

	Care N' Care Classic (HMO)	Southwestern Health Select (HMO)
Prima del plan	\$0	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$3,900	\$2,900
VISITAS AL CONSULTORIO DEL MÉDICO		
Visitas al médico de atención primaria (PCP)	Copago de \$0	Copago de \$0
Visitas al especialista	Copago de \$20	Copago de \$10
PODIATRÍA	Copago de \$25	Copago de \$25
ATENCIÓN HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERNADOS	Día 1: \$275 Días 2 a 6: \$125 Día 7 en adelante: \$0	Día 1: \$225 Días 2 a 5: \$75 Día 6 en adelante: \$0
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF)	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 \$184 por día
SERVICIOS DE TELEMEDICINA	Copago de \$0	Copago de \$0
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PARA PACIENTES EXTERNOS		
Visita de terapia ocupacional	Copago de \$20	Copago de \$20
Visitas de fisioterapia/terapia del habla/terapia del lenguaje	Copago de \$20	Copago de \$10
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR	Copago de \$0	Copago de \$0
AMBULANCIA <ul style="list-style-type: none"> Ambulancia terrestre Ambulancia aérea 	Copago de \$275 20% del costo	Copago de \$275 20% del costo
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	Copago de \$90	Copago de \$90
CIRUGÍA PARA PACIENTES EXTERNOS		
Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$200	Copago de \$150
Centro hospitalario para pacientes externos	Copago de \$250	Copago de \$200
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO Y SERVICIOS DE LABORATORIO		
Pruebas y procedimientos de diagnóstico básicos	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de laboratorio	Copago de \$0	Copago de \$0
RADIOGRAFÍAS PARA PACIENTES EXTERNOS	Copago de \$0	Copago de \$0
SERVICIOS DE RADIOLOGÍA TERAPÉUTICA (como radioterapia contra el cáncer)	20% del costo	20% del costo
EQUIPO MÉDICO DURADERO	20% del costo	20% del costo
Beneficios adicionales		
BENEFICIO DE GIMNASIO	Cantidad ilimitada de visitas a un gimnasio participante de SilverSneakers®.	Cantidad ilimitada de visitas a un gimnasio participante de SilverSneakers®.



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

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. 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. Y0107_H2171_22_058S_M



2022 Aspectos destacados de los beneficios del plan

CARE N' CARE CLASSIC (HMO)

SOUTHWESTERN HEALTH SELECT (HMO)

care@care
Insurance Company, Inc.

Southwestern Health Resources



	Care N' Care Classic (HMO)	Southwestern Health Select (HMO)
Medicamentos de venta libre (OTC)	\$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.
COBERTURA DENTAL		
Los servicios de salud dental preventiva incluyen los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza • Radiografías dentales • Examen bucal • Tratamiento de fluoruro 	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios limitados cubiertos por Medicare	Copago de \$0	Copago de \$0
COBERTURA OFTALMOLÓGICA		
Examen de la vista de rutina (1 por año, incluye refracción)	Copago de \$0	Copago de \$0
Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas	Copago de \$0	Copago de \$0
Asignación para anteojos graduados no cubiertos por Medicare	\$150	\$150
COBERTURA AUDITIVA		
Prueba para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio	Copago de \$25	Copago de \$25
Examen auditivo de rutina (hasta 1 por año)	Copago de \$45	Copago de \$45
Audífonos	Audífonos avanzados: copago de \$599 Audífonos premium: copago de \$899	Audífonos avanzados: copago de \$599 Audífonos premium: copago de \$899

BENEFICIO DE MEDICAMENTOS CON RECETA	PERÍODO DE COBERTURA INICIAL				PERÍODO DE COBERTURA INICIAL			
Deducible de farmacia	No deducible				No deducible			
PERÍODO DE COBERTURA INICIAL Farmacia de la red	Minorista: suministro para 30 días	Minorista: suministro para 90 días	Pedido por correo: suministro para 30 días	Pedido por correo: suministro para 90 días	Minorista: suministro para 30 días	Minorista: suministro para 90 días	Pedido por correo: suministro para 30 días	Pedido por correo: suministro para 90 días
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$12	Copago de \$24	Copago de \$12	Copago de \$24	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos <i>Seleccione Insulinas *</i>	Copago de \$45 Copago de \$35	Copago de \$90 Copago de \$70	Copago de \$45 Copago de \$35	Copago de \$90 Copago de \$70	Copago de \$40 Copago de \$35	Copago de \$80 Copago de \$70	Copago de \$40 Copago de \$35	Copago de \$80 Copago de \$70
Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$100	Copago de \$200
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
Cobertura de brecha *	Fármacos T1; Cobertura de brecha parcial para medicamentos Select T2 y T3				Fármacos T1; Cobertura de brecha parcial para medicamentos Select T2 y T3			

*Para obtener más detalles sobre la cobertura, consulte el Formulario completo (Lista de medicamentos) que proporcionamos electrónicamente en nuestro sitio web en www.cnhealthplan.com.

Cobertura complementaria opcional:

CLÁUSULA ADICIONAL DE SALUD DENTAL		
Prima mensual	\$25	\$25