

Beneficios del plan

Care N' Care Choice MA-Only (PPO) H6328-005

Primas y beneficios	Care N' Care Choice MA-Only (PPO) H6328-005	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	Usted paga \$0. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.	
Reducción de la prima de la Parte B	Care N' Care (CNC) reducirá su prima mensual de la Parte B en \$10.	
Deducible	No hay deducible.	
Monto máximo que paga de su bolsillo	Usted no paga más de \$2,500 por año por los servicios dentro de la red, a menos que se excluyan específicamente.	Usted no paga más de \$5,100 por año por los servicios combinados dentro y fuera de la red, a menos que se excluyan específicamente.
Servicios hospitalarios para pacientes internados ¹	Días 1 a 5: \$50 por día Días 6 en adelante: \$0 por día	Usted paga el 10% del costo.
Cirugía para pacientes ambulatorios ¹ • Hospital para pacientes ambulatorios • Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga un copago de \$100. Usted paga un copago de \$50.	Usted paga un copago de \$225. Usted paga un copago de \$50.
Consultas médicas • Médico de atención primaria • Médico especialista	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$10.	Usted paga un copago de \$20. Usted paga un copago de \$20.
Atención preventiva (p.ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección de la diabetes) Servicios preventivos de cero dólares cubiertos por Medicare Vacuna contra la COVID-19	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$30. Usted paga un copago de \$30. Usted paga un copago de \$0.
Atención de emergencia	Usted paga \$100 por consulta. El copago de emergencia se exime si lo internan en el hospital dentro de los 3 días por la misma afección.	Usted paga \$100 por consulta. El copago de emergencia se exime si lo internan en el hospital dentro de los 3 días por la misma afección.
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$25 por consulta.	Usted paga un copago de \$25 por consulta.
Servicios de diagnóstico/laboratorio/diagnóstico por imágenes ¹ • Procedimientos y pruebas de diagnóstico básicos • Estudio del sueño • Servicios de laboratorio • MRI, TAC • Radiografías	Usted paga un copago de \$0 en el consultorio del médico. Usted paga un copago de \$5 en un centro para pacientes ambulatorios. Usted paga un copago de \$0 para servicios en el hogar y un copago de \$25 para otros centros. Usted paga un copago de \$0 en el consultorio del médico o en un centro de laboratorio independiente. Usted paga un copago de \$5 en un centro para pacientes ambulatorios. Usted paga \$150. Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$10 en el consultorio del médico. Usted paga un copago de \$25 en un centro para pacientes ambulatorios. Usted paga un copago de \$150. Usted paga un copago de \$10 en el consultorio del médico o en un centro de laboratorio independiente. Usted paga un copago de \$25 en un centro para pacientes ambulatorios. Usted paga un copago de \$200. Usted paga un copago de \$10 en el consultorio del médico o en un centro de laboratorio independiente. Usted paga un copago de \$25 en un centro para pacientes ambulatorios.

<p>Servicios auditivos</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen auditivo de rutina Audífonos 	<p>Usted paga un copago de \$45.* Usted paga un copago de \$699 por cada audífono para audífonos avanzados.* Usted paga un copago de \$999 por cada audífono para audífonos premium.* *No se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>Usted paga un copago de \$45.* Usted paga un copago de \$699 por cada audífono para audífonos avanzados.* Usted paga un copago de \$999 por cada audífono para audífonos premium.* *No se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>
<p>Servicios odontológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen bucal y limpieza Radiografías Tratamientos con flúor Servicios integrales 	<p>Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Si tiene cobertura con una prima adicional, consulte los Beneficios complementarios opcionales.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Si tiene cobertura con una prima adicional, consulte los Beneficios complementarios opcionales.</p>
<p>Servicios oftalmológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la vista de rutina Anteojos, lentes y marcos 	<p>Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0 con un monto máximo de beneficio de \$150.</p>	<p>Usted paga un copago de \$35. Usted paga un copago de \$30 con un monto máximo de beneficio de \$150.</p>
<p>Servicios de salud mental¹</p> <ul style="list-style-type: none"> Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios 	<p>Usted paga un copago de \$25.</p>	<p>Usted paga un copago de \$50.</p>
<p>Servicios de telemedicina</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de médicos de atención primaria Servicios especializados de salud mental Alergia e inmunología, cardiología, dermatología, endocrinología, otorrinolaringólogo (ENT)/ otorrinolaringología, ginecología, obstetricia/ ginecología, enfermedades infecciosas, nefrología, neurología, oftalmología 	<p>Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$25. Usted paga un copago de \$10.</p>	<p>Sin cobertura</p>
<p>Línea directa de enfermería</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p>	<p>Copago de \$0; debe utilizar los proveedores preferidos para este beneficio.</p>
<p>Servicios de atención médica en el hogar</p>	<p>Usted paga un copago de \$15.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40.</p>
<p>Texas Health Care at Home</p>	<p>Días 1 a 5: copago de \$50 Días 6 en adelante: copago de \$0 por día</p> <p>Los servicios hospitalarios en el hogar permiten prestar determinados servicios de atención médica fuera de un entorno hospitalario tradicional y en el hogar. La atención comienza después de que se lo evalúe, se determine que es elegible y un médico hospitalista lo remita. El médico hospitalista tendrá en cuenta sus criterios de elegibilidad, incluidas sus afecciones médicas y su ubicación geográfica.</p> <p>Si el médico hospitalista lo aprueba, el empleado de admisión realizará un examen de seguridad con usted para garantizar que su hogar sea seguro para usted y para los proveedores que prestan atención médica a pacientes en su hogar. El examen de seguridad evalúa cuestiones de seguridad, como la presencia de un cuidador en el hogar, los posibles riesgos de caídas, el agua corriente, la cobertura de telefonía móvil fiable, etc. Si pasa el examen de seguridad, puede ingresar al programa siempre que el paciente dé su consentimiento.</p> <p>Recibirá tratamiento y seguimiento en su hogar por parte de un equipo de proveedores. Las afecciones que son elegibles para tratamiento con este beneficio pueden ser: asma, bronquitis y otros diagnósticos del sistema respiratorio; insuficiencia cardíaca y choque; neumonía simple y pleuritis; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); celulitis; infecciones renales y de las vías urinarias (IVU).</p>	<p>Usted paga el 10% del costo.</p>
<p>Centro de enfermería especializada¹</p>	<p>Días 1 a 5: copago de \$0 Días 6 a 20: copago de \$10 por día Días 21 a 100: copago de \$100 por día</p>	<p>Usted paga el 10% del costo.</p>
<p>Fisioterapia</p>	<p>Usted paga un copago de \$10.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20.</p>

Ambulancia ² • Ambulancia terrestre • Ambulancia aérea	Usted paga un copago de \$275. Usted paga el 20% del costo.	Usted paga un copago de \$275. Usted paga el 20% del costo.
Transporte	Sin cobertura	Sin cobertura
Productos de venta libre	Usted paga un copago de \$0. Monto máximo de beneficio de \$40 cada tres meses.	Usted paga un copago de \$0; debe utilizar el proveedor preferido para este beneficio.
Beneficio de comida para enfermedades crónicas ¹	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
	Los miembros que se benefician de la administración de la atención con afecciones crónicas elegibles incluyen SIDA, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de las arterias coronarias, diabetes, hipertensión y enfermedad renal crónica (ERC); los beneficiarios pueden recibir un máximo de 3 comidas saludables por día durante un máximo de 2 semanas por año por afección. Debe utilizar el proveedor preferido para este beneficio.	
Beneficio de comidas después de recibir el alta ¹	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
	Inmediatamente después de una intervención quirúrgica o de una hospitalización; los beneficiarios pueden recibir 3 comidas por día durante un máximo de 2 semanas, hasta 2 altas por año. Debe utilizar el proveedor preferido para este beneficio.	
Servicios de quiropráctica	Usted paga un copago de \$20.	Usted paga un copago de \$40.
Servicios de acupuntura	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga un copago de \$40.
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹	Usted paga el 20% del costo.	Usted paga el 30% del costo.

Cláusula adicional de salud odontológica complementaria

Los miembros que elijan añadir la Cláusula adicional de salud odontológica complementaria a su plan recibirán servicios odontológicos integrales por una prima mensual adicional de \$25. La cláusula adicional ofrece cobertura para los servicios dentales generalmente utilizados sin la necesidad de obtener una remisión o una autorización previa. La cláusula adicional dental complementaria HMO solo tiene cobertura dentro de la red.

Los beneficios adicionales incluyen lo siguiente*:

- Empastes
- Extracciones
- Tratamientos de conducto
- Dentaduras postizas (completas y parciales) y ajustes de dentaduras postizas
- Coronas
- Cirugía bucal
- Implantes

* Consulte la Evidencia de cobertura para ver todos los detalles de los beneficios. Los códigos odontológicos detallados también se pueden encontrar en el sitio web de Care N' Care, en cnchealthplan.com/our-plans-2023/our-benefits-2023/.

Care N' Care Insurance Company, Inc. (Care N' Care) es un plan HMO y PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Care N' Care depende de la renovación del contrato.