

	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		\$55		\$200		\$0	
	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	\$3,900	\$7,500	\$3,500	\$7,000	\$3,500	\$10,000	\$2,500	\$5,100
VISITAS AL CONSULTORIO DEL MÉDICO								
Visitas al médico de atención primaria (PCP)	Copago de \$0	Copago de \$25	Copago de \$10	Copago de \$40	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$0	Copago de \$20
Visitas al especialista	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$25	Copago de \$50	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$10	Copago de \$20
PODIATRÍA	Copago de \$35	Copago de \$60	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$20	Copago de \$50
ATENCIÓN HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERNADOS	Día 1: copago de \$250 por día Días 2 a 6: copago de \$150 por día. Día 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 \$50 por día. Días 7 en adelante: \$0	10% del costo
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF)	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 \$10 por día. Días 21 a 100: copago de \$100 por día	10% del costo
SERVICIOS DE TELEMEDICINA	\$0 Copay	\$25 Copay	\$10 Copay	\$40 Copay	\$0 Copay	30% of the cost	\$0 Copay	\$20 Copay
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PARA PACIENTES EXTERNOS								
Visita de terapia ocupacional	Copago de \$40	Copago de \$60	Copago de \$15	Copago de \$30	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$10	Copago de \$20
Visitas de fisioterapia/terapia del habla/terapia del lenguaje	Copago de \$40	Copago de \$60	Copago de \$25	Copago de \$45	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$10	Copago de \$20
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR	Copago de \$0	Copago de \$30	Copago de \$0	Copago de \$40	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$15	Copago de \$40
AMBULANCIA - Ambulancia terrestre - Ambulancia aérea	Copago de \$200 20% del costo		Copago de \$225 20% del costo		Copago de \$0	35% del costo	Copago de \$225 20% del costo	
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	Copago de \$90		Copago de \$90		Copago de \$0		Copago de \$100	
CIRUGÍA PARA PACIENTES EXTERNOS								
Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$200	Copago de \$275	Copago de \$175	Copago de \$275	Copago de \$0	35% del costo	Copago de \$50	Copago de \$50
Centro hospitalario para pacientes externos	Copago de \$250	Copago de \$350	Copago de \$200	Copago de \$350	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$100	Copago de \$225
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO Y SERVICIOS DE LABORATORIO								
Pruebas y procedimientos de diagnóstico básicos	Copago de \$10	Copago de \$25	Copago de \$5-\$10	Copago de \$15-\$25	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$0-\$6	Copago de \$10-\$25
Servicios de laboratorio	Copago de \$10	Copago de \$25	Copago de \$5-\$10	Copago de \$15-\$25	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$0-\$5	Copago de \$10-\$25
RADIOGRAFÍAS PARA PACIENTES EXTERNOS	Copago de \$10	Copago de \$25	Copago de \$5	Copago de \$30	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$0	Copago de \$10-\$25
SERVICIOS DE RADIOLOGÍA TERAPÉUTICA (como radioterapia contra el cáncer)	20% del costo	30% del costo	20% del costo	30% del costo	Copago de \$0	30% del costo	20% del costo	30% del costo
EQUIPO MÉDICO DURADERO	20% del costo	30% del costo	20% del costo	30% del costo	Copago de \$0	35% del costo	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®.		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_H6328.22_059S_M

	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	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
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.		\$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: • 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
Servicios limitados cubiertos por Medicare	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$0	Copago de \$35
COBERTURA OFTALMOLÓGICA								
Examen de la vista de rutina (1 por año, incluye refracción)	Copago de \$0	Copago de \$50	Copago de \$0	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 \$25	Copago de \$0	Copago de \$30	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$0	Copago de \$30
Asignación para anteojos graduados no cubiertos por Medicare	\$100 por año	\$100 por año	\$100 por año	\$100 por año	\$150 por año	\$150 por año	\$150 por año	\$150 por año
COBERTURA AUDITIVA								
Prueba para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio	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
Audífonos	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	

BENEFICIO DE MEDICAMENTOS CON RECETA	PERÍODO DE COBERTURA INICIAL				PERÍODO DE COBERTURA INICIAL				PERÍODO DE COBERTURA INICIAL				PERÍODO DE COBERTURA INICIAL			
Deducible de farmacia	No deducible				No deducible				No deducible							
Farmacia dentro 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 30 días	Minorista: suministro para 30 días	Minorista: suministro para 90 días	Pedido por correo: suministro para 30 días	Pedido por correo: suministro para 30 días	Sin cobertura			
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$4	Copago de \$8	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$2	Copago de \$4	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0				
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$14	Copago de \$28	Copago de \$14	Copago de \$28	Copago de \$12	Copago de \$24	Copago de \$12	Copago de \$24	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$10	Copago de \$20				
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$45	Copago de \$90	Copago de \$45	Copago de \$90	Copago de \$40	Copago de \$80	Copago de \$40	Copago de \$180				
Seleccione Insulinas *	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$35	Copago de \$70				
Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$95	Copago de \$190	Copago de \$95	Copago de \$190	Copago de \$90	Copago de \$180	Copago de \$90	Copago de \$180				
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				

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

Cobertura complementaria opcional:

CLÁUSULA ADICIONAL DE SALUD DENTAL				
Prima mensual	\$26	\$26	\$26	\$26



2022 Aspectos destacados de los beneficios del plan

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

