



ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP) ofrecido por ConnectiCare Insurance Company, Inc.

Aviso anual de cambios para 2021

Actualmente está inscrito como miembro de ConnectiCare Choice Dual. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto informa sobre los cambios.*

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

Controle los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si estos le afectan.

- Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que esta cubrirá sus necesidades el próximo año.
- ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
- Consulte las Secciones 1.5 y 2 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

Controle los cambios en el folleto respecto de nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si estos le afectan.

- ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
- ¿Se encuentran sus medicamentos en una categoría diferente, con una participación en los costos distinta?
- ¿Tiene alguno de sus medicamentos restricciones nuevas, como la necesidad de aprobación de parte nuestra antes de llenar su medicamento con receta?
- ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar estas farmacias?
- Revise la Lista de medicamentos de 2021 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Es posible que sus costos de medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos de bolsillo anuales durante el año. Para obtener información adicional sobre el precio de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estos tableros resaltan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información del precio de los medicamentos año a año. Tenga en cuenta que sus beneficios del plan determinarán exactamente cuánto pueden llegar a cambiar sus costos

de medicamentos.

Verifique si sus médicos y otros proveedores formarán parte de nuestra red el próximo año.

- ¿Están sus médicos, incluidos los especialistas que visita con regularidad, en nuestra red?
- ¿Y qué sucede con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

Piense en sus costos generales de cuidado de la salud.

- ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que usa regularmente?
- ¿Cuánto gastará en primas y deducibles?
- ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Conozca otras opciones de planes

Revise la cobertura y los costos de planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista que se encuentra en el reverso de su manual Medicare y usted.
- Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Cuando reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, se lo inscribirá en ConnectiCare Choice Dual.
- Si desea **cambiar a otro plan** que podría satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la Sección 5, página 17, para obtener más información sobre sus opciones.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, se lo inscribirá en ConnectiCare Choice Dual.
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020**, su cobertura nueva comenzará el **1.º de enero de 2021**. Se cancelará la inscripción de su plan actual automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con el número del Servicios para miembros al **1-800-224-2273** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 am a 8 pm, los 7 días a la semana.
- También podemos proporcionar información de manera que le sea útil a usted (como información en letra grande u otros formatos alternativos). Comuníquese con el Servicios para miembros llamando al número que se indicó anteriormente si necesita información del plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura conforme a este Plan califica como cobertura de salud calificada (qualifying health coverage, QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de ConnectiCare Choice Dual

- ConnectiCare Insurance Company, Inc. es un plan HMO D-SNP que tiene un contrato de Medicare y un contrato con el Programa de Medicaid de Connecticut. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este folleto diga “nosotros”, “nos” o “nuestro” hace referencia a ConnectiCare Insurance Company, Inc. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a ConnectiCare Choice Dual.

Resumen de costos importantes para 2021

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2020 y los costos de 2021 de ConnectiCare Choice Dual en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.connecticare.com/medicare. También puede llamar al Servicios para miembros para pedir que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este importe. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
	La prima de su plan se paga en su nombre mediante su “Ayuda Adicional”.	La prima de su plan se paga en su nombre mediante su “Ayuda Adicional”.
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: Usted paga un copago de \$0 por cada visita a un especialista Visitas a especialistas: Usted paga un copago de \$0 por cada visita a un especialista	Visitas de atención primaria: Usted paga un copago de \$0 por cada visita a un especialista Visitas a especialistas: Usted paga un copago de \$0 por cada visita a un especialista
Estancias hospitalarias de pacientes ingresados Incluye cuidados intensivos de pacientes internados, rehabilitación de pacientes internados, hospitales de atención de largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios de pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día anterior a recibir el alta es su último día de paciente internado.	Usted paga un copago de \$0 por cada estadía cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$0 por cada estadía cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos con receta Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica para recibir y recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los gastos del plan para los medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para obtener esta “Ayuda Adicional”.</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 1: (Todos los medicamentos de la farmacopea) <i>Genéricos: \$0 a \$3.60</i> <i>De marca: \$0 a \$8.95</i> <p>La cantidad que paga está determinada por el medicamento con receta y su nivel de “Ayuda Adicional”.</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica para recibir y recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los gastos del plan para los medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para obtener esta “Ayuda Adicional”.</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 1: (Todos los medicamentos de la farmacopea) <i>Genéricos: \$0 a \$3.70</i> <i>De marca: \$0 a \$9.20</i> <p>La cantidad que paga está determinada por el medicamento con receta y su nivel de “Ayuda Adicional”.</p>
<p>Importe de gasto máximo de bolsillo</p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	<p>\$6,700</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se compute para el importe máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$7,550</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se compute para el importe máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Aviso anual de cambios para 2021

Índice

Resumen de costos importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	4
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual.....	4
Sección 1.2 – Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo	4
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	5
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	6
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta Parte D.....	8
SECCIÓN 2 Decisión de qué plan elegir	12
Sección 2.1 – Si desea permanecer en ConnectiCare Choice Dual	12
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	12
SECCIÓN 3 Cambio de planes	13
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare y Medicaid	13
SECCIÓN 5 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta	14
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	14
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de ConnectiCare Choice Dual	14
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	15
Sección 6.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid	15

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
(Usted también debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted).	La prima de su plan se paga en su nombre mediante su “Ayuda Adicional”.	La prima de su plan se paga en su nombre mediante su “Ayuda Adicional”.

Sección 1.2 – Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo

Con el fin de protegerle, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “importe de gasto máximo de bolsillo”. Cuando alcanza este importe, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Importe de gasto máximo de bolsillo.	\$6,700	\$7,550
Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este gasto máximo de bolsillo.		Quando haya pagado \$7,550 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.
Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se compute para el importe máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.		
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos y los deducibles) se tienen en cuenta para su importe de gasto máximo de bolsillo. La prima del plan (que la “Ayuda Adicional” paga en su nombre) y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo.		

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

El próximo año se aplicarán cambios en nuestra red de proveedores. En nuestro sitio web, www.connecticare.com/medicare, encontrará el Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar al Servicios para miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo el Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2021 para ver si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos implementar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las que su proveedor podría dejar el plan, pero si su médico o especialista realmente deja su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, estamos obligados a proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible de buena fe por avisarle con 30 días de anticipación, como mínimo, que su proveedor dejará nuestro plan, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un proveedor calificado nuevo, quien seguirá administrando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que recibe, y trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se administra de manera adecuada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o su especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo que administre su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Es posible que los importes que usted paga por los medicamentos con receta dependan de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con participación preferida en los costos, que pueden ofrecerle una participación en los costos más baja que la participación estándar en los costos que ofrecen otras farmacias de la red para determinados medicamentos.

El próximo año se aplicarán cambios en nuestra red de farmacias. Hay un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web, en emblemhealth.com/medicare. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo el Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* solo le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Cambiaremos nuestra cobertura de determinados servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para conocer los detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios (Lo que está cubierto y lo que paga usted)*, de su *Evidencia de Cobertura de 2021*. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.connecticare.com/medicare. También puede llamar al Servicios para miembros para pedir que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios dentales	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios dentales preventivos están incluidos sin prima mensual adicional.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal (uno cada 6 meses) • Radiografía de aleta de mordida (una cada 6 meses) • Profilaxis/Limpieza (una cada 6 meses) • Serie completa (una serie cada 36 meses) <p>Usted paga el \$0 del costo total de los servicios dentales básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restauraciones • Endodoncia • Periodoncia • Prostodoncia • Cirugía bucal • Dentaduras postizas parciales y completas <p>Límite de beneficio anual de \$1,000</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios dentales preventivos están incluidos sin prima mensual adicional.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal (uno cada 6 meses) • Radiografía de aleta de mordida (una cada 6 meses) • Profilaxis/Limpieza (una cada 6 meses) • Serie completa (una serie cada 36 meses) • Tratamiento con fluoruro (uno cada 6 meses) <p>Usted paga el \$0 del costo total de los servicios dentales básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restauraciones • Diagnóstico • No de rutina • Endodoncia • Periodoncia • Prostodoncia • Cirugía bucal • Dentaduras postizas parciales y completas <p>Límite de beneficio anual de \$1,000</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios de audición	Nuestro plan cubre hasta una asignación de \$1,500 cada 3 años.	Nuestro plan cubre hasta una asignación de \$1,000 cada año.
Cuidado de la salud mental del paciente ambulatorio	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita como paciente ambulatorio del cuidado de la salud mental que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Ciertos servicios de Telehealth no están cubiertos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita como paciente ambulatorio del cuidado de la salud mental que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita individual del cuidado de la salud mental que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita individual de atención psiquiátrica que esté cubierta por Medicare.</p> <p>(Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita presencial o por medio de Telehealth con un proveedor de la red que ofrezca el servicio de Telehealth).</p>
Servicios relacionados al abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita individual o grupal que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Ciertos servicios de Telehealth no están cubiertos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita individual o grupal que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita individual por tratamiento para el abuso de sustancias en pacientes ambulatorios que esté cubierta por Medicare.</p> <p>(Tiene la opción de obtener este servicio a través de una visita presencial o por medio de Telehealth con un proveedor de la red que ofrezca el servicio de Telehealth).</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios de médicos/proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico.	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita al médico de atención primaria que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita al consultorio de especialistas que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Ciertos servicios de Telehealth no están cubiertos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita al médico de atención primaria que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita al consultorio de especialistas que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita presencial o por medio de Telehealth con un proveedor de la red que ofrezca el servicio de Telehealth.</p>
Transporte (de rutina)	<p>Usted paga un copago de \$0 por hasta 24 viajes de ida o vuelta por año.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	Los servicios de transporte no están cubiertos.
Atención de la vista	Nuestro plan cubre hasta \$300 por un par de anteojos o lentes de contacto de rutina cada dos años calendario.	Nuestro plan cubre hasta \$200 por un par de anteojos o lentes de contacto de rutina cada año.

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Farmacopea o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de la Lista de medicamentos por vía electrónica.

Efectuamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, lo que incluye cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si un cambio en la cobertura de medicamentos le afecta, puede hacer lo siguiente:

- **Trabaje con su médico (u otro profesional autorizado para recetar) y solicítele al plan que haga la excepción** de cubrir el medicamento. **Recomendamos a los miembros actuales** que soliciten la excepción antes del próximo año.

- o Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* (*¿Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?*) o llame al Servicios para miembros.
- **Trabaje con su médico (o profesional autorizado para recetar) a fin de buscar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar al Servicio para miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica.

En algunas situaciones, se nos exige que cubramos un suministro temporal de un medicamento que no está en la Farmacopea durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar la interrupción de la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede recibir un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*). Mientras recibe el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Puede cambiarse a otro medicamento cubierto por el plan, o bien solicitarle al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual.

Si cuenta con una excepción actual de la Farmacopea para 2020, debe presentar una nueva solicitud de excepción para 2021. Puede presentar su solicitud de excepción de la Farmacopea para 2021 antes de 2021 y, si se aprueba, su excepción de la Farmacopea entrará en vigencia en 2021.

La mayor parte de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el inicio de cada año. Sin embargo, es posible que, durante el año, hagamos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hagamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted podrá seguir trabajando con su médico (u otro profesional autorizado para recetar) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según el cronograma y proporcionaremos otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos llegar a implementar en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si se encuentra en un programa que ayuda con el pago de sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta Parte D no se aplique a usted.** Le enviamos un folleto por separado, denominado “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para sus medicamentos con receta” (también denominada “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” [Low Income Subsidy, LIS]), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Ya que recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este folleto antes del 30 de septiembre de 2020, llame al Servicios para miembros y solicite la “Cláusula LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos”. La cantidad que usted paga por un medicamento Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en que se encuentra. (Para obtener más información sobre las etapas, puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura*).

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año respecto de las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas, la Etapa de interrupción de cobertura o la Etapa de cobertura en situación catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 1 (todos los medicamentos de la Farmacopea) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$0.</p> <p>Como recibe “Ayuda Adicional” para sus costos de medicamentos con receta, la Etapa del deducible no se aplica a usted.</p>	<p>El deducible es de \$0.</p> <p>Como recibe “Ayuda Adicional” para sus costos de medicamentos con receta, la Etapa del deducible no se aplica a usted.</p>

Cambios en la participación en los costos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos, de su Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga su participación en los costos de sus medicamentos y usted paga la participación en los costos que le corresponde.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes resurtido en una farmacia de la red con participación estándar en los costos:</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes resurtido en una farmacia de la red con participación estándar en los costos:</p>
<p>Los costos de esta hilera corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando usted llena su receta en una farmacia de la red que proporciona participación estándar en los costos.</p>	<p>Nivel 1: Todos los medicamentos de la Farmacopea: Medicamentos genéricos: Usted paga de \$0 a \$3.60 por medicamento con receta. De marca: Usted paga de \$0 a \$8.95 por medicamento con receta.</p>	<p>Nivel 1: Todos los medicamentos de la Farmacopea: Medicamentos genéricos: Usted paga de \$0 a \$3.70 por medicamento con receta. De marca: Usted paga de \$0 a \$9.20 por medicamento con receta.</p>
<p>Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o del pedido por correo de medicamentos con receta, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>La cantidad que paga está determinada por el medicamento con receta y su nivel de “Ayuda Adicional”.</p>	<p>La cantidad que paga está determinada por el medicamento con receta y su nivel de “Ayuda Adicional”.</p>
	<p>Cuando el total de sus costos de medicamentos sea de \$4,020, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de cobertura).</p>	<p>Cuando el total de sus costos de medicamentos sea de \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de cobertura).</p>

Cambios en las Etapas de interrupción de cobertura y cobertura en situación catastrófica

La Etapa de interrupción de cobertura y la Etapa de cobertura en situación catastrófica son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con costos de medicamentos altos. **La mayoría de los miembros no alcanza ninguna de estas etapas.**

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Decisión de qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea permanecer en ConnectiCare Choice Dual

Si desea permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan ConnectiCare Choice Dual.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2021, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- -- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare o no.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes Medicare, lea *Medicare y usted 2021*, llame a su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (Consulte la Sección 4) o llame a Medicare (Consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre planes en su área usando el Buscador de planes Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov. **Aquí podrá encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el plan nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en ConnectiCare Choice Dual.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en ConnectiCare Choice Dual.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud de cancelación de inscripción por escrito. Comuníquese con el Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto (Los números de teléfono figuran en la Sección 8.1 de este folleto).
 - –o– comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por salirse de la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cambio de planes

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2021.

¿Hay otros momentos del año para efectuar un cambio?

En determinadas situaciones, también se permite hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, de las personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda Adicional” en el pago de sus medicamentos, aquellas que tienen o dejan la cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicio tienen permitido efectuar un cambio en otros momentos del año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2021, y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En Connecticut, el SHIP se llama **CHOICES** (programa de Connecticut para asistencia con el seguro de salud, difusión, información y derivación, consejería, detección de elegibilidad [Connecticut’s program for Health insurance assistance, Outreach, Information and referral, Counseling, Eligibility Screening]).

CHOICES es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería **gratuita** local sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los consejeros de CHOICES pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a CHOICES al 1-800-994-9422. Para obtener más información sobre CHOICES, visite el sitio web (www.ct.gov/agingservices).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid de Connecticut, comuníquese con el Departamento de Servicios de Rehabilitación de Connecticut al 1-800-842-1508. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-842-4524; el horario de atención es de lunes a viernes de 8 am a 5 pm.

Pregunte cómo el hecho de inscribirse en otro plan o de regresar a Original Medicare afecta el modo en que recibe su cobertura de Medicaid de Connecticut.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta

Puede calificar para recibir ayuda con el pago de los medicamentos con receta.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Como tiene Medicaid, ya está inscrito en “Ayuda Adicional”, también llamada Subsidio por bajos ingresos. La Ayuda Adicional paga parte de las primas de sus medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Como usted califica, no se verá afectada por la interrupción de cobertura ni deberá pagar la multa por inscripción atrasada. Si tiene alguna pregunta sobre la Ayuda Adicional, llame:
 - o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (las 24 horas del día, los 7 días de la semana).
 - o La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 am y las 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - o La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con la participación en los costos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que ayudan a salvar vidas. Las personas deben satisfacer determinados criterios, lo que incluye prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y condición de persona sin seguro/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de participación en los costos de medicamentos con receta a través del programa de asistencia con medicamentos para el VIH de Connecticut, llamado Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Connecticut (Connecticut AIDS Drug Assistance Program, CADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al CADAP al 1-800-424-3310.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 - Cómo obtener ayuda de ConnectiCare Choice Dual

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Servicios para miembros al **1-800-224-2273** (solo los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 am a 8 pm, los 7 días a la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2021* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener más detalles, busque en la *Evidencia de Cobertura de 2021* de ConnectiCare Choice Dual. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su

plan. Allí se explican sus derechos y las reglas que debe cumplir para obtener los medicamentos con receta y los servicios cubiertos. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.connecticare.com/medicare. También puede llamar al Servicios para miembros para pedir que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.connecticare.com/medicare. A modo de recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea/Lista de medicamentos).

Sección 6.2– Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Este incluye información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre planes disponibles en su área usando el Buscador de planes Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información acerca de los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y usted 2021*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2021*. Todos los años en otoño, este folleto se envía por correo postal a las personas que tienen Medicare. Allí se incluye un resumen de las protecciones, los derechos y los beneficios de Medicare, y respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de Connecticut al 1-800-842-1508. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-842-4524; el horario de atención es de lunes a viernes de 8 am a 5 pm.