

Resumen de beneficios

CARE N' CARE CLASSIC (HMO)

1 de enero de 2020 al 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 Care N' Care Classic (HMO), 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.**

Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios.

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. Puede llamar las 24 horas del día.

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille o letra grande. Para más información, llámenos al 1-877-665-2622 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para hablar con un especialista de Medicare desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro, los siete días de la semana y, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro, de lunes a viernes. o visite el sitio web cnchealthplan.com.

Primas y beneficios	Care N' Care Classic (HMO)
Prima mensual del plan	Usted paga \$0 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare
Deducible	No deducible
Monto máximo de desembolso personal	Usted no paga más de \$2,900 anualmente Incluye copagos y otros costos por servicios médicos para el año, a menos que se excluyan específicamente.
Hospital para hospitalización	Día 1: \$225 por día Días 2-5: \$75 por día Días 6 y más allá: \$0 por día
Cirugía ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> Hospital ambulatorio Centro quirúrgico ambulatorio 	Usted paga un copago de \$175 Usted paga un copago de \$125
Visitas al doctor <ul style="list-style-type: none"> Primario Especialista 	Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$15. Se requiere una derivación para las visitas a especialistas.
Cuidado preventivo (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de la diabetes)	No paga nada Hay disponibles otros servicios preventivos. Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo.

Primas y beneficios	Care N' Care Classic (HMO)
Atención de emergencia	Usted paga \$75 por visita El copago para la atención de emergencia no se aplica si es hospitalizado dentro de los 3 días debido a la misma afección.
Servicios que se necesitan con urgencia	Usted paga un copago de \$30 por visita
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 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 de audición de rutina • Audífonos 	Usted paga un copago de \$45* Usted paga un copago de \$599 para audífonos de Advanced Aids* Usted paga un copago de \$899 para audífonos Premium 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 \$0 Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$0 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
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Terapia grupal ambulatoria/ visita de terapia individual 	Usted paga un copago de \$40
Centro de enfermería especializada	Días 1-20: copago de \$0 Días 21-100: 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	No cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga el 20% 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 \$95	Copago de \$190	
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).

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 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.

Cómo 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 1-877-665-2622 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 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.

Cómo 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 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.