style="list-style-type: none"> Servicios hospitalarios para pacientes externos Centro quirúrgico ambulatorio 	Usted paga un copago de \$175. Usted paga un copago de \$125.
Visitas al consultorio <ul style="list-style-type: none"> Médico de atención primaria Médico especialista 	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$15. Se requiere remisión para las consultas a especialistas.
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección de diabetes)	Usted no paga nada. Hay otros servicios preventivos disponibles. Algunos servicios cubiertos no tienen costo.
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.

Primas y beneficios	Care N' Care Classic (HMO)
Servicios de urgencia	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. 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.* *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 \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. 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.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de terapia individual/ grupal para pacientes externos 	Usted paga un copago de \$40.
Centro de atención de enfermería especializada	Días 1 a 20: copago de \$0. Días 21 a 100: copago de \$160 por día.
Fisioterapia	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.
Transporte	Sin cobertura.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga el 20 % 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 \$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 \$95.	Copago de \$190.	
Nivel 5: medicamentos especializados	33 % del costo.	33 % del costo.	

Medicamentos con receta para pacientes externos

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).

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

*Los costos de laboratorio corren por cuenta del miembro.

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 <https://www.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.
- 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

- Debe continuar 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.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios brindados por proveedores fuera de red (médicos que no aparecen en el directorio de proveedores).