

Resumen de beneficios

CARE N' CARE CHOICE (PPO)

CARE N' CARE CHOICE PLUS (PPO)

1 de enero de 2020 - 31 de diciembre de 2020

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

La información de beneficios proporcionada no menciona todos los servicios que cubrimos ni menciona cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la "Evidencia de cobertura".

Para unirse a un plan Care N' Care (PPO), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas: **Collin, Cooke, Dallas, Denton, Erath, Hood, Johnson, Parker, Palo Pinto, Rockwall, Somervell, 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 de urgencia, los proveedores no contratados pueden negarle la atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos por parte de proveedores no contratados.

Para la cobertura y los costos de Medicare Original, revise su manual "**Medicare y usted**" actual. 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 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 el sitio web cnchealthplan.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 su prima de la Parte B de Medicare	
Deducible	No deducible	
Monto máximo de desembolso personal	Usted no paga más de \$3,900 al año por servicios dentro de la red, a menos que se excluya específicamente.	Usted no paga más de \$7,500 anuales por los servicios combinados dentro y fuera de la red a menos que se excluyan específicamente.
Hospital para hospitalización	Día 1: \$250 por día Días 2-6: \$125 por día Días 7 y más: \$0 por día	Usted paga el 35% del costo.
Cirugía ambulatoria • Hospital ambulatorio • 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 doctor • Primario • 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
Cuidado preventivo (por ejemplo, vacuna contra la gripe, exámenes de la diabetes)	No paga nada. Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo.	Usted paga un copago de \$30
Atención de emergencia	Usted paga \$75 por visita El copago de emergencia no se aplica si usted es ingresado a un hospital dentro de los 3 días debido a la misma condición.	Usted paga \$75 por visita El copago de emergencia no se aplica si usted es ingresado a un hospital dentro de los 3 días debido a la misma condición.
Servicios que se necesitan con urgencia	Usted paga un copago de \$30 por visita.	Usted paga un copago de \$30 por visita.
Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/Imágenes	Usted paga un copago de \$10	Usted paga un copago de \$25
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico y procedimientos • Estudio del sueño • Servicios de laboratorio • Resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), Tomografía axial computarizada (CAT Scan, por sus siglas en inglés) • Rayos X 	<p>Usted paga un copago de \$150</p> <p>Usted paga un copago de \$10</p> <p>Usted paga \$200</p>	<p>Usted paga un copago de \$200</p> <p>Usted paga un copago de \$25</p> <p>Usted paga un copago de \$250</p>
Servicios auditivos	Usted paga un copago de \$10	Usted paga un copago de \$25
<ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina • Audífonos 	<p>Usted paga un copago de \$45*</p> <p>Usted paga un copago de \$699 para audífonos de Advanced Aids*</p> <p>Usted paga un copago de \$999 para audífonos de Advanced Aids*</p> <p>*No cuenta para su monto máximo de desembolso personal</p>	<p>Usted paga un copago de \$45*</p> <p>Usted paga un copago de \$699 para audífonos de Advanced Aids*</p> <p>Usted paga un copago de \$999 para audífonos de Advanced Aids*</p> <p>*No cuenta para su monto máximo de desembolso personal</p>
Servicios dentales	Usted paga un copago de \$25	Usted paga un copago de \$25
<ul style="list-style-type: none"> • Examen oral y de limpieza • Rayos X • Ajustes de prótesis • Servicios comprensivos 	<p>Usted paga un copago de \$25</p> <p>Usted paga un copago de \$25</p> <p>Cubierto con prima adicional, consulte Beneficios suplementarios opcionales.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25</p> <p>Usted paga un copago de \$25</p> <p>Usted paga un copago de \$25</p> <p>Cubierto con prima adicional, consulte Beneficios complementarios opcionales.</p>

Primas y beneficios	Care N' Care Choice (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de la vista <ul style="list-style-type: none"> Examen de rutina de la vista Anteojos, lentes y marcos 	Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$0 con un monto de beneficio máximo de \$100	Usted paga un copago de \$50. Se le reembolsará hasta un monto máximo de \$30 por un examen ocular de rutina con la presentación del recibo pagado y el formulario de reembolso completado. Usted paga un copago de \$30 y será reembolsado una cantidad máxima de hasta \$50 por marcos, lentes/anteojos con presentación del recibo pagado y formulario de reembolso completado.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> Visita de terapia grupal ambulatoria/terapia individual 	Usted paga un copago de \$40	Usted paga un copago de \$60
Centro de enfermería especializada	Días 1-20: 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 <ul style="list-style-type: none"> 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	No cubierto	No cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga el 20% del costo	Usted paga el 30% del costo

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Deducible	Usted paga \$0		
Cobertura inicial	Suministro para 30 días de una prescripción en un establecimiento minorista	Venta al por menor o por pedido por correo de un suministro para 90 días	
Nivel 1: genéricos preferidos	Copago de \$5	Copago de \$10	Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, usted paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista estándar.
Nivel 2: genéricos	Copago de \$15	Copago de \$30	
Nivel 3: marcas preferidas	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	

El costo compartido puede 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 específico de la farmacia adicional y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de cobertura en línea.

Brecha de cobertura

Para los medicamentos genéricos de Nivel 1 y ciertos medicamentos genéricos del Nivel 2 y 3, usted paga ya sea 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, usted 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 permanecerá en esta etapa hasta que sus "costos de desembolso personal" (sus pagos) del año hasta la fecha lleguen a un total de \$6,350. Este monto y las reglas para calcular los costos para llegar a este monto han sido establecidos por Medicare.

Cobertura catastrófica

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2020). Su parte de los costos de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que fuese mayor (coseguro por el 5% del costo del medicamento, o \$3.60 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como uno genérico y \$8.95 por todos los otros 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 deducible	
Monto máximo de desembolso personal	Usted no paga más de \$3,400 al año por servicios dentro de la red, a menos que se excluya específicamente.	Usted no paga más de \$5,100 al año por los servicios combinados dentro y fuera de la red a menos que se excluyan específicamente.
Hospital para hospitalización	Días 1-6: \$250 por día Días 7 y más: \$0 por día	Usted paga el 25% del costo
Cirugía ambulatoria • Hospital ambulatorio • Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga un copago de \$200 Usted paga un copago de \$150	Usted paga un copago de \$325 Usted paga un copago de \$225
Visitas al doctor • Primario • 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
Cuidado preventivo (por ejemplo, vacuna contra la gripe, exámenes de la diabetes)	No paga nada. Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo.	Usted paga un copago de \$30
Atención de emergencia	Usted paga \$100 por visita. El copago de emergencia no se aplica si usted es ingresado a un hospital dentro de los 3 días debido a la misma condición.	Usted paga \$100 por visita El copago de emergencia no se aplica si usted es ingresado a un hospital dentro de los 3 días debido a la misma condición.
Servicios que se necesitan con urgencia	Usted paga un copago de \$30 por visita	Usted paga un copago de \$30 por visita
Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/Imágenes • Pruebas de diagnóstico y procedimientos • Estudio del sueño • Servicios de laboratorio • Resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), Tomografía axial computarizada (CAT Scan, por sus siglas en inglés) • Rayos X	Usted paga un copago de \$5 en un consultorio médico Usted paga un copago de \$10 en un centro hospitalario ambulatorio. Usted paga un copago de \$125 Usted paga un copago de \$5 en un consultorio médico Usted paga un copago de \$10 en un centro hospitalario ambulatorio. Usted paga \$175 Usted paga un copago de \$5	Usted paga un copago de \$15 en un consultorio médico Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario ambulatorio. Usted paga un copago de \$175 Usted paga un copago de \$15 en un consultorio médico Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario ambulatorio. 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 de audición de rutina Audífonos 	Usted paga un copago de \$45* Usted paga un copago de \$699 para audífonos Advanced Aids* Usted paga un copago de \$999 para audífonos de Advanced Aids* *No cuenta para su monto máximo de desembolso personal	Usted paga un copago de \$45* Usted paga un copago de \$699 para audífonos de Advanced Aids* Usted paga un copago de \$999 para audífonos de Advanced Aids* *No cuenta para su monto máximo de desembolso personal
Servicios dentales <ul style="list-style-type: none"> Examen oral y de limpieza Rayos X Ajustes de prótesis Servicios comprensivos 	Usted paga un copago de \$20 Usted paga un copago de \$20 Usted paga un copago de \$20 Cubierto con prima adicional, consulte Beneficios suplementarios opcionales.	Usted paga un copago de \$20 Usted paga un copago de \$20 Usted paga un copago de \$20 Cubierto con prima adicional, consulte Beneficios complementarios opcionales.
Servicios de la vista <ul style="list-style-type: none"> Examen de rutina de la vista Anteojos, lentes y marcos 	Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$0 con un monto de beneficio máximo de \$100	Usted paga un copago de \$40. Se le reembolsará hasta un monto máximo de \$30 por un examen ocular de rutina con la presentación del recibo pagado y el formulario de reembolso completado Usted paga un copago de \$30 y se le reembolsará una cantidad máxima de hasta \$50 por marcos, lentes/anteojos con la presentación del recibo pagado y el formulario de reembolso completado.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> Visita de terapia grupal ambulatoria/terapia individual 	Usted paga un copago de \$40	Usted paga un copago de \$55
Centro de enfermería especializada	Días 1-20: copago de \$20 por día Días 21-100: 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	No cubierto	No cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga el 20% del costo	Usted paga el 30% del costo

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Deducible	Usted paga \$0		
Cobertura inicial	Suministro para 30 días de una prescripción en un establecimiento minorista	Venta al por menor o por pedido por correo de un suministro para 90 días	
Nivel 1: genéricos preferidos	Copago de \$2	Copago de \$4	Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, usted paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista estándar.
Nivel 2: genéricos	Copago de \$12	Copago de \$24	
Nivel 3: marcas preferidas	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	

El costo compartido puede 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 específico de la farmacia adicional y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de cobertura en línea.

Brecha de cobertura

Para los medicamentos genéricos de Nivel 1 y ciertos medicamentos genéricos del Nivel 2 y 3, usted paga ya sea 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, usted 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 permanecerá en esta etapa hasta que sus "costos de desembolso personal" (sus pagos) del año hasta la fecha lleguen a un total de \$6,350. Este monto y las reglas para calcular los costos para llegar a este monto han sido establecidos por Medicare.

Cobertura catastrófica

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2020). Su parte de los costos de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que fuese mayor (coseguro por el 5% del costo del medicamento, o \$3.60 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como uno genérico y \$8.95 por todos los otros 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 deducible	
Monto máximo de desembolso personal	Usted no paga más de \$3,100 al año por servicios dentro de la red a menos que se excluya específicamente.	Usted no paga más de \$5,100 al año por los servicios combinados dentro y fuera de la red a menos que se excluyan específicamente.
Hospital para hospitalización	Copago de \$0	Usted paga el 30% del costo.

Primas y beneficios	Care N' Care Choice Premium (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Cirugía ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> • Hospital ambulatorio • Centro quirúrgico ambulatorio 	Copago de \$0	Usted paga un copago de \$225 Usted paga un copago de \$200
Visitas al doctor <ul style="list-style-type: none"> • Primario • Especialista 	Copago de \$0	Usted paga un copago de \$35 Usted paga un copago de \$40
Cuidado preventivo (por ejemplo, vacuna contra la gripe, exámenes de la diabetes)	No paga nada. Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo.	Usted paga un copago de \$30
Atención de emergencia	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios que se necesitan con urgencia	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/Imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico y procedimientos • Estudio del sueño • Servicios de laboratorio • Resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), Tomografía axial computarizada (CAT Scan, por sus siglas en inglés) • Rayos X 	Copago de \$0	Usted paga un copago de \$10 en un consultorio médico Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario ambulatorio. Usted paga un copago de \$150 Usted paga un copago de \$10 en un consultorio médico Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario ambulatorio. Usted paga un copago de \$200 Usted paga un copago de \$10 en un consultorio médico Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario ambulatorio.
Servicios auditivos <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina • Audífonos 	Usted paga un copago de \$45* Usted paga un copago de \$699 para audífonos de Advanced Aids* Usted paga un copago de \$999 para audífonos de Advanced Aids* *No cuenta para el desembolso personal máximo	Usted paga un copago de \$45* Usted paga un copago de \$699 para audífonos de Advanced Aids* Usted paga un copago de \$999 para audífonos de Advanced Aids* *No cuenta para su monto máximo de desembolso personal

Primas y beneficios	Care N' Care Choice Premium (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral y de limpieza • Rayos X • Ajustes de prótesis • Servicios comprensivos 	Copago de \$0	Usted paga un copago de \$10 Usted paga un copago de \$10 Usted paga un copago de \$10 Cubierto con prima adicional, consulte Beneficios complementarios opcionales.
Servicios de la vista <ul style="list-style-type: none"> • Examen de rutina de la vista • Anteojos, lentes y marcos 	Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$0 con un monto de beneficio máximo de \$150	Usted paga un copago de \$35. Se le reembolsará hasta un monto máximo de \$30 por un examen ocular de rutina con la presentación del recibo pagado y el formulario de reembolso completado Usted paga un copago de \$30 y se le reembolsará una cantidad máxima de hasta \$75 por marcos, lentes/anteojos con presentación del recibo pagado y formulario de reembolso completado.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Visita de terapia grupal ambulatoria/terapia individual 	Copago de \$0	Usted paga un copago de \$50
Centro de enfermería especializada	Copago de \$0	Usted paga el 30% del costo
Fisioterapia	Copago de \$0	Usted paga un copago de \$30
Ambulancia <ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia terrestre • Ambulancia aérea 	Copago de \$0	Usted paga un copago de \$225 Usted paga el 20% del costo
Transporte	No cubierto	No cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Copago de \$0	Usted paga el 30% del costo

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Deducible	Usted paga \$0		
Cobertura inicial	Suministro para 30 días de una prescripción en un establecimiento minorista	Venta al por menor o por pedido por correo de un suministro para 90 días	
Nivel 1: genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, usted paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista estándar.
Nivel 2: genéricos	Copago de \$10	Copago de \$20	
Nivel 3: marcas preferidas	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	

El costo compartido puede 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 específico de la farmacia adicional y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de cobertura en línea.

Brecha de cobertura

Para los medicamentos genéricos de Nivel 1 y ciertos medicamentos genéricos del Nivel 2 y 3, usted paga ya sea 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, usted 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 permanecerá en esta etapa hasta que sus "costos de desembolso personal" (sus pagos) del año hasta la fecha lleguen a un total de \$6,350. Este monto y las reglas para calcular los costos para llegar a este monto han sido establecidos por Medicare.

Cobertura catastrófica

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2020). Su parte de los costos de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que fuese mayor (coseguro por el 5% del costo del medicamento, o \$3.60 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como uno genérico y \$8.95 por todos los otros 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 deducible	
Monto máximo de desembolso personal	Usted no paga más de \$3,000 anualmente por servicios dentro de la red, a menos que se excluya específicamente.	Usted no paga más de \$5,100 al año por los servicios combinados dentro y fuera de la red a menos que se excluyan específicamente.
Hospital para hospitalización	Días 1-6: \$175 por día Días 7 y más: \$0 por día	Usted paga el 35% del costo.
Cirugía ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> • Hospital ambulatorio • Centro quirúrgico ambulatorio 	Usted paga un copago de \$100 Usted paga un copago de \$75	Usted paga un copago de \$225 Usted paga un copago de \$175
Visitas al doctor <ul style="list-style-type: none"> • Primario • 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
Cuidado preventivo (por ejemplo, vacuna contra la gripe, exámenes de la diabetes)	No paga nada. Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo.	Usted paga un copago de \$30
Atención de emergencia	Usted paga \$100 por visita El copago de emergencia no se aplica si usted es ingresado a un hospital dentro de los 3 días debido a la misma condición.	Usted paga \$100 por visita El copago de emergencia no se aplica si usted es ingresado a un hospital dentro de los 3 días debido a la misma condición.
Servicios que se necesitan con urgencia	Usted paga un copago de \$30 por visita	Usted paga un copago de \$30 por visita

Primas y beneficios	Care N' Care Choice MA-Only (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/Imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico y procedimientos • Estudio del sueño • Servicios de laboratorio • Resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), Tomografía axial computarizada (CAT Scan, por sus siglas en inglés) • Rayos X 	Usted paga un copago de \$0 en un consultorio médico. Usted paga un copago de \$5 en un centro hospitalario ambulatorio. Usted paga un copago de \$100 Usted paga un copago de \$0 en un consultorio médico. Usted paga un copago de \$5 en un centro instalación hospitalaria. Usted paga \$150 Usted paga un copago de \$0	Usted paga un copago de \$10 en un consultorio médico. Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario ambulatorio. Usted paga un copago de \$150 Usted paga un copago de \$10 en un consultorio médico. Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario ambulatorio. Usted paga un copago de \$200 Usted paga un copago de \$10 en un consultorio médico. Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario ambulatorio.
Servicios auditivos <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina • Audífonos 	Usted paga un copago de \$45* Usted paga un copago de \$699 para audífonos de Advanced Aids* Usted paga un copago de \$999 para audífonos de Advanced Aids* *No cuenta para su monto máximo de desembolso personal	Usted paga un copago de \$45* Usted paga un copago de \$699 para audífonos de Advanced Aids* Usted paga un copago de \$999 para audífonos de Advanced Aids* *No cuenta para su monto máximo de desembolso personal
Servicios dentales <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral y de limpieza • Rayos X • Ajustes de prótesis • Servicios comprensivos 	Usted paga un copago de \$10 Usted paga un copago de \$10 Usted paga un copago de \$10 Cubierto con prima adicional, consulte Beneficios suplementarios opcionales.	Usted paga un copago de \$10 Usted paga un copago de \$10 Usted paga un copago de \$10 Cubierto con prima adicional, consulte Beneficios complementarios opcionales.

Primas y beneficios	Care N' Care Choice MA-Only (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de la vista <ul style="list-style-type: none"> Examen de rutina de la vista Anteojos, lentes y marcos 	Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$0 con un monto de beneficio máximo de \$150	Usted paga un copago de \$35. Se le reembolsará hasta un monto máximo de \$30 por un examen ocular de rutina con la presentación del recibo pagado y el formulario de reembolso completado Usted paga un copago de \$30 y se le reembolsará hasta una cantidad máxima de \$75 por marcos, lentes/ anteojos con presentación de recibo pagado y formulario de reembolso completado.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> Visita de terapia grupal ambulatoria/terapia individual 	Usted paga un copago de \$35	Usted paga un copago de \$50
Centro de enfermería especializada	Días 1-5: \$0 de copago Días 6-20: copago de \$20 por día Días 21-100: 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	No cubierto	No cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga el 20% del costo	Usted paga el 30% del costo

Beneficios complementarios opcionales			
Servicios comprensivos		Prima de \$18	
Restaurativo (hasta 4 empastes totales por año)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago para los miembros
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 (total de 2 por año - período de espera de 6 meses)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago para los miembros
D2740	Corona: sustrato de porcelana/cerámica		\$295.00
D2750	Corona: Porcelana fusionada con un metal de alta nobleza		\$275.00
D2751	Corona: Porcelana fusionada con predominantemente metal base		\$305.00
D2752	Corona: Porcelana fusionada con un metal noble		\$320.00
D2791	Corona: metal fundido base completo		\$307.00
D2792	Corona: metal fundido noble de completo		\$305.00
Raspado y alisado de rala raíz (Total de 2 por año)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago para los miembros
D4341	Raspado y alisado de la raíz (por cuadrante)	1/12 meses	\$53.00
D4342	Periodontal Raspado y alisado de la raíz, 1-3 dientes	1/12 meses	\$30.00
D4355	Desbridamiento de boca completa	1/12 meses	\$32.00
Prostodoncia: extraíble (Período de espera de 6 meses)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago para los miembros
D5110	Dentadura completa: maxilar	1/60 meses	\$206.00
D5120	Dentadura completa: mandibular	1/60 meses	\$206.00
D5130	Dentadura inmediata: maxilar (en lugar de D5110)	1/60 meses	\$213.75
D5140	Dentadura inmediata: mandibular (en lugar de D5120)	1/60 meses	\$213.75
Dentaduras postizas parciales (incluida la atención de rutina posterior al parto)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago para los miembros
D5213	Dentadura postiza maxilar: estructura de metal fundido	1/60 meses	\$217.75
D5214	Dentadura postiza mandibular: estructura de metal fundido	1/60 meses	\$217.75
Ajustes de prótesis (hasta 2 por año)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago para los miembros
D5410	Ajustar la dentadura completa: maxilar		\$0.00
D5411	Ajustar la dentadura completa: mandibular		\$0.00
D5421	Ajustar la dentadura parcial: maxilar		\$0.00
D5422	Ajustar la dentadura parcial: mandibular		\$0.00

Reparaciones para dentaduras postizas completas			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago para los miembros
D5510	Reparación de base rota de dentadura completa		\$39.00
D5520	Reemplazar dientes perdidos / rotos, dentadura completa		\$31.00
Reparaciones de prótesis parciales			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago para los miembros
D5610	Reparación de base de prótesis de resina		\$45.00
D5640	Reemplazar dientes rotos, por diente		\$30.00
Extracciones (hasta 2 por año)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago para los miembros
D7140	Extracción, diente erupcionado		\$40.00
D7210	Extracción quirúrgica		\$75.00

**Las tarifas de laboratorio son responsabilidad del miembro.*

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un Especialista de Medicare al 1-877-665-2622

Comprender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentran en la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente para aquellos servicios por los que habitualmente consulta a un médico. Visite cnhealthplan.com o llame al 1-877-665-2622 para obtener una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora están en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico o pagar una mayor parte del costo.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado está en la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para surtir sus prescripciones.

Comprender las reglas importantes

- Si selecciona un plan con una prima mensual, además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2020.
- Nuestro plan le permite consultar proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden negar la atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos por parte de proveedores no contratados.

La discriminación va en contra de la ley

Care N' Care cumple con 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 las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Care N' Care:

- Proporciona ayuda y servicios gratis a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tal como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Care N' Care al 1-877-665-2622 (TTY: 711) del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (CST), 7 días a la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (CST), de lunes a viernes.

Si considera que Care N' Care no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Care N' Care, Atención: Apelaciones y quejas, 1701 River Run, Suite 402, Fort Worth, TX 76107, 1-877-374-7993, (TTY 711), o por fax al 817-810-5214. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Departamento de Apelaciones y quejas está disponible para ayudarlo.

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, Building HHH, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponible en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

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

Español: ATENCIÓN: si habla español, existen servicios de asistencia lingüística gratuitos a su disposición. Llame al 1-877-665-2622 (TTY:711)

Français (French): ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-665-2622 (ATS: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-665-2622 (телетайп: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-665-2622 (TTY:711)。

繁體中文(Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-665-2622 (TTY:711)まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1- 877-374-7993 (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-665-2622 (TTY:711).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-665-2622 (TTY: 711).

عربي (Arabic):

مقرب لصوتنا. نأجمل لك رفقتك في وقت عيوغلالا عدعاسملا تامدخ نإف، عغلالا ركذا تدحت تنك اذا: تقوولم
1-877-665-2622 (TTY:711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-665-2622 (TTY: 711).

سماط یسراف (Persian): یم مهارف امش یارب ناگیار تروصب ینابز تلایسرت، دینک یم وگتفگ یسراف نابز هب
رگا: هجوت اب دشاب 1-877-665-2622 (TTY: 711). دیریگب

ह दिी (Hindi): ध्यान दें: यदद आपु ह दिी बोलते हैं तो आपके ललए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-665-2622 (TTY: 711) पर काल करें।

وُدرًا (Urdu):

سے باکت سرد سے تم تامدخ یک دم یک نابز وک ہاوت، سے تلوب ودرًا
1-877-665-2622 (TTY: 711). لاک سے رک

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નન:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-665-2622 (TTY: 711).

ພາສາລາວ (Laotian/Lao):

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີອັມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-877-665-2622 (TTY: 711).