

## Resumen de beneficios Southwestern Health Select (HMO) H2171-003

**1 de enero de 2024 - 31 de diciembre de 2024**

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.

La información de los beneficios que se describe es un resumen de los servicios que cubrimos y lo que usted debe pagar. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de cobertura". También puede ver la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web, [www.cnchealthplan.com](http://www.cnchealthplan.com).

Para inscribirse en un plan Southwestern Health Select (HMO), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas: **Collin, Dallas, Denton, Tarrant, Rockwall.**

Debe recibir atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro

plan) no estará cubierta. Esto significa que deberá pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. Las excepciones incluyen atención de emergencia, servicios de urgencia y diálisis renal mientras se encuentra fuera de nuestra área de servicio. Para obtener más detalles, consulte la Evidencia de Cobertura.

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente "Medicare & You" (Medicare y usted). Revíselo en línea en [medicare.gov](http://medicare.gov) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los siete días de la semana.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille o tamaño de letra grande. Para obtener más información, llámenos al 1-877-905-9210 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para hablar con un especialista de Medicare, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro, los 7 días de la semana, o desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro, de lunes a viernes, o visítenos en [cnchealthplan.com](http://cnchealthplan.com).

Primas y beneficios	Southwestern Health Select (HMO) H2171-003
Prima mensual del plan	No paga una prima mensual del plan por separado para Southwestern Health Select (HMO). Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Deducible médico: \$0 Deducible para los medicamentos con receta: \$0
Monto máximo que paga de su bolsillo - Lo máximo que paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos cubiertos para el año.	Su(s) límite(s) anual(es) en este plan: \$3,200 por los servicios que recibe de proveedores de la red. Si alcanza el límite de costos que paga de su bolsillo, seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos y pagaremos el costo total por el resto del año. Tenga en cuenta que, aún así, deberá pagar las primas mensuales y el costo compartido de los medicamentos con receta de la Parte D.
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Días 1 a 5: copago de \$225 por día Días 6 a 90: copago de \$0 por día Días 91 en adelante: copago de \$0 por día (beneficio complementario) Los servicios requieren autorización previa
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Copago de \$190 Los servicios requieren autorización previa
Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$150 Los servicios requieren autorización previa
Consultas en el consultorio del médico	Consulta con el médico de atención primaria: copago de \$0 Servicios de especialistas: copago de \$0  Servicios de telesalud: Médico de atención primaria o atención de urgencia: copago de \$0 Consulta con un especialista: copago de \$0

Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección de diabetes, consulta anual de bienestar, medición de la masa ósea, detección del cáncer de mama, enfermedad cardiovascular [tratamiento conductual] pruebas de detección cardiovascular, pruebas de detección del cáncer cervical y vaginal)	Copago de \$0 por todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.
Atención de emergencia	Copago de \$100 por consulta Emergencia en cualquier parte del mundo: copago de \$90 Nota: Cobertura limitada a \$50,000 por año para servicios de emergencia/urgencia en cualquier parte del mundo, fuera de los Estados Unidos
Servicios de urgencia	Copago de \$30 por consulta Servicios de urgencia en cualquier parte del mundo: copago de \$90 Nota: Cobertura limitada a \$50,000 por año para servicios de emergencia/urgencia en cualquier parte del mundo, fuera de los Estados Unidos
Servicios de diagnóstico/laboratorio/diagnóstico por imágenes	Colonoscopia de diagnóstico: copago de \$0 Pruebas y procedimientos diagnósticos: copago de \$0 a \$50 Servicios de laboratorio: copago de \$0 a \$10 Radiología de diagnóstico: copago de \$0 a \$200 Mamografía de diagnóstico: copago de \$0 Radiografías para pacientes ambulatorios: copago de \$0 Radioterapia: 20 % del costo Los servicios pueden requerir autorización previa
Servicios auditivos	Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio: copago de \$25 Examen de audición de rutina (1 consulta al año - beneficio a través de TruHearing): copago de \$0 Audifono (1 audifono por oído al año - beneficio a través de TruHearing): copago de \$399 a \$899 por audifono.
Servicios dentales Los servicios integrales y preventivos incluyen, entre otros, lo siguiente: (hasta \$3,000) • Limpieza • Radiografía(s) dental(es) • Examen bucal • Empastes • Dentaduras postizas • Extracciones	Copago de \$0 para un beneficio máximo de hasta \$3,000 (Beneficio a través de DentaQuest) Nota: Una vez que se alcanza el beneficio máximo: paga el 100 % del costo del reclamo  Es posible que su proveedor deba obtener una autorización previa para los beneficios dentales de rutina
Servicios de la vista	Diagnóstico/tratamiento de enfermedad/lesión ocular cubierto por Medicare: copago de \$25 Prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare: copago de \$0 Prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare (1 vez al año): copago de \$0 Anteojos o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas: copago de \$0  Examen de la vista de rutina con dilatación, según sea necesario: copago de \$0 (beneficio a través de EyeMed) Anteojos recetados (anteojos [monturas y cristales] o lentes de contacto [convencionales o descartables]): asignación de hasta \$150 por año para la compra (beneficio a través de EyeMed) Lentes de contacto necesarios por razones médicas: copago de \$0 (beneficio a través de EyeMed)
Cuidado de la salud mental	Servicios para pacientes internados: Días 1 a 5: copago de \$225 por día Días 6 a 90: copago de \$0 por día Días 91 en adelante: copago de \$0 por día (beneficio complementario)  Servicios para pacientes ambulatorios: consulta de terapia individual y grupal con un especialista en la salud mental o psiquiatra: copago de \$15  Los servicios requieren autorización previa o una remisión  Servicios de telesalud: servicios especializados de la salud mental: copago de \$15
Centro de enfermería especializada (SNF)	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 Los servicios requieren autorización previa
Fisioterapia	Copago de \$15 Los servicios requieren una remisión

Ambulancia	Ambulancia terrestre: \$275 Ambulancia aérea: 20 % del costo Se requiere una autorización previa para el transporte que no es de emergencia
Transporte	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Insulina de la Parte B: copago de \$35 por mes Todos los demás medicamentos de la Parte B: 20 % del costo Los servicios pueden requerir autorización previa
Servicios de acupuntura	Copago de \$20 (beneficio a través de American Specialty Health)
Servicios de atención quiropráctica	Copago de \$20
Tarjeta para gastos flexibles	\$800 al año (distribuidos en \$200 por trimestre)  La tarjeta para gastos flexibles es una tarjeta de débito que se puede usar para cubrir los costos que paga de su bolsillo para los beneficios complementarios dentales, auditivos y de la vista. El monto que no se utilice puede transferirse al próximo trimestre. El beneficio debe utilizarse dentro del año del plan. El monto restante de los beneficios vence el último día en que esté inscrito en el plan o al final del año del plan. <b>NOTA:</b> Además, Care N' Care ofrece un programa de Recompensas e incentivos donde puede ganar hasta \$750. Consulte la sección Recompensas e incentivos a continuación.
Servicios de atención médica en el hogar	Copago de \$0 Los servicios requieren autorización previa
Línea de asesoramiento de enfermería	Copago de \$0 (beneficio a través de Carenet Health)
Terapia ocupacional	Copago de \$15 Los servicios requieren una remisión
Productos de venta libre	\$100 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos de venta libre (OTC) aprobados por el plan (Beneficio a través de Medline)
Servicios de podiatría	Copago de \$15 Los servicios requieren una remisión

### Beneficios para medicamentos con receta

Deducible	Paga \$0			
<b>Etapa de cobertura inicial</b>				
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 <b>\$5,030</b> , pasa a la etapa del período sin cobertura.				
Farmacia dentro de la red	Minorista Suministro de 30 días	Minorista Suministro de 100 días	De pedido por correo Suministro de 30 días	De pedido por correo Suministro de 100 días
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos - <i>Insulinas del Formulario</i>	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 no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$100	Copago de \$200
Nivel 5: medicamentos especializados	33 % del costo	Sin cobertura	33 % del costo	Sin cobertura
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.				
<b>Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:</b> 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.				
<b>Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:</b> 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.				

### **Período sin cobertura**

Durante la Etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo para las insulinas del Formulario no serán más de \$35 en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro de 30 días ni de \$70 en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro de 100 días. Para saber qué insulinas se incluyen en nuestro formulario, revise la Lista de medicamentos más reciente que publicamos de forma electrónica en nuestro sitio web en [www.cnchealthplan.com](http://www.cnchealthplan.com).

Para los medicamentos del Nivel 1 y los medicamentos genéricos selectos 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 selectos 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). Permanece en esta etapa hasta que los “costos que paga de su bolsillo” (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$8,000. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma.

### **Cobertura en situaciones catastróficas**

Durante esta etapa, usted paga cero por cada receta que surta. El plan y Medicare pagan lo que reste hasta que finaliza el año calendario.

### **Programa de Recompensas e incentivos**

Los miembros del plan Southwestern Health Select (HMO) se inscriben automáticamente en el programa de Recompensas e incentivos de Care N' Care. Este programa les permite a los miembros ganar hasta \$750 por completar ciertos exámenes de salud preventivos y actividades de salud y bienestar. Para obtener más información, consulte la Evidencia de cobertura.

Este programa es un servicio adicional ofrecido por Care N' Care y no forma parte del paquete de beneficios del plan de Medicare.

**ATENCIÓN:** Si habla español, hay servicios de traducción, libre de cargas, disponibles para usted. Llame al 1-877-905-9210 (TTY: 711).  
**ATTENTION:** If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-905-9210 (TTY: 711).

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse ciertas limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, la prima o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

Los proveedores fuera de la red/que no están contratados no tienen la obligación de brindar tratamiento a los miembros de la compañía aseguradora de Care N' Care, excepto en situaciones de emergencia. Para saber si cubriremos un servicio fuera de la red, le recomendamos que usted o su proveedor soliciten una determinación de la organización antes de recibir el servicio. Llame al número de nuestro equipo de experiencia del 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.

# Lista de verificación antes de la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y nuestras normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 1-877-905-9210 y hablar con un especialista de Medicare.

## Cómo comprender los beneficios

- La Evidencia de Cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Para ver una copia de la EOC, ingrese en [cn-healthplan.com](http://cn-healthplan.com) o llame al 1-877-905-9210.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que usted consulta se encuentren en la red. Si no aparecen en la lista, significa que es posible que deba elegir a un nuevo médico o pagar una parte mayor que corresponde del costo.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para obtener los medicamentos con receta se encuentre en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, es posible que deba elegir una nueva farmacia para obtener sus medicamentos con receta.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.
- Revise la decisión de inscripción y cómo la inscripción afectará la cobertura actual.

## Cómo comprender las normas importantes

- Si elige un plan con una prima mensual, además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, la prima se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- En el caso de los planes PPO, no es necesario que obtenga una remisión o aprobación por anticipado cuando recibe atención por parte de proveedores fuera de la red. No obstante, le recomendamos que notifique a Care N' Care antes de recibir algunos servicios por parte de proveedores que no pertenecen al plan. Si no proporciona esta notificación, es posible que deba pagar los cargos de los proveedores, si Care N' Care determina que los servicios no son beneficios cubiertos o no son necesario por razones médicas. Si proporciona una notificación antes de recibir los servicios, no corre el riesgo de que Care N' Care (PPO) determine que los servicios no están cubiertos.
- En el caso del plan HMO, debe usar proveedores de la red, excepto en casos de atención de emergencia o urgencia, o para diálisis renal u otros servicios fuera del área. Si recibe atención de rutina de proveedores fuera de la red, ni Medicare ni Care N' Care serán responsables de los costos.

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.