

2024 Resumen de Beneficios

ConnectiCare

Choice Plan 3 (HMO-POS)

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

La información de beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Es posible que algunos servicios requieran autorización previa. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, incluidos aquellos que requieren autorización previa, revise la “Evidencia de Cobertura”. Puede encontrar este documento en nuestro sitio web connecticare.com/medicare o bien puede llamarnos y le enviaremos una copia.

¿Quiénes pueden inscribirse?

Para inscribirse en el **plan ConnectiCare Choice 3 (HMO-POS)**, usted debe ser elegible para Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de **Connecticut**: Fairfield, Hartford, Litchfield, Middlesex, New Haven, New London, Tolland y Windham.

¿Cuáles médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

El **plan ConnectiCare Choice 3 (HMO-POS)** cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no son parte de nuestra red, es posible que no paguemos estos servicios, excepto en casos de emergencia, situaciones de atención de urgencia o diálisis fuera del área.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede ver la farmacopea del plan completa (lista de medicamentos con receta Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web en connecticare.com/medicare. O bien, llámenos y le enviaremos una copia.

En la mayoría de las situaciones, deberá usar farmacias de la red para llenar sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D. Algunas de nuestras farmacias de la red tienen participación en los costos preferida. Es posible que pague menos si utiliza estas farmacias. Puede ver los directorios de proveedores o farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web connecticare.com/medicare. O bien, llámenos y le enviaremos una copia.

Contacto

Para obtener más información sobre los planes de ConnectiCare y para inscribirse, llámenos al **877-224-8220** (TTY: **711**). Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., o visite nuestro sitio web en **connecticare.com/medicare**.

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual **Medicare y Usted**. Véalo por Internet en **medicare.gov** u obtenga una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Primas y beneficios	ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS)
Prima mensual del plan (Para todos los condados de Connecticut).	Usted paga \$0 Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.
Deducible médico	Deducible del plan de \$195. El deducible se aplica solo a los siguientes servicios*: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios para pacientes internados - Agudos. • Servicios hospitalarios para pacientes internados - Psiquiátricos. • Centro de Enfermería Especializada. • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. • Servicios de observación para pacientes ambulatorios. • Servicios de diálisis. • Radiología terapéutica.
Responsabilidad de gasto máximo de bolsillo (No incluye medicamentos con receta).	\$8,850 por año. Este es el máximo que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos durante el año.
Cobertura de atención hospitalaria de paciente hospitalizado (Puede requerir aprobación).	Copago de \$490 por día, del día uno al tres, por estadía después de que usted paga su deducible del plan*. Usted no paga nada por día, del día cuatro en adelante, por ingreso.
Cobertura de atención hospitalaria de paciente ambulatorio (Puede requerir aprobación). <ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (incluidos servicios de observación): • Centros de cirugía ambulatoria o de corta estancia: 	Copago de \$280 después de que usted paga el deducible de su plan*. Copago de \$250.
Visitas al médico (en consultorio/virtual) <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de atención primaria (PCP): • Especialista: 	Usted paga \$0 Usted paga \$0 por el examen físico anual. Copago de \$35 por visita.

*Se aplican deducibles médicos.

Primas y beneficios	ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS)
<p>Atención preventiva Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes:</p>	<p>Usted paga \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prueba de densidad ósea. - Examen de detección de cáncer de mama (mamografía). - Examen de chequeo cardiovascular. - Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino. - Examen de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible). - Examen de detección de la depresión. - Examen de detección de la diabetes. - Examen de detección de cáncer de próstata (PSA). - Vacunas incluidas: las vacunas contra la gripe, la hepatitis B, las vacunas antineumocócicas y las vacunas contra el COVID-19. - Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una sola vez). - Visita de “Bienestar” (todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato tendrán cobertura).
<p>Atención de emergencia</p>	<p>Copago de \$100 por visita dentro de los Estados Unidos. Si usted ingresa en el hospital en un plazo de un día, no tiene que pagar su participación en el costo por la atención de emergencia.</p>
<p>Servicios urgentemente necesarios</p>	<p>Copago de \$45 por visita dentro de los Estados Unidos.</p>
<p>Imágenes/Análisis de laboratorio/Servicios diagnósticos (Puede requerir aprobación).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de radiología de diagnóstico (p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI]): • Servicios de laboratorio: • Análisis de diagnóstico y procedimientos: • Radiografías para pacientes ambulatorios: • Servicios de radiología terapéutica (como tratamientos de radiación para el cáncer): 	<p>Copago de \$295. Dentro de la red: \$0 en el consultorio del médico o en un centro independiente, \$15 en todas las demás ubicaciones. Copago de \$30. Copago de \$45. 20 % del costo después de que usted paga el deducible de su plan*.</p>
<p>Servicios de audición Usted tiene cobertura para un examen auditivo de rutina por año y para exámenes de diagnóstico y tratamiento de problemas de audición y equilibrio.</p>	<p>Copago de \$45 por visita.</p>

*Se aplican deducibles médicos.

Primas y beneficios	ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS)
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales cubiertos por Medicare: Servicios dentales preventivos Incluye exámenes bucales, limpiezas, radiografías de aleta de mordida y series completas (radiografías panorámicas Panorex): 	<p>Copago de \$45.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0</p> <p>Cubre hasta un examen bucal, una limpieza y tratamiento con fluoruro cada 6 meses.</p> <p>Cubre una radiografía estándar cada 6 meses y una serie completa (radiografías panorámicas Panorex) cada 36 meses.</p> <p>Fuera de la red: usted paga la diferencia entre la asignación fuera de la red y el importe total facturado por el dentista. Puede contratar servicios dentales integrales como un beneficio suplementario opcional (vea a continuación).</p>
<p>Beneficio suplementario opcional</p> <p>Opciones de POS</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales integrales (podrían requerir aprobación). <p>Diagnóstico; Servicios de restauración menores: Empastes.</p> <p>Puentes fijos; coronas e incrustaciones; endodoncia; periodoncia; extracciones: Tratamiento de conducto, raspado y alisado periodontal, cirugía y mantenimiento periodontal, extracciones y cirugía bucal.</p> <p>Prostodoncia; Otra cirugía bucal/maxilofacial, Otros servicios: Dentaduras postizas parciales y completas, ajustes de dentaduras postizas, recementado de puentes fijos e implantes.</p>	<p>Prima mensual de \$25. Máximo de beneficios anuales de \$2,000.</p> <p>Prima mensual de \$32. Máximo de beneficios anuales de \$3,000</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>20 % del costo después de alcanzar el deducible para el año calendario de \$100.</p> <p>50 % del costo después de alcanzar el deducible para el año calendario de \$100.</p> <p>50 % del costo después de alcanzar el deducible para el año calendario de \$100.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Además de la participación en los costos dentro de la red que se detalla arriba, usted paga la diferencia entre la asignación fuera de la red y el importe total facturado por el dentista.</p>
<p>Opción de indemnización</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales preventivos e integrales: 	<p>Prima mensual de \$69. Máximo de beneficios anuales de \$3,500.</p> <p>Usted paga el 50 % del costo por todos los servicios cubiertos.</p>

Primas y beneficios	ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS)
<p>Servicios de la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la visión: También tiene cobertura para un examen de la visión de rutina por año y para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares. Accesorios para la vista, de rutina: Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas (debe obtener los accesorios para la vista en un plazo de 12 meses después de la cirugía): 	<p>Copago de \$45 por visita.</p> <p>Hasta \$500 de asignación para un par de anteojos o lentes de contacto por año.</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p>Servicios de salud mental (podría requerir aprobación).</p> <ul style="list-style-type: none"> Visita de pacientes hospitalizados: Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios (en el consultorio únicamente): Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios (en consultorio/virtual): 	<p>\$1,937 por ingreso después de que usted paga su deducible del plan*.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días por ingreso de salud mental del paciente hospitalizado. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida” siempre que la estadía esté cubierta bajo el plan. Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para servicios de salud mental del paciente ingresado en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>El costo compartido se aplica cada vez que es hospitalizado en un centro psiquiátrico.</p> <p>Copago de \$40 por visita.</p> <p>Copago de \$40 por visita.</p>
<p>Centro de enfermería especializada (SNF) (Puede requerir aprobación).</p> <p>Un período de beneficios comienza el día en que es internado en un SNF. El período de beneficios finaliza cuando no ha obtenido atención hospitalaria o atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <p>Después de que paga el deducible de su plan, usted paga:</p> <p>Nada por día, del día 1 al 20 por período de beneficios.</p> <p>Copago de \$203 por día, del día 21 al 100, por período de beneficios*.</p>
<p>Fisioterapia</p>	<p>Copago de \$40 por visita.</p>

*Se aplican deducibles médicos.

Primas y beneficios	ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS)
<p>Ambulancia (puede requerir aprobación; no se exime si es admitido).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terrestre: • Aérea: • Ambulancia terrestre en todo el mundo: <p>Usted tiene cobertura para servicios de ambulancia terrestre en todo el mundo. Existe un límite anual de \$50,000 combinado para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia terrestre de emergencia fuera de los Estados Unidos.</p> <p>No tiene cobertura para servicios de ambulancia aérea fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>Copago de \$275. 20 % del costo. Copago de \$385.</p>
<p>Transporte (no de emergencia)</p>	<p>Sin cobertura.</p>

Medicamentos con receta para el plan ConnectiCare Choice 3 (HMO-POS)

MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B

Medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B

(Puede requerir aprobación).

Estos medicamentos pueden requerir tratamiento escalonado y/o aprobación previa.

Usted paga entre el 0 % y el 10 % en función del ajuste reembolsable de la Parte B para los medicamentos de la Parte B **en el hogar**.

Usted paga entre el 0 % y el 20 % en función del ajuste reembolsable de la Parte B para los medicamentos de la Parte B que sean **dispensados en una farmacia minorista, una farmacia de pedidos por correo, un consultorio médico y un centro para pacientes ambulatorios**.

No paga más de \$35 por el suministro de insulina para un mes.

Medicamentos de Medicare Parte D

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de seis “niveles”. Tendrá que usar la farmacopea (lista de medicamentos cubiertos) para saber en qué nivel se encuentra un medicamento.

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta depende del nivel en el que se encuentre su medicamento y en qué etapa del beneficio usted se encuentre. Hay cuatro etapas en su cobertura de medicamentos con receta Parte D.

Cuatro etapas de la cobertura de medicamentos

Deducible

No hay ningún deducible en este plan.

Cobertura inicial

En esta etapa, usted y el plan comparten los costos de algunos de los medicamentos cubiertos hasta que los costos totales de los medicamentos, incluido el deducible, alcancen \$5,030. Los costos totales de los medicamentos que usted y nuestro plan de la Parte D pagan lo ayudarán a alcanzar la interrupción de cobertura.

Costo compartido minorista

Plan ConnectiCare Choice 3 (HMO-POS) — Suministro de medicamentos para 30 días					
Nivel	Deducible	Cobertura inicial \$0-\$5,030		Interrupción de cobertura \$5,030-\$8,000	Cobertura contra catástrofes superior a \$8,000
		Farmacia preferida	Farmacia estándar	Usted paga	Usted paga
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$2	\$9	25 %	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$10	\$20	25 %	\$0
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$0	\$42	\$47	25 %	\$0
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$0	\$95	\$100	25 %	\$0
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	\$0	33 %	33 %	25 %	\$0
Nivel 6: Medicamentos de atención selecta	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

Usted no paga deducible y no paga más de \$35 por el suministro de insulinas cubiertas para un mes y \$0 por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

Costo compartido por pedido por correo preferido

ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS)		
Nivel	Cobertura inicial \$0-\$5,030	
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$0
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$42	\$126
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95	\$285
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	33 %	No disponible en el suministro a largo plazo
Nivel 6: Medicamentos de atención selecta	\$0	\$0

Usted no paga deducible y no paga más de \$35 por el suministro de insulinas cubiertas para un mes y \$0 por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

Si vive en un centro de cuidados a largo plazo o usa una farmacia de pedidos por correo no preferida, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.

Interrupción de cobertura

La interrupción de cobertura (también conocida como “período sin cobertura”) comienza después de que el costo total de medicamentos por año (lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) supera \$5,030.

Mientras se encuentre en la interrupción de cobertura en 2024, usted continuará pagando \$0 por medicamentos de atención selecta (nivel 6), no más de \$35 por suministro de un mes de insulinas cubiertas, \$0 por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos y el 25 % de los costos por todos los demás medicamentos. El descuento del 70 % para los medicamentos de marca que paga el fabricante del medicamento, combinado con el 25 % que paga usted, cuenta para sus costos de bolsillo reales (TrOOP). Esto le ayuda a salir de la interrupción de cobertura. **No todos alcanzan un período de interrupción de cobertura.**

Cobertura contra catástrofes

Usted ingresa en la etapa de cobertura contra catástrofes una vez que sus costos de medicamentos de bolsillo reales (TrOOP) anuales superan los **\$8,000**. Durante esta etapa usted paga **\$0**.

Obtenga ayuda para pagar sus medicamentos con receta

Ayuda Adicional

Ayuda Adicional es un programa de Medicare gratuito conocido como Subsidio por bajos ingresos (LIS). Ayuda a las personas de ingresos y recursos bajos o limitados a pagar los costos del plan de medicamentos de Medicare Parte D.

¿Qué obtiene con la Ayuda Adicional?

- Pago del 75 % o más de los costos de sus medicamentos. Entre ellos se incluyen la prima mensual de sus medicamentos con receta (**la cantidad que usted paga cada mes**).
- Pago de su deducible anual (**la cantidad que usted paga antes de que su plan comience a pagar**).
- Pago de gastos de coseguro (**el porcentaje que usted paga por sus medicamentos con receta**).
- Sin interrupción de cobertura.

Califica automáticamente para recibir Ayuda Adicional si:

- Tiene cobertura total de Medicaid.
- Obtiene ayuda a través del programa Medicaid estatal para pagar sus primas de la Parte B, en un programa de ahorros de Medicare.
- Recibe beneficios del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, siglas en inglés).

Muchas otras personas con ingresos bajos o limitados también califican para recibir Ayuda Adicional y no lo saben.

Puede solicitar estos programas **sin costo**. Comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **800-772-1213** (TTY: **800-325-0778**). También puede hacer su solicitud en línea en **ssa.gov/benefits/medicare/prescriptionhelp**.

Beneficios adicionales

Otros beneficios	ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS)
Acupuntura (Puede requerir aprobación).	Copago de \$30 por visita. Cubre hasta 20 visitas por dolor lumbar crónico cada año (máximo de 12 visitas en 90 días).
Atención de podología (Servicios de podología) <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento y exámenes de los pies (exámenes de rutina no cubiertos): Si tiene lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes y/o cumple ciertos criterios, se cubren los tratamientos y los exámenes.	Copago de \$35 por visita.
Atención quiropráctica Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de su columna vertebral se salen de su posición).	Copago de \$15 por visita.
Terapia ocupacional, del habla y del lenguaje	Copago de \$40 por visita.
Rehabilitación cardíaca (en consultorio/virtual)	Copago de \$30 por visita.
Rehabilitación cardíaca intensiva	Copago de \$55 por visita.
Rehabilitación pulmonar (Puede requerir aprobación).	Copago de \$15 por visita.
Cuidado de salud en el hogar (podría requerir aprobación).	Usted paga \$0
Hospicio Tiene cobertura para atención de hospicio en un hospicio certificado por Medicare. Original Medicare, y no nuestro plan, pagará los servicios de hospicio. Es posible que usted deba pagar parte del costo de los medicamentos y el cuidado de relevo.	Usted paga \$0
Equipo/suministros médicos (podría requerir aprobación). Equipos médicos duraderos (sillas de ruedas, oxígeno): Prótesis (férulas, extremidades artificiales):	20 % del costo. 20 % del costo.

Otros beneficios	ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS)
<p>Capacitación y suministros para la diabetes (Puede requerir aprobación).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para la diabetes (incluye suministros de monitoreo y zapatos o insertos terapéuticos; limitamos nuestros suministros a las marcas Abbott y LifeScan): • Educación sobre enfermedad renal: 	<p>20 % del costo. Usted paga \$0</p>
<p>Diálisis renal</p>	<p>Usted paga 20 % del costo*</p>
<p>Programas de bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acondicionamiento físico: • Teladoc®: 	<p>SilverSneakers® — Usted paga \$0 Copago de \$0 por visita.</p>
<p>Artículos de venta libre</p>	<p>\$70 por mes, solo por pedido por correo.</p>
<p>Atención de urgencia y de emergencia en todo el mundo (cobertura fuera de los Estados Unidos). Existe un límite anual de \$50,000 combinado para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia terrestre de emergencia fuera de los Estados Unidos. No tiene cobertura para servicios de ambulancia aérea fuera de los Estados Unidos. Consulte la página I-7 para obtener información adicional sobre costos compartidos para servicios de ambulancia.</p>	<p>Copago de \$100 por visita. Si es ingresado en el hospital en un plazo de un día, su copago será eximido.</p>

*Se aplican deducibles médicos

ConnectiCare, Inc. es un plan HMO-POS que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato. Teladoc y las marcas relacionadas son marcas comerciales de Teladoc Health, Inc. y son utilizadas por ConnectiCare con su autorización. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc.

© 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. ©2023 ConnectiCare, Inc. & Affiliates

Lista de verificación previa a la inscripción 2024

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio de Atención al Cliente al **800-224-2273** (TTY: **711**), del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a sábado de 8 a.m. a 8 p.m.

Información sobre los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante evaluar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite connecticare.com/medicare o llame al **800-224-2273** (TTY: **711**) para ver una copia de la EOC.
- Consulte el Directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que actualmente consulta estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que es probable que deba seleccionar un médico nuevo.
- Consulte el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir una nueva farmacia para sus recetas.
- Consulte la lista de medicamentos para asegurarse de que estén cubiertos.

Información sobre reglas importantes

- Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito/a en un plan de Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience la nueva cobertura de Medicare Advantage. Para obtener más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que quiera cancelar su póliza de Medigap porque pagaría una cobertura que no puede usar.
- Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B. Por lo general, esta prima se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- Nuestro plan permite que usted visite proveedores fuera de la red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos ciertos servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarle. Excepto en casos de emergencia o situaciones urgentes, el proveedor no contratado puede denegar la atención. Además, usted pagará copagos más altos por los servicios que reciba de un proveedor no contratado.