

	Care N' Care Classic (HMO)	Care N' Care Choice (PPO)		Care N' Care Choice Plus (PPO)		Care N' Care Choice Premium (PPO)		Care N' Care Choice MA-Only (PPO)	
Prima del plan	\$0	\$0		\$55		\$200		\$0	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$3,200	\$3,900	\$7,500	\$3,500	\$7,000	\$3,500	\$10,000	\$2,500	\$5,100
<b>VISITAS AL CONSULTORIO DEL MÉDICO</b>									
Consultas al médico de atención primaria (PCP)	Copago de \$0	Copago de \$15	Copago de \$50	Copago de \$10	Copago de \$40	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$0	Copago de \$40
Consultas al especialista	Copago de \$25	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$25	Copago de \$50	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$25	Copago de \$50
<b>PODIATRÍA</b>	Copago de \$25	Copago de \$35	Copago de \$60	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$20	Copago de \$50
<b>ATENCIÓN HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERNADOS</b>	Día 1: \$250 Días 2 a 5: copago de \$100 por día Días 6 en adelante: \$0	Día 1: copago de \$250 por día Días 2 a 6: copago de \$125 por día Días 7 en adelante: \$0	35% del costo	Días 1 a 6: copago de \$250 por día Días 7 en adelante: \$0	25% del costo	Copago de \$0	30% del costo	Días 1 a 6: copago de \$100 por día Días 7 en adelante: \$0	20% del costo
<b>CENTRO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF)</b>	Días 1 a 20: copago de \$0 por día Días 21 a 100: copago de \$184 por día	Días 1 a 20: copago de \$0 por día Días 21 a 100: copago de \$167.50 por día	40% del costo	Días 1 a 20: copago de \$0 por día Días 21 a 100: copago de \$184 por día	35% del costo	Copago de \$0	30% del costo	Días 1 a 5: copago de \$0 por día. Días 6 a 20: copago de \$20 por día. Días 21 a 100: copago de \$160 por día	20% del costo
<b>SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PARA PACIENTES EXTERNOS</b>									
Consulta de terapia ocupacional	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$60	Copago de \$15	Copago de \$30	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$10	Copago de \$20
Consultas para fisioterapia/terapia del habla/terapia del lenguaje	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$60	Copago de \$25	Copago de \$45	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$10	Copago de \$20
<b>SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR</b>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$30	Copago de \$0	Copago de \$40	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$15	Copago de \$40
<b>AMBULANCIA</b> • Ambulancia terrestre • Ambulancia aérea	Copago de \$275 20% del costo	Copago de \$200 20% del costo		Copago de \$225 20% del costo		Copago de \$0	35% del costo	Copago de \$225 20% del costo	
<b>ATENCIÓN DE EMERGENCIA</b>	Copago de \$120	Copago de \$90		Copago de \$90		Copago de \$0		Copago de \$100	
<b>CIRUGÍA PARA PACIENTES EXTERNOS</b>									
Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$180	Copago de \$200	Copago de \$275	Copago de \$175	Copago de \$350	Copago de \$0	35% del costo	Copago de \$75	Copago de \$175
Centro hospitalario para pacientes externos	Copago de \$200	Copago de \$250	Copago de \$350	Copago de \$200	Copago de \$325	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$100	Copago de \$225
<b>PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO Y SERVICIOS DE LABORATORIO</b>									
Procedimientos y pruebas de diagnóstico básicos	Copago de \$0	Copago de \$10	Copago de \$25	Copago de \$5 a \$10	Copago de \$15 a \$25	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$0 a \$6	Copago de \$10 a \$25
Servicios de laboratorio	Copago de \$0	Copago de \$10	Copago de \$25	Copago de \$5 a \$10	Copago de \$15 a \$25	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$0 a \$5	Copago de \$10 a \$25
<b>RADIOGRAFÍAS PARA PACIENTES EXTERNOS</b>	Copago de \$0	Copago de \$10	Copago de \$25	Copago de \$5	Copago de \$30	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$0	Copago de \$10 a \$25
<b>SERVICIOS DE RADIOLOGÍA TERAPÉUTICA</b> (como radioterapia contra el cáncer)	20% del costo	20% del costo	30% del costo	20% del costo	30% del costo	Copago de \$0	30% del costo	20% del costo	30% del costo
<b>EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME)</b>	20% del costo	20% del costo	30% del costo	20% del costo	30% del costo	Copago de \$0	35% del costo	20% del costo	20% del costo
<b>BENEFICIOS ADICIONALES</b>									
<b>BENEFICIO DE GIMNASIO</b>	Cantidad ilimitada de visitas a un gimnasio participante de SilverSneakers®.	Cantidad ilimitada de visitas a un gimnasio participante de SilverSneakers®.		Cantidad ilimitada de visitas a un gimnasio participante de SilverSneakers®.		Cantidad ilimitada de visitas a un gimnasio participante de SilverSneakers®.		Cantidad de visitas ilimitadas a un gimnasio participante de SilverSneakers®.	
<b>MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE (OTC)</b>	\$30 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos OTC aprobados por el plan.	\$30 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos OTC aprobados por el plan.		\$30 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos OTC aprobados por el plan.		\$30 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos OTC aprobados por el plan.		\$30 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos OTC aprobados por el plan.	

**Para obtener más información** sobre los planes de salud Care N' Care (HMO/PPO), llame al **877-905-9208** (TTY 711) desde el 1.º octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

parte de

Southwestern Health Resources



2021	Care N' Care Classic (HMO)			Care N' Care Choice (PPO)			Care N' Care Choice Plus (PPO)			Care N' Care Choice Premium (PPO)			Care N' Care Choice MA-ONLY (PPO)		
	DENTRO DE LA RED			DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED		DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED		DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED		DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	
<b>COBERTURA DENTAL</b>															
Los servicios odontológicos preventivos incluyen los siguientes: • Limpieza • Radiografías dentales • Examen bucal	Copago de \$0			Copago de \$0	Copago de \$0		Copago de \$0	Copago de \$0		Copago de \$0	Copago de \$0		Copago de \$0	Copago de \$0	
Servicios cubiertos por Medicare limitados	Copago de \$0			Copago de \$0	Copago de \$0		Copago de \$0	Copago de \$40		Copago de \$0	Copago de \$0		Copago de \$0	Copago de \$0	
<b>COBERTURA OFTALMOLÓGICA</b>															
Examen de la vista de rutina (1 por año, incluye refracción)	Copago de \$0			Copago de \$35	Copago de \$50		Copago de \$25	Copago de \$40		Copago de \$0	Copago de \$35		Copago de \$0	Copago de \$35	
Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas	Copago de \$0			Copago de \$0	50% del costo		Copago de \$0	50% del costo		Copago de \$0	50% del costo		Copago de \$0	50% del costo	
Asignación para anteojos graduados no cubiertos por Medicare	\$150 por año			\$100 por año	De \$50 a \$80 por año a través de reembolso		\$100 por año	De \$50 a \$80 por año a través de reembolso		\$150 por año	De \$75 a \$120 por año a través reembolso		\$150 por año	De \$75 a \$120 por año a través reembolso	
<b>COBERTURA AUDITIVA</b>															
Prueba para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio	Copago de \$25			Copago de \$20	Copago de \$45		Copago de \$25	Copago de \$45		Copago de \$0	30% del costo		Copago de \$20	Copago de \$45	
Examen auditivo de rutina (hasta 1 por año)	Copago de \$45			Copago de \$45	Copago de \$45		Copago de \$45	Copago de \$45		Copago de \$45	Copago de \$45		Copago de \$45	Copago de \$45	
Audífonos	Audífonos avanzados: copago de \$599 Audífonos premium: copago de \$899			Audífonos avanzados: copago de \$699 Audífonos premium: copago de \$999			Audífonos avanzados: copago de \$699 Audífonos premium: copago de \$999			Audífonos avanzados: copago de \$699 Audífonos premium: copago de \$999			Audífonos avanzados: copago de \$699 Audífonos premium: copago de \$999		
<b>BENEFICIO DE MEDICAMENTOS CON RECETA</b>															
	PERÍODO DE COBERTURA INICIAL			PERÍODO DE COBERTURA INICIAL			PERÍODO DE COBERTURA INICIAL			PERÍODO DE COBERTURA INICIAL			PERÍODO DE COBERTURA INICIAL		
Costo minorista dentro de la red	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses	Sin cobertura		
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$5	Copago de \$10	Copago de \$10	Copago de \$2	Copago de \$4	Copago de \$4	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0			
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$15	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$12	Copago de \$24	Copago de \$24	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$20			
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$40	Copago de \$80	Copago de \$80	Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$94	Copago de \$45	Copago de \$90	Copago de \$90	Copago de \$40	Copago de \$80	Copago de \$80			
Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$95	Copago de \$190	Copago de \$190	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$200	Copago de \$90	Copago de \$180	Copago de \$180	Copago de \$85	Copago de \$170	Copago de \$170			
Nivel 5: medicamentos especializados	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo			
<b>Cobertura complementaria opcional:</b>															
<b>CLÁUSULA ADICIONAL DE SALUD DENTAL</b>															
Prima mensual	\$20			\$20			\$20			\$20			\$20		



**Aspectos destacados de los beneficios del plan para 2021**

- CARE N' CARE CLASSIC (HMO)
- CARE N' CARE CHOICE (PPO)
- CARE N' CARE CHOICE PLUS (PPO)
- CARE N' CARE CHOICE PREMIUM (PPO)
- CARE N' CARE CHOICE MA-ONLY (PPO)

Para obtener más información sobre los beneficios del plan Care N' Care HMO o PPO, llame al 877-905-9208 (TTY 711) desde el 1.º octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

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. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al 1-877-665-2622 (TTY 711) desde el 1.º octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro. Promoción paga. Los proveedores que no pertenecen a la red/que no están contratados no tienen la obligación de tratar a miembros de Care N' Care, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro Servicio de atención al cliente o consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.