

	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		\$50		\$195		\$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	\$4,300	\$8,950	\$3,900	\$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 \$45	Copago de \$25	Copago de \$25	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
Servicios de telemedicina <ul style="list-style-type: none"> <li>Médico de atención primaria o atención de urgencia</li> <li>Servicios especializados de salud mental</li> <li>Servicios de especialistas</li> </ul>	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
ATENCIÓN HOSPITALARIA, DE EMERGENCIA Y DE URGENCIA								
Atención hospitalaria para pacientes internados (existe un beneficio complementario que cubre toda hospitalización de más de 90 días).	Días 1 a 5: copago de \$225 por día Días 6 en adelante: copago de \$0 por día	35% del costo	Días 1 a 5: copago de \$200 por día Días 6 en adelante: copago de \$0 por día	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
Ambulancia <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulancia terrestre</li> <li>Ambulancia aérea</li> </ul>	Copago de \$275 20% del costo	Copago de \$275 20% del costo	Copago de \$275 20% del costo	Copago de \$275 20% del costo	Copago de \$0 Copago de \$0	35% del costo 35% del costo	Copago de \$275 20% 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 \$30		Copago de \$25		Copago de \$0		Copago de \$25	
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 \$0	Copago de \$40
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 \$200	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 (no radiológicos): ejemplos de pruebas de alergia, electrocardiogramas y pruebas psicológicas.	Copago de \$0 a \$25	Copago de \$0 a \$75	Copago de \$0 a \$25	Copago de \$0 a \$175	Copago de \$0	Copago de \$0 a 30% del costo	Copago de \$0 a \$25	Copago de \$0 a \$150
Servicios de diagnóstico radiológico: ejemplos tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, ultrasonidos, ecocardiogramas	Copago de \$0 a \$200	Copago de \$75 a \$200	Copago de \$0 a \$175	Copago de \$75 a \$200	Copago de \$0	30% del costo	Copago de \$0 a \$150	Copago de \$75 a \$200
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 \$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
SUMINISTROS Y EQUIPO								
Equipo médico duradero	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
Programa de recompensas e incentivos	N/A	Hasta \$750 por completar actividades de salud y bienestar
Tarjeta de gastos flexibles (Costos odontológicos, de la audición y de la visión complementarios que paga de su bolsillo)	N/A	\$800, distribuidos trimestralmente (\$200 por trimestre)
VISITAS AL CONSULTORIO DEL MÉDICO		
Consultas al médico de atención primaria (PCP)	Copago de \$0	Copago de \$0
Consultas al especialista	Copago de \$0	Copago de \$0
Podiatría	Copago de \$35	Copago de \$15
Servicios de telemedicina <ul style="list-style-type: none"> <li>Médico de atención primaria o atención de urgencia</li> <li>Servicios especializados de salud mental</li> <li>Servicios de especialistas</li> </ul>	Copago de \$0 Copago de \$25 Copago de \$0	Copago de \$0 Copago de \$15 Copago de \$0
ATENCIÓN HOSPITALARIA, DE EMERGENCIA Y DE URGENCIA		
Atención hospitalaria para pacientes internados (existe un beneficio complementario que cubre toda hospitalización de más de 90 días con un copago de \$0).	Días 1 a 5: copago de \$210 por día Días 6 en adelante: copago de \$0 por día	Días 1 a 5: copago de \$225 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
Ambulancia <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulancia terrestre</li> <li>Ambulancia aérea</li> </ul>	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
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
CIRUGÍA PARA PACIENTES EXTERNOS		
Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$175	Copago de \$150
Centro hospitalario para pacientes externos	Copago de \$190	Copago de \$190
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO Y SERVICIOS DE LABORATORIO		
Pruebas y procedimientos de diagnóstico básicos (no radiológicos): ejemplos de pruebas de alergia, electrocardiogramas y pruebas psicológicas.	Copago de \$0 a \$50	Copago de \$0 a \$50
Servicios de diagnóstico radiológico: ejemplos tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, ultrasonidos, ecocardiogramas	Copago de \$0 a \$225	Copago de \$0 a \$200
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
SUMINISTROS Y EQUIPO		
Equipo médico duradero	20% del costo	20% del costo

Para posibles miembros

Llame a nuestro especialista de Medicare para obtener más información sobre los planes Medicare Advantage al **1-877-905-9208** (TTY 711) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central.

Para miembros

Si tiene preguntas sobre su plan Care N' Care actual, llame al **1-877-374-7993** (TTY 711) o envíe un correo electrónico a su Equipo de experiencia al cliente a [yourteam@cnhealthplan.com](mailto:yourteam@cnhealthplan.com) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central.

La información sobre los beneficios que se describe incluye los aspectos destacables de los servicios que cubrimos y lo que usted debe pagar. No enumera cada uno de los beneficios o servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, incluidos los beneficios o servicios que requieren una autorización o una remisión previa, consulte la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en [cnhealthplan.com](http://cnhealthplan.com). También puede llamarnos al número de teléfono que figura en esta página.

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.

Y0107\_24\_060aS\_M



# 2024 Aspectos destacables de los beneficios del plan

CARE N' CARE CLASSIC (HMO) H2171-001  
 SOUTHWESTERN HEALTH SELECT (HMO) H2171-003  
 CARE N' CARE CHOICE PREMIUM (PPO) H6328-001  
 CARE N' CARE CHOICE PLUS (PPO) H6328-002  
 CARE N' CARE CHOICE (PPO) H6328-003  
 CARE N' CARE CHOICE MA-ONLY (PPO) H6328-005

Parte de  
**Southwestern Health Resources**

BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS	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) a través de Medline (el beneficio no se pasa para el trimestre siguiente).	\$75 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos OTC aprobados por el plan.	\$100 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos OTC aprobados por el plan.
<b>COBERTURA DENTAL mediante DentaQuest</b>		
Los servicios odontológicos integrales y preventivos incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza</li> <li>• Radiografías dentales</li> <li>• Examen bucal</li> <li>• Empastes</li> <li>• Dentaduras</li> <li>• Extracciones</li> <li>• Implantes</li> </ul>	Copago de \$0 hasta un máximo del beneficio de \$3000	Copago de \$0 hasta un máximo del beneficio de \$3000
<b>COBERTURA OFTALMOLÓGICA mediante EyeMed</b>		
Examen de la vista (1 por año, incluye refracción)	Copago de \$0	Copago de \$0
Asignación para anteojos graduados (por año) [anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto (convencionales o desechables)]	Hasta \$150 de asignación para la compra	Hasta \$150 de asignación para la compra
<b>COBERTURA AUDITIVA mediante TruHearing</b>		
Examen auditivo de rutina (1 por año: debe ser con un proveedor de TruHearing).	Copago de \$0	Copago de \$0
Audífonos (hasta dos audífonos de marca TruHearing por año [uno por oído por año]).	Audífonos estándares: copago de \$399 por audífono Audífonos avanzados: copago de \$599 por audífono Audífonos prémium: copago de \$899 por audífono	Audífonos estándares: copago de \$399 por audífono Audífonos avanzados: copago de \$599 por audífono Audífonos prémium: copago de \$899 por audífono

BENEFICIO DE MEDICAMENTOS CON RECETA	Care N' Care Classic (HMO) H2171-001	Southwestern Health Select (HMO) H2171-003
Deducible de la farmacia	Sin deducible	Sin deducible
PERÍODO DE COBERTURA INICIAL Farmacia dentro de la red	Farmacia minorista Suministro para 30 días	Farmacia minorista Suministro para 30 días
	Farmacia minorista Suministro para 100 días	Farmacia minorista Suministro para 100 días
	Farmacia de pedido por correo Suministro para 30 días	Farmacia de pedido por correo Suministro para 30 días
	Farmacia de pedido por correo Suministro para 100 días	Farmacia de pedido por correo Suministro para 100 días
• Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0
• Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$20
• Nivel 3: medicamentos de marca preferidos - <i>Insulinas del formulario*</i>	Copago de \$47 Copago de \$35	Copago de \$94 Copago de \$70
• Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$200
• Nivel 5: medicamentos especializados	33% del costo	Sin cobertura
Período sin cobertura*	Medicamentos del nivel 1; período sin cobertura parcial para medicamentos seleccionados del nivel 2 y del nivel 3	Medicamentos del nivel 1; período sin cobertura parcial para medicamentos seleccionados del nivel 2 y del 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](http://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 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.

BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS	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®.	No disponible	Cantidad ilimitada de visitas a un gimnasio participante de SilverSneakers®.	No disponible	Cantidad ilimitada de visitas a un gimnasio participante de SilverSneakers®.	No disponible	Cantidad de visitas ilimitadas a un gimnasio participante de SilverSneakers®.	No disponible
Medicamentos de venta libre (OTC) a través de Medline (el beneficio no se pasa para el trimestre siguiente).	\$90 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos OTC aprobados por el plan.	No disponible	\$90 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos OTC aprobados por el plan.	No disponible	\$130 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos OTC aprobados por el plan.	No disponible	\$75 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos OTC aprobados por el plan.	No disponible
<b>COBERTURA DENTAL mediante DentaQuest</b>								
Los servicios odontológicos integrales y preventivos incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza</li> <li>• Radiografías dentales</li> <li>• Examen bucal</li> <li>• Empastes</li> <li>• Dentaduras</li> <li>• Extracciones</li> <li>• Implantes</li> </ul>	Copago de \$0 hasta un máximo del beneficio de \$3000	Copago de \$0 por el monto permitido dentro de la red hasta el máximo del beneficio MÁS Diferencia entre el monto presentado fuera de la red y el monto permitido dentro de la red.	Copago de \$0 hasta un máximo del beneficio de \$3000	Copago de \$0 por el monto permitido dentro de la red hasta el máximo del beneficio MÁS Diferencia entre el monto presentado fuera de la red y el monto permitido dentro de la red.	Copago de \$0 hasta un máximo del beneficio de \$3000	Copago de \$0 por el monto permitido dentro de la red hasta el máximo del beneficio MÁS Diferencia entre el monto presentado fuera de la red y el monto permitido dentro de la red.	Copago de \$0 hasta un máximo del beneficio de \$1000	Copago de \$0 por el monto permitido dentro de la red hasta el máximo del beneficio MÁS Diferencia entre el monto presentado fuera de la red y el monto permitido dentro de la red.
<b>COBERTURA OFTALMOLÓGICA mediante EyeMed</b>								
Examen de la vista (1 por año, incluye refracción)	Copago de \$0	Hasta \$50 de reembolso por la consulta del examen	Copago de \$0	Hasta \$50 de reembolso por la consulta del examen	Copago de \$0	Hasta \$50 de reembolso por la consulta del examen	Copago de \$0	Hasta \$50 de reembolso por la consulta del examen
Asignación para anteojos graduados (por año) [anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto (convencionales o desechables)]	Hasta \$150 de asignación para la compra	Hasta \$150 de reembolso	Hasta \$150 de asignación para la compra	Hasta \$150 de reembolso	Hasta \$150 de asignación para la compra	Hasta \$150 de reembolso	Hasta \$150 de asignación para la compra	Hasta \$150 de reembolso
<b>COBERTURA AUDITIVA mediante TruHearing</b>								
Examen auditivo de rutina (1 por año: debe ser con un proveedor de TruHearing).	Copago de \$0	No disponible Debe usar un proveedor de TruHearing.	Copago de \$0	No disponible Debe usar un proveedor de TruHearing.	Copago de \$0	No disponible Debe usar un proveedor de TruHearing.	Copago de \$0	No disponible Debe usar un proveedor de TruHearing.
Audífonos (hasta dos audífonos de marca TruHearing por año [uno por oído por año]).	Audífonos estándar: copago de \$499 por audífono Audífonos avanzados: copago de \$699 por audífono Audífonos prémium: copago de \$999 por audífono	Audífonos estándar: copago de \$499 por audífono Audífonos avanzados: copago de \$699 por audífono Audífonos prémium: copago de \$999 por audífono	Audífonos estándar: copago de \$499 por audífono Audífonos avanzados: copago de \$699 por audífono Audífonos prémium: copago de \$999 por audífono	Audífonos estándar: copago de \$499 por audífono Audífonos avanzados: copago de \$699 por audífono Audífonos prémium: copago de \$999 por audífono	Audífonos estándar: copago de \$499 por audífono Audífonos avanzados: copago de \$699 por audífono Audífonos prémium: copago de \$999 por audífono	Audífonos estándar: copago de \$499 por audífono Audífonos avanzados: copago de \$699 por audífono Audífonos prémium: copago de \$999 por audífono	Audífonos estándar: copago de \$499 por audífono Audífonos avanzados: copago de \$699 por audífono Audífonos prémium: copago de \$999 por audífono	Audífonos estándar: copago de \$499 por audífono Audífonos avanzados: copago de \$699 por audífono Audífonos prémium: copago de \$999 por audífono

BENEFICIO DE MEDICAMENTOS CON RECETA	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			
Deducible de la farmacia	Sin deducible				Sin deducible				Sin deducible				Sin cobertura			
PERÍODO DE COBERTURA INICIAL Farmacia dentro de la red	Farmacia minorista Suministro para 30 días	Farmacia minorista Suministro para 100 días	Farmacia de pedido por correo Suministro para 30 días	Farmacia de pedido por correo Suministro para 100 días	Farmacia minorista Suministro para 30 días	Farmacia minorista Suministro para 100 días	Farmacia de pedido por correo Suministro para 30 días	Farmacia de pedido por correo Suministro para 100 días	Farmacia minorista Suministro para 30 días	Farmacia minorista Suministro para 100 días	Farmacia de pedido por correo Suministro para 30 días	Farmacia de pedido por correo Suministro para 100 días	Farmacia minorista Suministro para 30 días	Farmacia minorista Suministro para 100 días	Farmacia de pedido por correo Suministro para 30 días	Farmacia de pedido por correo Suministro para 100 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	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
• Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$12	Copago de \$24	Copago de \$12	Copago de \$24	Copago de \$12	Copago de \$24	Copago de \$12	Copago de \$24	Copago de \$8	Copago de \$16	Copago de \$8	Copago de \$16	Copago de \$8	Copago de \$16	Copago de \$8	Copago de \$16
• Nivel 3: medicamentos de marca preferidos - <i>Insulinas del formulario*</i>	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	Copago de \$43 Copago de \$35	Copago de \$86 Copago de \$70	Copago de \$43 Copago de \$35	Copago de \$86 Copago de \$70	Copago de \$43 Copago de \$35	Copago de \$86 Copago de \$70	Copago de \$43 Copago de \$35	Copago de \$86 Copago de \$70
• Nivel 4: medicamentos 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	Copago de \$92	Copago de \$184	Copago de \$92	Copago de \$184	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	33% del costo	Sin cobertura	33% del costo	Sin cobertura	33% del costo	Sin cobertura	33% del costo	Sin cobertura	33% del costo	Sin cobertura	33% del costo	Sin cobertura
Período sin cobertura*	Medicamentos del nivel 1; período sin cobertura parcial para medicamentos seleccionados del nivel 2 y del nivel 3				Medicamentos del nivel 1; período sin cobertura parcial para medicamentos seleccionados del nivel 2 y del nivel 3				Medicamentos del nivel 1; período sin cobertura parcial para medicamentos seleccionados del nivel 2 y del nivel 3				Medicamentos del nivel 1; período sin cobertura parcial para medicamentos seleccionados del nivel 2 y del 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](http://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 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.