

	Care N' Care Choice (PPO) H6328-003		Care N' Care Choice Plus (PPO) H6328-002		Care N' Care Choice Premium (PPO) H6328-001		Care N' Care Choice MA-Only (PPO) H6328-005	
Prima del plan	\$0		\$53		\$194		\$0	
Reducción de la prima de la Parte B	No disponible		No disponible		No disponible		Care N' Care (CNC) reducirá su prima mensual de la Parte B en \$10	
	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	\$4,200	\$8,950	\$3,800	\$8,950	\$3,500	\$5,450	\$2,500	\$5,100
VISITAS AL CONSULTORIO DEL MÉDICO								
Consultas al médico de atención primaria (PCP)	Copago de \$0	Copago de \$25	Copago de \$0	Copago de \$20	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$0	Copago de \$20
Consultas 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	Días 1 a 5: copago de \$250 por día Días 6 en adelante: copago de \$0	35% del costo	Días 1 a 5: copago de \$250 por día Días 6 en adelante: copago de \$0	30% del costo	Copago de \$0	30% del costo	Días 1 a 5: copago de \$50 por día Días 6 en adelante: copago de \$0 por día	10% del costo
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF)	Días 1 a 20: copago de \$0 Días 21 a 50: copago de \$167.50 por día Días 51 a 100: copago de \$0	35% del costo	Días 1 a 20: copago de \$0 Días 21 a 50: copago de \$184 por día Días 51 a 100: copago de \$0	30% del costo	Días 1 a 100: 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 • Servicios de médicos de atención primaria • Servicios especializados de salud mental • Servicios especializados	Copago de \$0 Copago de \$25 Copago de \$35	Sin cobertura	Copago de \$0 Copago de \$25 Copago de \$25	Sin cobertura	Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0	Sin cobertura	Copago de \$0 Copago de \$25 Copago de \$10	Sin cobertura
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PARA PACIENTES EXTERNOS								
Consulta 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
Consultas para fisioterapia/terapia del habla/terapia del lenguaje	Copago de \$15	Copago de \$60	Copago de \$15	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 \$275 20% del costo		Copago de \$275 20% del costo		Copago de \$0	35% del costo	Copago de \$275 20% del costo	
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	Copago de \$100		Copago de \$100		Copago de \$0		Copago de \$100	
SERVICIOS DE URGENCIA	Copago de \$25		Copago de \$25		Copago de \$0		Copago de \$25	
CIRUGÍA PARA PACIENTES EXTERNOS								
Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$150	Copago de \$275	Copago de \$150	Copago de \$275	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$50	Copago de \$50
Centro hospitalario para pacientes externos	Copago de \$275	Copago de \$350	Copago de \$275	Copago de \$350	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$100	Copago de \$225
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO Y DE SERVICIOS DE LABORATORIO								
Procedimientos y pruebas de diagnóstico básicos	Copago de \$0 a \$50	Copago de \$0 a \$75	Copago de \$0 a \$50	Copago de \$0 a \$175	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$0 a \$50	Copago de \$10 a \$150
Servicios de laboratorio	Copago de \$0 a \$10	Copago de \$25	Copago de \$0 a \$10	Copago de \$15 a \$25	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$0 a \$5	Copago de \$10 a \$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 a \$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 (DME)	20% del costo	30% del costo	20% del costo	30% del costo	Copago de \$0	30% del costo	20% del costo	30% del costo

	Care N' Care Classic (HMO) H2171-001	Southwestern Health Select (HMO) H2171-003
Prima del plan	\$0	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$3,900	\$3,200
VISITAS AL CONSULTORIO DEL MÉDICO		
Consultas al médico de atención primaria (PCP)	Copago de \$0	Copago de \$0
Consultas al especialista	Copago de \$35	Copago de \$15
PODIATRÍA	Copago de \$35	Copago de \$15
ATENCIÓN HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERNADOS	Días 1 a 5: copago de \$300 por día Días 6 en adelante: copago de \$0 por día	Días 1 a 5: copago de \$275 por día Días 6 en adelante: copago de \$0 por día
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF)	Días 1 a 20: copago de \$0 por día Días 21 a 100: copago de \$196 por día	Días 1 a 20: copago de \$0 por día Días 21 a 60: copago de \$196 por día Días 61 a 100: copago de \$0 por día
SERVICIOS DE TELEMEDICINA • Servicios de médicos de atención primaria • Servicios especializados de salud mental • Servicios especializados	Copago de \$0 Copago de \$25 Copago de \$25	Copago de \$0 Copago de \$15 Copago de \$15
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PARA PACIENTES EXTERNOS		
Consulta de terapia ocupacional	Copago de \$25	Copago de \$15
Consultas para fisioterapia/terapia del habla/terapia del lenguaje	Copago de \$15	Copago de \$15
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR	Copago de \$0	Copago de \$0
AMBULANCIA • Ambulancia terrestre • Ambulancia aérea	Copago de \$275 20% del costo	Copago de \$275 20% del costo
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	Copago de \$100	Copago de \$100
SERVICIOS DE URGENCIA	Copago de \$30	Copago de \$30
CIRUGÍA PARA PACIENTES EXTERNOS		
Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$175	Copago de \$150
Centro hospitalario para pacientes externos	Copago de \$300	Copago de \$250
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO Y DE SERVICIOS DE LABORATORIO		
Procedimientos y pruebas de diagnóstico básicos	Copago de \$0 a \$50	Copago de \$0 a \$50
Servicios de laboratorio	Copago de \$0 a \$10	Copago de \$0 a \$10
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 (DME)	20% del costo	20% del costo

Para obtener más información sobre Care N' Care (HMO/PPO), llame al **877-905-9208** (TTY 711) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central, y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central.

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. **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_23_0565_M



2023 Aspectos destacados de los beneficios del plan

CARE N' CARE CLASSIC (HMO) H2171-001

SOUTHWESTERN HEALTH SELECT (HMO) H2171-003

CARE N' CARE CHOICE (PPO) H6328-003

CARE N' CARE CHOICE PLUS (PPO) H6328-002

CARE N' CARE CHOICE PREMIUM (PPO) H6328-001

CARE N' CARE CHOICE MA-ONLY (PPO) H6328-005

Parte de



	Care N' Care Classic (HMO) H2171-001	Southwestern Health Select (HMO) H2171-003
BENEFICIO DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO	Cantidad ilimitada de visitas a un gimnasio participante de SilverSneakers®.	Cantidad ilimitada de visitas a un gimnasio participante de SilverSneakers®.
Medicamentos de venta libre (OTC)	\$60 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos OTC aprobados por el plan.	\$60 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
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	Beneficio máximo de \$150	Beneficio máximo de \$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
Audifonos	Audifonos avanzados: copago de \$599 Audifonos premium: copago de \$899	Audifonos avanzados: copago de \$599 Audifonos premium: copago de \$899
BENEFICIO DE MEDICAMENTOS CON RECETA	Care N' Care Classic (HMO)	Southwestern Health Select (HMO)
Deducible de la farmacia	No hay deducible	No hay deducible
PERÍODO DE COBERTURA INICIAL		
Farmacia dentro de la red	Farmacia minorista Suministro para 30 días	Farmacia minorista Suministro para 30 días
• Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0
• Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$14	Copago de \$20
• Nivel 3: medicamentos de marca preferidos - Insulinas seleccionadas*	Copago de \$47 Copago de \$35	Copago de \$94 Copago de \$70
• Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$200
• Nivel 5: medicamentos especializados	33% del costo	Sin cobertura
Periodo sin cobertura*	Medicamentos de nivel 1, cobertura parcial para medicamentos seleccionados de nivel 2 y nivel 3	Medicamentos de nivel 1, cobertura parcial para medicamentos seleccionados de nivel 2 y nivel 3

Sin cobertura

Cobertura complementaria opcional:

CLÁUSULA DE SALUD DENTAL	
Prima mensual	\$25

	Care N' Care Choice (PPO) H6328-003		Care N' Care Choice Plus (PPO) H6328-002		Care N' Care Choice Premium (PPO) H6328-001		Care N' Care Choice MA-ONLY (PPO) H6328-005	
	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
BENEFICIO DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO	Cantidad ilimitada de visitas a un gimnasio participante de SilverSneakers®. Fuera de la red se debe utilizar el proveedor preferido		Cantidad ilimitada de visitas a un gimnasio participante de SilverSneakers®. Fuera de la red se debe utilizar el proveedor preferido		Cantidad ilimitada de visitas a un gimnasio participante de SilverSneakers®. Fuera de la red se debe utilizar el proveedor preferido		Cantidad ilimitada de visitas a un gimnasio participante de SilverSneakers®. Fuera de la red se debe utilizar el proveedor preferido	
Medicamentos de venta libre (OTC)	\$60 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos OTC aprobados por el plan. Fuera de la red se debe utilizar el proveedor preferido		\$60 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos OTC aprobados por el plan. Fuera de la red se debe utilizar el proveedor preferido		\$60 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos OTC aprobados por el plan. Fuera de la red se debe utilizar el proveedor preferido		\$40 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos OTC aprobados por el plan. Fuera de la red se debe utilizar el proveedor preferido	
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
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 \$30	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
Audifonos	Audifonos avanzados: copago de \$699 Audifonos premium: copago de \$999		Audifonos avanzados: copago de \$699 Audifonos premium: copago de \$999		Audifonos avanzados: copago de \$699 Audifonos premium: copago de \$999		Audifonos avanzados: copago de \$699 Audifonos premium: copago de \$999	
BENEFICIO DE MEDICAMENTOS CON RECETA	Care N' Care Choice (PPO)		Care N' Care Choice Plus (PPO)		Care N' Care Choice Premium (PPO)		Care N' Care Choice MA-ONLY (PPO)	
Deducible de la farmacia	No hay deducible		No hay deducible		No hay deducible		No hay deducible	
PERÍODO DE COBERTURA INICIAL								
Farmacia dentro de la red	Farmacia minorista Suministro para 30 días	Farmacia minorista Suministro para 100 días	Farmacia minorista de pedido por correo Suministro para 30 días	Farmacia minorista de pedido por correo Suministro para 100 días	Farmacia minorista Suministro para 30 días	Farmacia minorista Suministro para 90 días	Farmacia minorista de pedido por correo Suministro para 30 días	Farmacia minorista de pedido por correo Suministro para 90 días
• 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
• 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
• Nivel 3: medicamentos de marca preferidos - Insulinas seleccionadas*	Copago de \$47 Copago de \$35	Copago de \$94 Copago de \$70	Copago de \$47 Copago de \$35	Copago de \$94 Copago de \$70	Copago de \$45 Copago de \$35	Copago de \$90 Copago de \$70	Copago de \$45 Copago de \$35	Copago de \$90 Copago de \$70
• Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$97	Copago de \$194	Copago de \$97	Copago de \$194
• Nivel 5: medicamentos especializados	33% del costo	Sin cobertura	33% del costo	Sin cobertura	33% del costo	Sin cobertura	33% del costo	Sin cobertura
Periodo sin cobertura*	Medicamentos de nivel 1, cobertura parcial para medicamentos seleccionados de nivel 2 y nivel 3		Medicamentos de nivel 1, cobertura parcial para medicamentos seleccionados de nivel 2 y nivel 3		Medicamentos de nivel 1, cobertura parcial para medicamentos seleccionados de nivel 2 y nivel 3		Medicamentos de nivel 1, cobertura parcial para medicamentos seleccionados de nivel 2 y nivel 3	

* Para obtener más información sobre la cobertura, consulte el Formulario Integral (Lista de medicamentos) que publicamos de forma electrónica en nuestro sitio web en www.cnchealthplan.com.

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 al 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.

Cobertura complementaria opcional:

CLÁUSULA DE SALUD DENTAL	
Prima mensual	\$25