

# 2024 Resumen de Beneficios

## ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO-POS D-SNP)

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

Tenga en cuenta lo siguiente: No se requieren referidos para este plan.

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, solicite la “Evidencia de cobertura”. Puede encontrar este documento en nuestro sitio web [connecticare.com/medicare](https://connecticare.com/medicare) o bien puede llamarnos y le enviaremos una copia.

### Inscripción y Elegibilidad

Para inscribirse en y seguir siendo elegible para el plan **ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO-POS D-SNP)**, debe:

- Ser elegible para Medicare Parte A.
- Estar inscrito en Medicare Parte B.
- Estar inscrito en el Connecticut Medicaid Program (HUSKY C o HUSKY A), y
- Residir 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.

### ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

El plan **ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO-POS D-SNP)** cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no son parte de nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios, excepto en casos de emergencia.

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](https://connecticare.com/medicare). O bien, llámenos y le enviaremos una copia.

Su participación en los costos será la misma si compra sus medicamentos cubiertos de la Parte D en una de las farmacias “preferidas” de nuestra red o en una de nuestras farmacias “estándar”.

Si recibe una factura de un proveedor por servicios cubiertos por Medicare, no pague la factura. En cambio, envíenos la factura para que la procesemos y determinemos si usted tiene alguna responsabilidad. Consulte el Capítulo 7 de la Evidencia de cobertura de su plan **ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO-POS D-SNP)** para obtener más información.

Puede ver los directorios de proveedores y 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 Dual Vista (HMO-POS D-SNP)
<p><b>Prima mensual del plan</b> Debe continuar pagando Medicare Parte B, salvo que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B.</p>	Usted paga \$0
<p><b>Deducible</b></p>	Este plan no cuenta con un deducible para los servicios médicos cubiertos.
<p><b>Responsabilidad de gasto máximo de bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta) Este es el máximo que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos durante el año.</p>	\$8,850
<p><b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados</b> (podría requerir aprobación).</p>	Usted paga \$0
<p><b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b> (podría requerir aprobación).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios:</li> <li>• Centros de cirugía ambulatoria o de corta estancia:</li> </ul>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p><b>Visitas al médico</b> (en el consultorio/virtuales)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de atención primaria (PCP):</li> <li>• Especialista:</li> </ul>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0 por el examen físico anual.</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p><b>Atención preventiva</b> Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes:</p>	<p>Usted paga \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prueba de densidad ósea.</li> <li>- Examen de detección de cáncer de mama (mamografía).</li> <li>- Examen de chequeo cardiovascular.</li> <li>- Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino.</li> <li>- Examen de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible).</li> <li>- Examen de detección de la depresión.</li> <li>- Examen de detección de la diabetes.</li> <li>- Examen de detección de cáncer de próstata (PSA).</li> <li>- Vacunas incluidas: las vacunas contra la gripe, la hepatitis B, las vacunas antineumocócicas y las vacunas contra el COVID-19.</li> <li>- Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una sola vez) y anual.</li> <li>- Visita de “Bienestar” (todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato tendrán cobertura).</li> </ul>

Primas y beneficios	ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO-POS D-SNP)
<b>Atención de emergencia</b>	Usted paga \$0
<b>Servicios urgentemente necesarios</b>	Usted paga \$0
<p><b>Servicios diagnósticos/laboratorio/imágenes:</b> (puede requerir aprobación).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computadas):</li> <li>• Servicios de laboratorio:</li> <li>• Análisis de diagnóstico y procedimientos:</li> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios:</li> </ul>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p><b>Servicios de audición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio, uno cada año:</li> <li>• Audífonos (limitados a dos, uno para cada oído):</li> </ul>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Evaluación y ajuste: Usted paga \$0</p> <p>Asignación máxima de hasta \$2,500 cada año.</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales cubiertos por Medicare:</li> <li>• Servicios dentales preventivos: Incluye exámenes bucales, limpiezas, aplicaciones de fluoruro, radiografías de aleta de mordida y radiografías panorámicas Panorex o serie completa.</li> <li>• Servicios dentales integrales (podrían requerir aprobación). Diagnóstico; Servicios de restauración menores: Empastes. Puentes fijos; coronas e incrustaciones; endodoncia; periodoncia; extracciones; terapia de tratamiento de conducto; raspado y alisado periodontal; cirugía periodontal y mantenimiento; extracciones y cirugía bucal.  Prostodoncia; Otra cirugía bucal/ maxilofacial, Otros servicios: Dentaduras postizas parciales y completas, ajustes de dentaduras postizas, recementado de puentes fijos, implantes; ajustes de fundas, recementado de implantes de puentes fijos.</li> </ul>	<p>Límite anual de \$2,000 para los servicios dentales integrales.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Cubre uno cada seis meses: exámenes orales, limpiezas, aplicaciones de fluoruro y radiografías estándares.</p> <p>Cubre uno cada 36 meses: una serie completa de radiografías.</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga la diferencia entre la asignación fuera de la red y el importe total facturado por el dentista.</p>

Primas y beneficios	ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO-POS D-SNP)
<p><b>Servicios de la visión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Accesorios para la vista, de rutina:</li> <li>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):</li> </ul>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Asignación de hasta \$750 de accesorios para la vista cada año</p> <p>Los accesorios para la vista de rutina deben ser distribuidos por los proveedores participantes de EyeMed. Visite: <a href="http://eyemedvisioncare.com">eyemedvisioncare.com</a>, haga clic en “Find an eye doctor” (Buscar un oftalmólogo) y en el menú desplegable de la red elija “Insight Network” (Red Insight). O llame al número gratuito <b>833-337-3134</b>.</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p><b>Servicios de salud mental</b> (podría requerir aprobación).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visita de paciente ingresado:</li> <li>Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios (en el consultorio únicamente):</li> <li>Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios (en consultorio/virtual):</li> </ul>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p><b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b> (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 recibido 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>Usted paga \$0</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p>
<p><b>Fisioterapia</b></p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p><b>Ambulancia</b> (aérea y terrestre) Algunos servicios que no son de emergencia requieren autorización previa.</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p><b>Transporte</b> (no emergencia)</p>	<p>Sin cobertura.</p>

## Medicamentos con receta para el plan ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO-POS D-SNP)

Medicamentos de Medicare Parte B	
<p>Medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B: (podría requerir aprobación previa):</p> <p>Estos medicamentos pueden requerir tratamiento escalonado y/o aprobación previa.</p>	Usted paga \$0

### Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Como miembro del plan **ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO-POS D-SNP)**, usted está inscrito automáticamente en la cobertura de medicamentos con receta Parte D de Medicare. Debido a su elegibilidad para Medicaid (HUSKY C), usted recibirá Ayuda Adicional del gobierno (Subsidio por bajos ingresos) como ayuda para pagar sus medicamentos con receta.

“Ayuda Adicional” significa que usted recibirá ayuda para pagar su prima de Medicare Parte D, el deducible anual (la cantidad que usted paga antes de que su plan comience a pagar) y la participación en los costos de los medicamentos con receta (la cantidad que usted paga por un medicamento cubierto).

### Costos de los medicamentos con receta

Consulte la tabla a continuación para conocer la participación en los costos de un mes de suministro de un medicamento. Le enviaremos un inserto por separado denominado “Cláusula de la Evidencia de cobertura para quienes reciben ayuda adicional para sus medicamentos con receta” (Cláusula LIS, de subsidio por bajos ingresos), en el cual se le informa sobre su cobertura de medicamentos. Debido a que usted es elegible para recibir “Ayuda Adicional” o un “Subsidio por bajos ingresos” (LIS), la cantidad que usted paga es determinada por la receta y su LIS. Consulte su Cláusula LIS y/o la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre lo que paga.

### Participación en los costos de medicamentos con receta Parte D para un suministro de 30 días de medicamentos cubiertos

Nombre del nivel	Etapa de cobertura inicial	Etapa de interrupción de cobertura	Etapa de cobertura contra catástrofes
Deducible anual		\$0	\$0
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos		\$0	
Nivel 2: Medicamentos genéricos		\$0	
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos		Genéricos: \$0/\$1.55/\$4.50 De marca: \$0/\$4.60/\$11.20	
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			
Nivel 5: Especialidad			
Nivel 6: Medicamentos de atención selecta*		\$0	

\*\$0 para vacunas elegibles sin deducible.

Su costo no cambiará sin importar dónde compre sus medicamentos con receta Parte D. Esto incluye nuestras farmacias “preferidas” o “estándar”, pedidos por correo, atención a largo plazo o infusión en el hogar.

## Beneficios adicionales

Beneficios	ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO-POS D-SNP)
<b>Acupuntura</b> (podría requerir aprobación).	Usted paga \$0 Cubre hasta 20 visitas por dolor lumbar crónico cada año (máximo de 12 visitas en 90 días).
<b>Atención de los pies</b> (servicios de podología) Tratamiento y exámenes de los pies: Si tiene lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes y/o cumple ciertos criterios, se cubren los tratamientos y los exámenes.	Usted paga \$0
<b>Atención quiropráctica</b> Se cubre solamente la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de su columna vertebral se salen de su posición).	Usted paga \$0
<b>Terapia ocupacional, del habla y del lenguaje</b>	Usted paga \$0
<b>Rehabilitación cardíaca</b> (en consultorio/virtual)	Usted paga \$0
<b>Rehabilitación pulmonar</b> (puede requerir aprobación).	Usted paga \$0
<b>Cuidado de salud en el hogar</b> (puede requerir aprobación).	Usted paga \$0
<b>Hospicio</b> Original Medicare, y no nuestro plan, pagará los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal.	Usted paga \$0
<b>Equipo/suministros médicos</b> (podría requerir aprobación). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero (DME, siglas en inglés)                (sillas de rueda, oxígeno):</li> <li>• Prótesis/suministros médicos                (férulas, extremidades artificiales):</li> </ul>	Usted paga \$0  Usted paga \$0
<b>Capacitación y suministros para la diabetes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para la diabetes                (incluyen suministros de control y calzados o plantillas terapéuticos):</li> <li>• Educación sobre enfermedad renal:</li> </ul>	Usted paga \$0 Nuestro plan solo cubre las marcas FreeStyle®, Precision® and LifeScan®/One Touch® de monitores de glucosa y tiras reactivas.  Usted paga \$0
<b>Diálisis renal</b>	Usted paga \$0



# Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

## Declaración de beneficios de Medicaid y protecciones de participación en los costos

### Elegibilidad

Los miembros del plan **ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO-POS D-SNP)** deben estar inscritos en el programa de HUSKY C que paga su participación en los costos de Medicare. Estos miembros también son elegibles para recibir los beneficios adicionales de Medicaid que se describen a continuación y en las páginas siguientes.

### Participación en los costos y protecciones de participación en los costos para todos los miembros

En un plan **ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO-POS D-SNP)**, el programa estatal de Medicaid (HUSKY C) paga el costo compartido de los servicios médicos cubiertos por Medicare que usted recibe de un proveedor de la red de ConnectiCare que además es un proveedor participante de Medicaid.

Si pierde su elegibilidad para Medicaid o ve a un proveedor que no acepta Medicaid, será responsable de su parte de los costos de los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare.

**Beneficio completo de doble elegibilidad (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Puede ayudar a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y otra participación en los costos (como deducibles, coseguro y copagos). Elegible para recibir todos los beneficios de Medicaid.

**Beneficiario específico de Medicare de bajos ingresos con beneficios adicionales (Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus, SLMB+):** Pago de sus primas de Medicare Parte B y los beneficios completos de Medicaid.

**Beneficiario calificado de Medicare con beneficios adicionales (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** pago de sus primas de Medicare Parte A y Parte B, deducibles, participación en los costos (excepto los copagos de la Parte D) y los beneficios completos de Medicaid.

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY C)

La información sobre beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubre Medicaid. No incluye todos los servicios que se cubren ni todas las limitaciones o exclusiones. Es posible que algunos servicios requieran autorización previa.

Beneficio	Limitaciones
<b>Acupuntura</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente. Se aplican las reglas de cobertura de Medicaid.
<b>Pruebas/vacunas contra la alergia</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Ambulancia: Ambulancia terrestre y aérea rotativa de emergencia</b>	Solamente para emergencias (Llame al <b>911</b> para pedir una ambulancia terrestre de emergencia).
<b>Ambulancia: Ambulancia aérea que no sea de emergencia</b>	Al proveedor apropiado más cercano para un servicio aprobado. Comuníquese con Veyo, una compañía de Total Transit, al <b>855-478-7350</b> o con <b>ct.ridewithveyo.com</b> .

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY C) (continuación)

Beneficio	Limitaciones
<b>Salud del comportamiento</b> (Salud mental y tratamiento por uso de sustancias)	Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios clínicos médicos independientes para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios clínicos independientes de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de hospitalización psiquiátrica de emergencia y para pacientes hospitalizados</li> <li>• Servicios de profesionales individuales</li> <li>• Comuníquese con Connecticut Behavioral Health Partnership en <a href="http://ctbhp.com">ctbhp.com</a> o al <b>877-552-8247</b> para obtener información detallada sobre la cobertura de beneficios.</li> </ul>
<b>Anticonceptivos</b>	Requiere receta para todos los métodos anticonceptivos obtenidos en una farmacia. Se aplican límites mensuales para los condones. La píldora del día después Plan B también está cubierta con receta.
<b>Cuidados cardíacos</b> (incluye las pruebas de diagnóstico y detección)	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Programa de rehabilitación cardíaca</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Quiropráctico</b>	<p><b>Edades desde el nacimiento hasta los 20 años:</b> Limitado a ciertos servicios específicos proporcionados por un quiropráctico independiente o dentro de una clínica/centro de salud.</p> <p><b>Mayores de 21 años:</b> Los servicios de quiropráctica aprobados para adultos se pueden realizar en el entorno de un consultorio independiente, así como en centros de salud calificados a nivel federal (FQHC, siglas en inglés) y entornos hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p>
<b>Atención dental</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.  No todos los procedimientos dentales son beneficios cubiertos, y ciertos servicios dentales cubiertos requieren la autorización previa de su dentista.  Comuníquese con Dental Health Partnership en <a href="http://ctdhp.com">ctdhp.com</a> o al <b>855-283-3682</b> para obtener información detallada sobre la cobertura de beneficios.
<b>Diálisis</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Pañales y artículos para la incontinencia en adultos</b>	<p><b>Edades desde el nacimiento hasta los dos años:</b> Sin cobertura.</p> <p><b>A partir de los tres años:</b> Se cubre cuando es necesario por razones médicas. Se requiere receta.</p>

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY C) (continuación)

Beneficio	Limitaciones
<p><b>Suministros para diabéticos como:</b> monitores de glucemia, toallitas húmedas con alcohol, tiras de prueba (de orina, de sangre o reactivas), lancetas</p>	<p><b>Edades desde el nacimiento hasta los 20 años:</b> Cubierto por el beneficio de farmacia o por el beneficio de equipo médico.</p> <p><b>Mayores de 21 años:</b> Cubierto por el beneficio de farmacia. Los suministros para la diabetes, como medidores para diabéticos, tiras reactivas y lancetas, así como los artículos auxiliares adicionales, se agregarán a la Lista de productos preferidos de Medicaid y estarán cubiertos como parte del beneficio de farmacia para los miembros de HUSKY A, C y D de 21 años de edad o más. Las reclamaciones de farmacia presentadas para clientes menores de 21 años para HUSKY A, C y D también estarán sujetas a la Lista de productos preferidos de Medicaid.</p> <p>La insulina está cubierta para todas las edades bajo el beneficio de farmacia.</p>
<p><b>Zapatos/insertos para diabéticos</b></p>	<p><b>Mayores de 21 años:</b> Se cubren dos pares por año calendario sin autorización previa.</p>
<p><b>Servicios de emergencia/atención de urgencia</b></p>	<p><b>Dentro del estado:</b> Cubierto por un médico/consultorio de APRN/ CNM y PA inscrito o parte de un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p><b>Fuera del estado:</b> Sin cobertura a menos que la visita sea médicamente necesaria Y el proveedor se inscriba en HUSKY.</p> <p><b>Fuera del país:</b> Los servicios de emergencia no están cubiertos cuando se reciben fuera de los EE. UU. o de los territorios de los EE. UU.</p>
<p><b>Planificación familiar</b> (para atención continua) (Incluye anticonceptivos, exámenes, pruebas y tratamientos para enfermedades de transmisión sexual y VIH. Véase también Anticonceptivos y Maternidad)</p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p>
<p><b>Pruebas genéticas</b></p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p>
<p><b>Ginecología</b></p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p>
<p><b>Exámenes de audición</b></p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p>
<p><b>Audífonos</b></p>	<p><b>HUSKY A, C, D:</b> Un par cada tres años.</p>
<p><b>Baterías para audífonos</b></p>	<p>Requiere receta.</p>
<p><b>Cuidado de salud en el hogar:</b></p>	
<p><b>Visitas de enfermería especializada en el hogar</b></p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p> <p><b>Visitas de maternidad:</b> Se limitan a servicios para mujeres con embarazos de alto riesgo.</p>
<p><b>Visitas de asistente para la salud en el hogar</b></p>	<p>Debe proporcionar cuidados físicos prácticos (para alimentar, bañar, ir al baño, vestir o caminar).</p> <p>No se cubren los servicios de custodia ni los servicios domésticos/ de acompañante.</p>

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY C) (continuación)

Beneficio	Limitaciones
<b>Visitas de fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y/o terapia del habla (ST) en el hogar</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Visitas extendidas de enfermería especializada en el hogar</b> (turnos de enfermería)	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<p><b>Hospicio en el hogar</b> La atención de hospicio está dirigida a la atención de alivio y a aliviar los síntomas de las enfermedades terminales. Por lo general, no incluye un tratamiento destinado a curar. Para hospicio para pacientes hospitalizados, consulte Atención para pacientes hospitalizados en un hospicio.</p>	<p>Los servicios de hospicio están disponibles para los miembros a quienes se les diagnostica una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos.</p> <p><b>Edades desde el nacimiento hasta los 20 años:</b> Los miembros pueden recibir tratamiento destinado a la curación al mismo tiempo que reciben atención de hospicio.</p>
<p><b>Servicios a domicilio de infusión en el hogar</b> (medicamentos intravenosos en el hogar)</p>	<p><b>Edades desde el nacimiento hasta los 20 años:</b> Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p> <p><b>Mayores de 21 años:</b> La agencia de atención médica domiciliaria les enseñará a los miembros a administrarse sus propios medicamentos.</p>
<p><b>Visitas de enfermería en el hogar para afecciones de salud del comportamiento</b></p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p> <p>Comuníquese con Connecticut Behavioral Health Partnership en <a href="http://ctbhp.com">ctbhp.com</a> o al <b>877-552-8247</b> para obtener información detallada sobre la cobertura de beneficios.</p>
<p><b>Atención de hospicio para pacientes hospitalizados</b> La atención de hospicio tiene como objetivo la comodidad y el alivio de los síntomas de los enfermos terminales. Por lo general, no incluye el tratamiento destinado a curar.</p>	<p>Los servicios de hospicio para pacientes hospitalizados están disponibles para los miembros a quienes se les diagnostica una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos.</p>
<b>Atención en hospital:</b>	
<b>Paciente hospitalizado</b>	Las hospitalizaciones y las visitas al médico mientras usted está hospitalizado están cubiertas cuando son médicamente necesarias.
<b>Paciente ambulatorio</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Atención hospitalaria especializada a largo plazo</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Servicios de laboratorio</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY C) (continuación)

Beneficio	Limitaciones
<b>Centro de enfermería especializada de atención a largo plazo</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Maternidad (prenatal, parto y posparto)</b> <b>Sacaleche</b>	<p><b>Nacimientos en el hospital:</b> Sin limitaciones.</p> <p><b>Nacimientos en el hogar:</b> Cubierto.</p> <p><b>Sacaleche:</b> Se cubre cuando nace el bebé. Se requiere una receta a nombre de la madre.</p> <p>Nota: Los extractores de leche manuales y eléctricos se pueden entregar antes de una admisión hospitalaria, pero no antes del tercer (3.er) trimestre de embarazo de la miembro.</p> <p><b>Clases de parto/lamaze:</b> Sin cobertura.</p>
<b>Equipo médico</b> (para usar en el hogar) Definición: Equipo reutilizable que puede resistir el uso repetido y que generalmente se utiliza para fines médicos. Incluye artículos como andadores, sillas de ruedas, equipos para la apnea del sueño, sacaleches, etc.	<p>Deben ser médicamente necesarios y cumplir con la definición de equipo médico (consulte Beneficio).</p> <p>Se requiere receta.</p>
<b>Suministros médicos</b> desechables, es decir, gasa, guantes, jeringas	<p>Se requiere receta.</p> <p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p>
<b>Naturopatía</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Consejería nutricional</b>	La consejería nutricional está cubierta cuando es recibida por un médico, APRN o asistente médico como parte de una visita al consultorio o cuando es parte de una visita a una clínica, centro de salud comunitario o clínicas inscritas CMAP (incluidos centros de certificación federal [FQHC] y clínicas para paciente ambulatorio). La consejería nutricional con un nutricionista registrado independiente no está cubierta.
<b>Ortopedia</b> Receta de plantillas de soporte hechas a medida para tratar las condiciones de los pies y tobillos	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Farmacia</b> Medicamentos con receta medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos	Se requiere una receta incluso para medicamentos de venta libre (vitaminas, medicamentos y suplementos) que están cubiertos; se aplican algunos límites. Algunas recetas requieren autorización previa.
<b>Prótesis</b> Un dispositivo artificial para reemplazar una parte del cuerpo faltante. La parte del cuerpo puede faltar debido a un traumatismo, una enfermedad o una afección congénita.	Con cobertura si resulta necesario médicamente.

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY C) (continuación)

Beneficio	Limitaciones
<b>Servicios de rehabilitación:</b> <b>Pacientes ambulatorios</b> Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla <b>Pacientes hospitalizados</b> Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla (Para solicitar servicios a domicilio, véase Cuidado de salud en el hogar).	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Cirugía:</b>	
<b>Bariátrica</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Cosmética</b>	La cirugía que se considera cosmética no está cubierta.
<b>Paciente hospitalizado</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Paciente ambulatorio</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Reconstructiva</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Cirugía transgénero/de reasignación</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Transporte para sus citas médicas.</b>	Debe ser transporte para recibir un servicio que HUSKY C cubra. Comuníquese con Veyo, una compañía de Total Transit, al <b>855-478-7350</b> o con <b>ct.ridewithveyo.com</b> .
<b>Atención de urgencia/sin cita previa (dentro del estado)</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Cuidado de la vista, anteojos y lentes de contacto</b>	<b>Anteojos</b> para mayores de 21 años: Se aplican algunos límites al tipo de marcos y lentes. También se aplican límites sobre la frecuencia con la que puede obtener anteojos.  Se puede cubrir un par de anteojos cada 24 meses, a menos que sea médicamente necesario un par nuevo.  <b>Lentes de contacto:</b> Solo se cubren para ciertos diagnósticos.
<b>Pelucas</b>	Requiere receta. Llame a Servicios de participación de miembros al <b>800-859-9889</b> .

Para obtener información sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de Connecticut al **800-859-9889**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m., o visite **ct.gov/dss**.

ConnectiCare Insurance Company, Inc. es un plan HMO-POS D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Connecticut Medicaid Program. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato. Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio de atención al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a servicios fuera de la red. SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas comerciales de Tivity Health, Inc. ©2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc y las marcas relacionadas son marcas comerciales de Teladoc Health, Inc. y son utilizadas por ConnectiCare con su autorización.

# 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](https://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.
- Este plan es un Plan de necesidades especiales (D-SNP) con doble elegibilidad. Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.

