

Resumen de beneficios

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

1 de enero de 2021 - 31 de diciembre de 2021

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 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 del 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, los siete días de la semana.

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille o letra grande. Para más información, llámenos al 1-877-905-9210 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para hablar con un especialista de Medicare, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (CST), siete días a la semana; o del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (CST), de lunes a viernes, o visítenos en cnchealthplan.com.

CARE N' CARE CHOICE (PPO)

¹Los servicios pueden requerir autorización previa

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 anuales por servicios dentro de la red, a menos que se excluyan 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 ¹	Día 1: \$250 por día Días 2-6: \$125 por día Días 7 y más allá: \$0 por día	Usted paga el 35% del costo

¹Los servicios pueden requerir autorización previa

Primas y Beneficios	Care N' Care Choice (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
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 médico • 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 \$70
Cuidado preventivo (por ejemplo, vacuna contra la gripe, exámenes de la diabetes)	No paga nada. Hay disponibles algunos servicios cubiertos que tienen un costo.	Usted paga un copago de \$30
Atención de emergencia	Usted paga \$90 por visita El copago para la atención de emergencia no se aplica si es hospitalizado dentro de los 3 días debido a la misma condición.	Usted paga \$90 por visita El copago para la atención de emergencia no se aplica si es hospitalizado 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 ¹ • Pruebas de diagnóstico y procedimientos básicos • Estudio del sueño • Servicios de laboratorio • Resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), tomografía axial computarizada (CAT Scan, en inglés) • Rayos X	Usted paga un copago de \$10 Usted paga un copago de \$150 Usted paga un copago de \$10 Usted paga un copago de \$200 Usted paga un copago de \$10	Usted paga un copago de \$25 Usted paga un copago de \$200 Usted paga un copago de \$25 Usted paga un copago de \$200 Usted paga un copago de \$25
Servicios auditivos • Examen de audición de rutina • Audífonos	Usted paga un copago de \$45* Usted paga un copago de \$699 por cada audífono de Advanced Aids* Usted paga un copago de \$999 por cada audífono de Premium Aids* *No cuenta para su monto máximo de desembolso personal	Usted paga un copago de \$45* Usted paga un copago de \$699 por cada audífono de Advanced Aids* Usted paga un copago de \$999 por cada audífono de Premium Aids* *No cuenta para su monto máximo de desembolso personal

¹Los servicios pueden requerir autorización previa ²Se requiere autorización previa para el transporte que no sea de emergencia

Primas y Beneficios	Care N' Care Choice (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral y limpieza • Rayos X • Tratamientos con flúor • Servicios comprensivos 	<p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Cubierto con prima adicional, consulte Beneficios complementarios opcionales.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Cubierto con prima adicional, consulte Beneficios complementarios opcionales.</p>
Servicios de la vista <ul style="list-style-type: none"> • Examen de rutina de la vista • Anteojos, lentes y marcos 	<p>Usted paga un copago de \$35</p> <p>Usted paga un copago de \$0. Pueden aplicarse los beneficios máximos del plan.</p>	<p>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.</p> <p>Usted paga un copago de \$30. Pueden aplicarse los beneficios máximos del plan.</p>
Servicios de salud mental¹ <ul style="list-style-type: none"> • Terapia grupal ambulatoria/visita de terapia individual 	<p>Usted paga un copago de \$40</p>	<p>Usted paga un copago de \$60</p>
Centro de enfermería especializada¹	<p>Días 1-20: Copago de \$0</p> <p>Días 21-100: copago de \$167.50 por día</p>	<p>Usted paga el 40% del costo</p>
Fisioterapia	<p>Usted paga un copago de \$40</p>	<p>Usted paga un copago de \$60</p>
Ambulancia² <ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia terrestre • Ambulancia aérea 	<p>Usted paga un copago de \$200</p> <p>Usted paga 20% del costo</p>	<p>Usted paga un copago de \$200</p> <p>Usted paga 20% del costo</p>
Transporte	<p>No cubierto</p>	<p>No cubierto</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare¹	<p>Usted paga el 20% del costo</p>	<p>Usted paga el 30% del costo</p>

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 Nivel 2: genéricos Nivel 3: marcas preferidas Nivel 4: medicamentos no preferidos Nivel 5: Medicamentos especializados	Copago de \$5 Copago de \$15 Copago de \$47 Copago de \$100 33% del costo	Copago de \$10 Copago de \$30 Copago de \$94 Copago de \$200 33% del costo	Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, usted paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista estándar.
Suministro para 30 días de una prescripción en un establecimiento minorista	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	
Insulinas selectas:	Copago de \$35	Copago de \$70	Este costo compartido se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”, <i>Extra Help</i> en inglés)

Durante la etapa de cobertura inicial, sus costos de desembolso personal para insulinas selectas no superarán los \$35 para un suministro de 30 días en un establecimiento minorista o \$70 para un suministro de 90 días en un establecimiento minorista o por correo. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”, *Extra Help* en inglés). Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente.

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

Durante la etapa de Brecha de cobertura, sus costos de desembolso personal para insulinas selectas no superarán los \$35 para un suministro de 30 días en un establecimiento minorista o \$70 para un suministro de 90 días en un establecimiento minorista o por correo. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”, *Extra Help* en inglés). Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente.

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 \$6,550. Este monto y las reglas para calcular los costos para llegar a este monto han sido establecidos por Medicare.

¹Los servicios pueden requerir autorización previa

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

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 2021). 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 \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como uno genérico y \$9.20 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 \$3,500 anuales por servicios dentro de la red, a menos que se excluyan específicamente.	Usted no paga más de \$7,000 anuales por los servicios combinados dentro y fuera de la red, a menos que se excluyan específicamente.
Hospital para hospitalización ¹	Días 1-6: \$250 por día Días 7 y más allá: \$0 por día	Usted paga el 25% del costo
Cirugía ambulatoria ¹ • Hospital ambulatorio • Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga un copago de \$200 Usted paga un copago de \$175	Usted paga un copago de \$350 Usted paga un copago de \$275
Visitas al médico • 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 disponibles algunos servicios cubiertos que tienen un costo.	Usted paga un copago de \$30
Atención de emergencia	Usted paga \$90 por visita El copago para la atención de emergencia no se aplica si es hospitalizado dentro de los 3 días debido a la misma condición.	Usted paga \$90 por visita El copago para la atención de emergencia no se aplica si es hospitalizado 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

¹Los servicios pueden requerir autorización previa

Primas y Beneficios	Care N' Care Choice Plus (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios de diagnóstico/laboratorios/imágenes¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico y procedimientos básicos • Estudio del sueño • Servicios de laboratorio • Resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), tomografía axial computarizada (CAT Scan, en inglés) • Rayos X 	<p>Usted paga un copago de \$5 en un consultorio médico</p> <p>Usted paga un copago de \$10 en un centro hospitalario ambulatorio.</p> <p>Usted paga un copago de \$125</p> <p>Usted paga un copago de \$5 en un consultorio médico</p> <p>Usted paga un copago de \$10 en un centro hospitalario ambulatorio.</p> <p>Usted paga \$175</p> <p>Usted paga un copago de \$5</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 en un consultorio médico</p> <p>Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario ambulatorio.</p> <p>Usted paga un copago de \$175</p> <p>Usted paga un copago de \$15 en un consultorio médico</p> <p>Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario ambulatorio.</p> <p>Usted paga un copago de \$200</p> <p>Usted paga un copago de \$30</p>
<p>Servicios auditivos</p> <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 por cada audífono de Advanced Aids*</p> <p>Usted paga un copago de \$999 por cada audífono de Premium 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 por cada audífono de Advanced Aids*</p> <p>Usted paga un copago de \$999 por cada audífono de Premium Aids*</p> <p>*No cuenta para su monto máximo de desembolso personal</p>
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral y limpieza • Rayos X • Tratamientos con flúor • Servicios comprensivos 	<p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Cubierto con prima adicional, consulte Beneficios complementarios opcionales.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Cubierto con prima adicional, consulte Beneficios complementarios opcionales.</p>

¹Los servicios pueden requerir autorización previa ²Se requiere autorización previa para el transporte que no sea de emergencia

Primas y Beneficios	Care N' Care Choice Plus (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de la vista • Examen de rutina de la vista • Anteojos, lentes y marcos	Usted paga un copago de \$25 Usted paga un copago de \$0. Pueden aplicarse los beneficios máximos del plan.	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. Pueden aplicarse los beneficios máximos del plan.
Servicios de salud mental ¹ • Terapia grupal ambulatoria/visita de terapia individual	Usted paga un copago de \$40	Usted paga un copago de \$55
Centro de enfermería especializada ¹	Días 1-20: Copago de \$0 por día Días 21-100: copago de \$184 por día	Usted paga el 35% del costo
Fisioterapia	Usted paga un copago de \$25	Usted paga un copago de \$45
Ambulancia ² • Ambulancia terrestre • Ambulancia aérea	Usted paga un copago de \$225 Usted paga 20% del costo	Usted paga un copago de \$225 Usted paga 20% del costo
Transporte	No cubierto	No cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹	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	

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Suministro para 30 días de una prescripción en un establecimiento minorista	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	
Insulinas selectas:	Copago de \$35	Copago de \$70	Este costo compartido se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”, <i>Extra Help</i> en inglés)

Durante la etapa de cobertura inicial, sus costos de desembolso personal para insulinas selectas no superarán los \$35 para un suministro de 30 días en un establecimiento minorista o \$70 para un suministro de 90 días en un establecimiento minorista o por correo. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”, *Extra Help* en inglés). Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente.

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

Durante la etapa de Brecha de cobertura, sus costos de desembolso personal para insulinas selectas no superarán los \$35 para un suministro de 30 días en un establecimiento minorista o \$70 para un suministro de 90 días en un establecimiento minorista o por correo. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”, *Extra Help* en inglés). Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente.

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 \$6,550. 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 2021). 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 \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como uno genérico y \$9.20 por todos los otros medicamentos).

¹Los servicios pueden requerir autorización previa

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 \$3,500 anuales por servicios dentro de la red, a menos que se excluyan específicamente.	Usted no paga más de \$10,000 anuales por los servicios combinados dentro y fuera de la red, a menos que se excluyan específicamente.
Hospital para hospitalización ¹	Copago de \$0	Usted paga el 30% del costo
Cirugía ambulatoria ¹ • Hospital ambulatorio • Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$0	Usted paga el 30% del costo Usted paga 35% del costo
Visitas al médico • Primario • Especialista	Copago de \$0	Usted paga el 30% del costo Usted paga 30% del costo
Cuidado preventivo (por ejemplo, vacuna contra la gripe, exámenes de la diabetes)	No paga nada. Hay disponibles algunos servicios cubiertos que tienen un costo.	Usted paga el 30% del costo
Atención de emergencia	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios que se necesitan con urgencia	Copago de \$0	Usted paga el 30% del costo
Servicios de diagnóstico/laboratorios/imágenes ¹ • Pruebas de diagnóstico y procedimientos básicos • Estudio del sueño • Servicios de laboratorio • Resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), tomografía axial computarizada (CAT Scan, en inglés) • Rayos X	Copago de \$0	Usted paga el 30% del costo

¹Los servicios pueden requerir autorización previa ²Se requiere autorización previa para el transporte que no sea de emergencia

Primas y Beneficios	Care N' Care Choice Premium (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios auditivos <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 por cada audífono de Advanced Aids*</p> <p>Usted paga un copago de \$999 por cada audífono de Premium 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 por cada audífono de Advanced Aids*</p> <p>Usted paga un copago de \$999 por cada audífono de Premium Aids*</p> <p>*No cuenta para su monto máximo de desembolso personal</p>
Servicios dentales <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral y limpieza • Rayos X • Tratamientos con flúor • Servicios comprensivos 	<p>Copago de \$0</p> <p>Cubierto con prima adicional, consulte Beneficios complementarios opcionales.</p>	<p>Usted paga el 0% del costo</p> <p>Usted paga el 0% del costo</p> <p>Usted paga 0% del costo</p> <p>Cubierto con prima adicional, consulte Beneficios complementarios opcionales.</p>
Servicios de la vista <ul style="list-style-type: none"> • Examen de rutina de la vista • Anteojos, lentes y marcos 	<p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$0. Pueden aplicarse los beneficios máximos del plan.</p>	<p>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.</p> <p>Usted paga un copago de \$30. Pueden aplicarse los beneficios máximos del plan.</p>
Servicios de salud mental¹ <ul style="list-style-type: none"> • Terapia grupal ambulatoria/visita de terapia individual 	<p>Copago de \$0</p>	<p>Usted paga el 30% del costo</p>
Centro de enfermería especializada¹	<p>Días 1-100: Copago de \$0</p>	<p>Usted paga el 30% del costo</p>
Fisioterapia	<p>Copago de \$0</p>	<p>Usted paga el 30% del costo</p>
Ambulancia² <ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia terrestre • Ambulancia aérea 	<p>Copago de \$0</p>	<p>Usted paga el 35% del costo</p> <p>Usted paga 35% del costo</p>
Transporte	<p>No cubierto</p>	<p>No cubierto</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare¹	<p>Copago de \$0</p>	<p>Usted paga el 30% del costo</p>

Los servicios pueden requerir autorización previa

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 Nivel 2: genéricos Nivel 3: marcas preferidas Nivel 4: medicamentos no preferidos Nivel 5: Medicamentos especializados	Copago de \$0 Copago de \$10 Copago de \$40 Copago de \$85 33% del costo	Copago de \$0 Copago de \$20 Copago de \$80 Copago de \$170 33% del costo	Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, usted paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista estándar.
Suministro para 30 días de una prescripción en un establecimiento minorista	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	
Insulinas selectas:	Copago de \$35	Copago de \$70	Este costo compartido se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”, <i>Extra Help</i> en inglés)

Durante la etapa de cobertura inicial, sus costos de desembolso personal para insulinas selectas no superarán los \$35 para un suministro de 30 días en un establecimiento minorista o \$70 para un suministro de 90 días en un establecimiento minorista o por correo. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”, *Extra Help* en inglés). Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente.

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

Durante la etapa de Brecha de cobertura, sus costos de desembolso personal para insulinas selectas no superarán los \$35 para un suministro de 30 días en un establecimiento minorista o \$70 para un suministro de 90 días en un establecimiento minorista o por correo. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”, *Extra Help* en inglés). Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente.

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 \$6,550. Este monto y las reglas para calcular los costos para llegar a este monto han sido establecidos por Medicare.

¹Los servicios pueden requerir autorización previa

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

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 2021). 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 \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como uno genérico y \$9.20 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 \$2,500 anuales por servicios dentro de la red, a menos que se excluyan específicamente.	Usted no paga más de \$5,100 anuales por los servicios combinados dentro y fuera de la red, a menos que se excluyan específicamente.
Hospital para hospitalización ¹	Días 1-6: \$100 por día Días 7 y más allá: \$0 por día	Usted paga el 20% del costo
Cirugía ambulatoria ¹ • 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 médico • Primario • Especialista	Usted paga un copago de \$0 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 disponibles algunos servicios cubiertos que tienen un costo.	Usted paga un copago de \$30
Atención de emergencia	Usted paga \$100 por visita El copago para la atención de emergencia no se aplica si es hospitalizado dentro de los 3 días debido a la misma condición.	Usted paga \$100 por visita El copago para la atención de emergencia no se aplica si es hospitalizado 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

¹Los servicios pueden requerir autorización previa

Primas y Beneficios	Care N' Care Choice MA-Only (PPO)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios de diagnóstico/laboratorios/imágenes¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico y procedimientos básicos • Estudio del sueño • Servicios de laboratorio • Resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), tomografía axial computarizada (CAT Scan, en inglés) • Rayos X 	<p>Usted paga un copago de \$0 en un consultorio médico. Usted paga un copago de \$6 en un centro hospitalario ambulatorio.</p> <p>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 hospitalario ambulatorio. Usted paga un copago de \$150</p> <p>Usted paga un copago de \$0</p>	<p>Usted paga un copago de \$10 en un consultorio médico. Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario ambulatorio.</p> <p>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</p> <p>Usted paga un copago de \$10 en un consultorio médico. Usted paga un copago de \$25 en un centro hospitalario ambulatorio.</p>
<p>Servicios auditivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina • Audífonos 	<p>Usted paga un copago de \$45* Usted paga un copago de \$699 por cada audífono de Advanced Aids* Usted paga un copago de \$999 por cada audífono de Premium Aids* *No cuenta para su monto máximo de desembolso personal</p>	<p>Usted paga un copago de \$45* Usted paga un copago de \$699 por cada audífono de Advanced Aids* Usted paga un copago de \$999 por cada audífono de Premium Aids* *No cuenta para su monto máximo de desembolso personal</p>
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral y limpieza • Rayos X • Tratamientos con flúor • Servicios comprensivos 	<p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$0</p> <p>Cubierto con prima adicional, consulte Beneficios complementarios opcionales.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$0</p> <p>Cubierto con prima adicional, consulte Beneficios complementarios opcionales.</p>

¹Los servicios pueden requerir autorización previa ²Se requiere autorización previa para el transporte que no sea de emergencia

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. Pueden aplicarse los beneficios máximos del plan.	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. Pueden aplicarse los beneficios máximos del plan.
Servicios de salud mental ¹ <ul style="list-style-type: none"> Terapia grupal ambulatoria/visita de terapia individual 	Usted paga un copago de \$35	Usted paga un copago de \$50
Centro de enfermería especializada ¹	Días 1-5: Copago de \$0 Días 6-20: copago de \$20 por día Días 21-100: copago de \$160 por día	Usted paga el 20% del costo
Fisioterapia	Usted paga un copago de \$10	Usted paga un copago de \$20
Ambulancia ² <ul style="list-style-type: none"> Ambulancia terrestre Ambulancia aérea 	Usted paga un copago de \$225 Usted paga 20% del costo	Usted paga un copago de \$225 Usted paga 20% del costo
Transporte	No cubierto	No cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹	Usted paga el 20% del costo	Usted paga el 30% del costo

Cláusula dental complementaria

Los miembros que elijan añadir la Cláusula dental complementaria a su plan recibirán servicios dentales comprensivos por una prima mensual adicional de \$20. La cláusula adicional proporciona cobertura para los servicios dentales que requieren autorización previa y un coseguro para cada servicio dental.

Los beneficios adicionales incluyen*:

- Empastes
- Extracciones
- Canales radiculares
- Dentaduras postizas (completas y parciales) y ajustes de dentadura postiza
- Coronas
- Cirugía oral
- Implantes

*Para obtener todos los detalles de los beneficios, consulte la Evidencia de cobertura. Los códigos dentales detallados también se pueden encontrar en el sitio web de Care N' Care, en cnhealthplan.com/our-plans-2021/our-benefits-2021/

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 encuentra 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 1-877-905-9210 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 es deducida de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2021.
- 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 se puedan comunicar eficazmente con nosotros, tal como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información presentada 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 1-877-905-9210 (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; o del 1 de abril al 30 de septiembre, de 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 una queja, 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 a: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20211, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

ATENCIÓN: si habla un idioma que no sea el inglés, existen servicios de asistencia lingüística gratuitos a su disposición. Llame al 1-877-905-9210 (TTY: 711).

Español: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-905-9210 (TTY: 711)

Français (Francés): ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-905-9210 (ATS: 711).

Русский (Ruso): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-905-9210 (телетайп: 711).

繁體中文 (Chino): 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 1-877-905-9210 (TTY: 711)。

繁體中文(Japonés): 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。1-877-905-9210 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

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

Tiếng Việt (Vietnamita): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-905-9210 (TTY: 711).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-905-9210 (TTY: 711).

مقرب لصتا (Árabe):

مقرب لصتا. ناجملا ب كل رفاونت ةيوغلا ةدعاسملا تامدخ نإف، ةغللا ركذا ثدحتت تنك اذإ: ةظوحلم

1-877-905-9210.(711:TTY)

Deutsch (Alemán): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-905-9210 (TTY: 711).

سامت يسراف: (Persa) يم مهارف امش يارب ناگیار تروصب ینابز تلايهست، دینک یم وگتفگ يسراف نابز هب رگا: هجوت اب. دشاب 1-877-711) (TTY: 905-9210).

ह िंदी (Hindi): ध्यान दें: यदद आप ह िंदी बोलत॥हैं तो आपका ललए मुफ्त में भाषा सहायता सव्वाएं उपलब्ध हैं।

1-877-905-9210 (TTY: 711) पर कॉल करें।

لَاك نیرك (Urdu):

نیہ بایتسد نیم تفم تامدخ یک ددم یک نابز وک پآوت، نیہ ے تلوب ودر

1-877-905-9210 (TTY: 711). لَاك نیرك

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નન:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-905-9210 (TTY: 711).

ພາສາລາວ (Laosiano/Lao):

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-877-905-9210 (TTY: 711).