

# Beneficios del plan

## Care N' Care Choice Premium (PPO) H6328-001

Primas y beneficios	Care N' Care Choice Premium (PPO) H6328-001	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	Usted paga \$194. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.	
Deducible	No hay deducible.	
Monto máximo que paga de su bolsillo	Usted no paga más de \$3,500 por año por los servicios dentro de la red, a menos que se excluyan específicamente.	Usted no paga más de \$5,450 por año por los servicios combinados dentro y fuera de la red, a menos que se excluyan específicamente.
Servicios hospitalarios para pacientes internados <sup>1</sup>	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga el 30% del costo.
Cirugía para pacientes ambulatorios <sup>1</sup> • Hospital para pacientes ambulatorios • Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga el 30% del costo. Usted paga el 30% del costo.
Consultas médicas • Médico de atención primaria • Médico especialista	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga el 30% del costo. Usted paga el 30% del costo.
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 el 30% del costo. Usted paga el 30% del costo. Usted paga un copago de \$30.
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$0. El copago de emergencia se exige si lo internan en el hospital dentro de los 3 días por la misma afección.	Usted paga un copago de \$0. El copago de emergencia se exige si lo internan en el hospital dentro de los 3 días por la misma afección.
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Servicios de diagnóstico/ laboratorio/diagnóstico por imágenes <sup>1</sup> • Procedimientos y pruebas de diagnóstico básicos  • Estudio del sueño • Servicios de laboratorio  • MRI, TAC • Radiografías	Usted paga un copago de \$0.  Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0.  Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0.	Usted paga el 30% del costo.  Usted paga el 30% del costo. Usted paga el 30% del costo.  Usted paga el 30% del costo. Usted paga el 30% del costo.
Servicios auditivos • Examen auditivo de rutina • Audífonos	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.	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>Servicios odontológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen bucal y limpieza</li> <li>Radiografías</li> <li>Tratamientos con flúor</li> <li>Servicios integrales</li> </ul>	<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 el 0% del costo.  Usted paga el 0% del costo.  Usted paga el 0% del costo.  Si tiene cobertura con una prima adicional, consulte los Beneficios complementarios opcionales.</p>
<p>Servicios oftalmológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de la vista de rutina</li> <li>Anteojos, lentes y marcos</li> </ul>	<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 mental<sup>1</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p>	<p>Usted paga el 30% del costo.</p>
<p>Servicios de telemedicina</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de médicos de atención primaria</li> <li>Servicios especializados de salud mental</li> <li>Alergia e inmunología, cardiología, dermatología, endocrinología, otorrinolaringólogo (ENT)/ otorrinolaringología, ginecología, obstetricia/ ginecología, enfermedades infecciosas, nefrología, neurología, oftalmología</li> </ul>	<p>Usted paga un copago de \$0.  Usted paga un copago de \$0.  Usted paga un copago de \$0.</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 \$0.</p>	<p>Usted paga el 30% del costo.</p>
<p>Texas Health Care at Home</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</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 30% del costo.</p>
<p>Centro de enfermería especializada<sup>1</sup></p>	<p>Días 1 a 100: copago de \$0</p>	<p>Usted paga el 30% del costo.</p>
<p>Fisioterapia</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p>	<p>Usted paga el 30% del costo.</p>
<p>Ambulancia<sup>2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulancia terrestre</li> <li>Ambulancia aérea</li> </ul>	<p>Usted paga un copago de \$0.  Usted paga un copago de \$0.</p>	<p>Usted paga el 35% del costo.  Usted paga el 35% del costo.</p>
<p>Transporte</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Sin cobertura</p>
<p>Productos de venta libre</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.  Monto máximo de beneficio de \$60 cada tres meses.</p>	<p>Debe utilizar el proveedor preferido para este beneficio.</p>

Beneficio de comidas para enfermedades crónicas <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	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 \$0.	Usted paga el 30% del costo.
Servicios de acupuntura	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga el 30% del costo.
Medicamentos de la Parte B de Medicare <sup>1</sup>	Copago de \$0	Usted paga el 30% del costo.

### Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Deducible	Usted paga \$0.
-----------	-----------------

#### Etapa de cobertura inicial

Durante esta etapa, usted paga una tarifa fija (copago) o un porcentaje del costo total del medicamento (coseguro) por cada medicamento con receta que obtenga y, luego, el plan paga el resto. Una vez que los costos totales de sus medicamentos (el monto que paga el plan y usted u otros en su nombre) alcancen los **\$4,660**, usted pasa a la etapa del periodo sin cobertura.

Farmacia dentro de la red	Farmacia minorista: suministro para 30 días	Farmacia minorista: suministro para 90 días	Farmacia de pedido por correo: suministro para 30 días	Farmacia de pedido por correo: suministro para 90 días
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$8	Copago de \$16	Copago de \$8	Copago de \$16
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$43	Copago de \$86	Copago de \$43	Copago de \$86
- <i>Insulinas seleccionadas*</i>	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$35	Copago de \$70
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$92	Copago de \$184	Copago de \$92	Copago de \$184
Nivel 5: medicamentos especializados	33% del costo	Sin cobertura	33% del costo	Sin cobertura

\* Para saber qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que publicamos de forma electrónica en nuestro sitio web en [www.cnchealthplan.com](http://www.cnchealthplan.com). Puede identificar las Insulinas seleccionadas por la abreviatura "SSM", que se encuentra en la columna "Requisitos/límites" de la Lista de medicamentos.

**Nota:** Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayude a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional").

Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar. Los costos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y el momento en el que ingresa en una nueva etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de una farmacia y las etapas del beneficio, llámenos o consulte nuestra Evidencia de cobertura en línea.

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas:** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a su Equipo de experiencia al cliente para obtener más información.

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre.

## Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

### Período sin cobertura

Durante la Etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo para las insulinas seleccionadas no serán más de \$35 en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro para 30 días, o \$70 en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro para 90 días. Para saber qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que publicamos de forma electrónica en nuestro sitio web en [www.cnchealthplan.com](http://www.cnchealthplan.com). Puede identificar las Insulinas seleccionadas por la abreviatura "SSM", que se encuentra en la columna "Requisitos/límites" de la Lista de medicamentos.

Para los medicamentos del Nivel 1 y los medicamentos genéricos seleccionados del Nivel 2 y 3, usted paga su copago del Nivel 1, 2 o 3, o el 25% del costo, el monto que sea menor. Para todos los demás medicamentos genéricos cubiertos, usted paga el 25% del costo. Para los medicamentos de marca seleccionados del Nivel 3, usted solo paga el copago del Nivel 3. Para todos los demás medicamentos de marca, usted paga el 25% del costo (además de una parte del costo de suministro). Usted permanece en esta etapa hasta que los "costos que paga de su bolsillo" (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,400. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma.

Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.

Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayude a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional").

## Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

### Cobertura en situaciones catastróficas

Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2023). Su parte que corresponde del costo para un medicamento cubierto será la cantidad que sea mayor entre un coseguro y un copago (el coseguro del 5% del costo del medicamento o \$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 para todos los demás medicamentos).

## 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

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.