

ConnectiCare 2021

Planes Medicare Advantage



Impulsados por
personas para
lograr su versión
más saludable

ConnectiCare[®]





Planes que se adaptan a sus necesidades y presupuesto

Proporcionamos planes de salud a los residentes de Connecticut desde 1981. Sabemos que las diferentes personas tienen diferentes necesidades. Es por eso que ofrecemos una amplia selección de planes Medicare Advantage de ConnectiCare.

Elija ConnectiCare y descubrirá que somos más que solo una compañía de seguro de salud. Somos personas impulsadas por apoyar su salud a cada paso del camino.

Planes Medicare Advantage de ConnectiCare

ConnectiCare ofrece una variedad de planes que le brindan todos los beneficios de Original Medicare y mucho más. Puede recibir atención de los miles de médicos y otros proveedores de atención médica de nuestra amplia red que incluye TODOS los hospitales del estado.¹ Nuestros planes Flex HMO-POS incluyen beneficios dentro de la red y fuera de la red. Con todos los planes, usted recibe:

- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®
- Beneficios de Telehealth (consulte la página 19)
- Sin derivación para ver a un especialista
- La opción de agregar cobertura dental adicional (consulte las opciones de planes dentales en las páginas 17-18)

Plan ConnectiCare Choice 3 (HMO)

La prima mensual es de **\$0** además de su prima de Medicare Parte B. Usted pagará:

- **\$10** para ver a su médico de atención primaria.
- **\$45** para ver a un especialista.

Además, obtiene cobertura dental preventiva por **\$0** y hasta **\$200** para accesorios para la vista cada año.

Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO) – Sin medicamentos con receta

La prima mensual es de **\$0** además de su prima de Medicare Parte B. Usted pagará:

- **\$0** para ver a su médico de atención primaria.
- **\$10** para ver a un especialista.

Además, obtiene cobertura dental preventiva por **\$0**.

Plan ConnectiCare Choice 1 (HMO)

La prima mensual es de **\$183** además de su prima de Medicare Parte B. Usted pagará:

- **\$10** para ver a su médico de atención primaria.
- **\$30** para ver a un especialista.

NUEVO Plan ConnectiCare Choice Parte B Saver (HMO)

La prima mensual es de **\$0** además de su prima de Medicare Parte B. Con este plan, ¡obtendrá **hasta \$500** de reembolso en sus primas de la Parte B!

Usted pagará:

- **\$25** para ver a su médico de atención primaria.
- **\$50** para ver a un especialista.

Además, obtiene hasta **\$240** para accesorios para la vista cada año y **\$75** cada trimestre para artículos de venta libre por pedido por correo.

Plan Passage 1 (HMO)

La prima mensual es de **\$0** además de su prima de Medicare Parte B. Usted pagará:

- **\$25** para ver a su médico de atención primaria.
- **\$50** para ver a un especialista.

Además, cada año obtiene hasta **\$100** para accesorios para la vista y hasta **\$400** para audífonos.

Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)

La prima mensual además de su prima de Medicare Parte B es de:

- **\$49** si vive en el condado de Hartford, Litchfield, Middlesex o Tolland.
- **\$69** si vive en el condado de Fairfield, New Haven, New London o Windham.

Dentro de la red, usted pagará:

- **\$5** para ver a su médico de atención primaria.
- **\$50** para ver a un especialista.

Además, obtiene **\$0** para cobertura dental preventiva, hasta **\$300** para accesorios para la vista cada año y **\$50** cada trimestre para artículos de venta libre por pedido por correo.

Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)

La prima mensual es de **\$134** además de su prima de Medicare Parte B. **Dentro de la red**, usted pagará:

- **\$15** para ver a su médico de atención primaria.
- **\$35** para ver a un especialista.

Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)

La prima mensual es de **\$241** además de su prima de Medicare Parte B. **Dentro de la red**, usted pagará:

- **\$15** para ver a su médico de atención primaria.
- **\$30** para ver a un especialista.

¹Con la excepción del Connecticut Children's Medical Center.

Planes ConnectiCare Choice HMO D-SNP

ConnectiCare ofrece dos planes de necesidades especiales para personas inscritas tanto en Medicare como en Connecticut State Medicaid (HUSKY). Estos planes son:

- el plan ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP), y
- el plan ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP).

La prima mensual para cada plan es de \$0 y se paga con la Ayuda Adicional. Esto se proporciona además de su prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid u otro administrador externo la pague. Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid, paga \$0 por los servicios cubiertos en estos planes.

Además, obtiene beneficios adicionales que Original Medicare no cubre. Estos incluyen la cobertura para medicamentos con receta, servicios dentales, artículos de venta libre y mucho más.

Beneficios adicionales con ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP)

- \$50 cada mes en artículos de venta libre elegibles.
- Servicios dentales preventivos e integrales¹.
- Cobertura de medicamentos con receta con copagos tan bajos como \$0².
- Asignación para accesorios para la vista de hasta \$200 cada año.
- Asignación para audífonos de hasta \$1,000 cada año.
- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®.
- Línea directa de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Telehealth: visitas médicas virtuales.

El plan ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP) es para las personas que tienen los beneficios completos de Medicaid:

- Programa para beneficiario de doble elegibilidad (FBDE)
- Programa para beneficiarios específicos de Medicare de bajos ingresos – Plus (SLMB – Plus)
- Programa para beneficiarios calificados de Medicare – Plus (QMB – Plus)

Beneficios adicionales con ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)

- \$50 por trimestre para artículos de venta libre elegibles a través de pedidos por correo.
- Cobertura dental preventiva, más la opción de agregar beneficios dentales integrales (consulte la página 17).
- Cobertura de medicamentos con receta con copagos tan bajos como \$0².
- Asignación para accesorios para la vista de hasta \$200 cada año.
- Telehealth: visitas médicas virtuales.

El plan ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP) es para las personas que reúnen los requisitos para lo siguiente:

- Programa para beneficiario de doble elegibilidad (FBDE)
- Programa para beneficiarios específicos de Medicare de bajos ingresos – Plus (SLMB – Plus)
- Programa para beneficiarios calificados de Medicare – Plus (QMB – Plus)
- Programa para beneficiarios calificados de Medicare – (QMB)

¹Hay un límite de beneficios anual combinado de \$1,000 para servicios dentales preventivos e integrales cubiertos.

²Sobre la base del nivel de su subsidio por bajos ingresos.

Planes Medicare Advantage de ConnectiCare HMO

	PLAN CONNECTICARE CHOICE 3 (HMO)	PLAN CONNECTICARE CHOICE 2 (HMO)
	Dentro de la red	Dentro de la red
PRIMA MENSUAL¹	\$0	\$0
DEDUCIBLE MÉDICO	\$395 ²	\$0
BENEFICIOS MÉDICOS:		
Visitas médicas (en el consultorio/virtuales)		
Médicos de atención primaria (PCP)	\$10	\$0
Especialistas	\$45	\$10
Servicios preventivos y de bienestar		
Examen físico anual, estudios de detección y vacunas	\$0	\$0
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers ^{®3}	\$0	\$0
Cobertura dental	Preventivos*	Preventivos*
Examen de rutina de la vista (1 por año)	\$45	\$10
Accesorios para la vista de rutina	Asignación de \$200 cada año	Sin cobertura
Examen auditivo de rutina (1 por año)	\$45	\$10
Audífonos	Sin cobertura	Sin cobertura
Artículos de venta libre (OTC)	Sin cobertura	Sin cobertura
Atención de emergencia y urgencias en todo el mundo⁴		
Atención de emergencia	\$90	\$90
Atención de urgencia dentro de EE. UU./fuera de EE. UU.	\$45/\$90	\$10/\$90
Teladoc [®]	\$45	\$45
Otros servicios y suministros para pacientes ambulatorios		
Fisioterapia	\$40	\$10
Atención quiropráctica	\$20	\$20
Servicios de laboratorio	\$15	\$10
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$25	\$25
Radiografías	\$45 luego del deducible	\$35
Radiología de diagnóstico/avanzada	\$275	\$175
Equipo médico duradero y suministros para la diabetes (solo de la marca Abbott)	20 %	\$0
Atención hospitalaria y ambulatoria		
Centros de cirugía para pacientes ambulatorios	\$300	\$100
Servicios hospitalarios y de observación para pacientes ambulatorios	\$395 luego del deducible	\$200
Atención hospitalaria para cuidados agudos	\$490/día, días 1-3 \$0 día 4 y posteriormente después del deducible	\$295/día, días 1-6 \$0 en el día 7 y posteriormente
Centro de enfermería especializada	\$0/día, días 1-20 \$184/día, días 21-100 después del deducible	\$0/día, días 1-20 \$184/día, días 21-100
Límite de gastos máximo de bolsillo (Protección financiera para usted)	\$7,550	\$6,000

¹ Además de su prima mensual de Medicare Parte B.

² El deducible médico para el plan Choice 3 solo se aplica a los siguientes servicios:

Pacientes hospitalizados: agudos y psiquiátricos, centro de enfermería especializada, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (incluida la observación), servicios de diálisis, radioterapia y radiografías.

³ Acceso a más de 16,000 centros de acondicionamiento físico de SilverSneakers participantes en EE. UU. El beneficio incluye cobertura fuera de Connecticut, siempre y cuando el centro se encuentre en la red de SilverSneakers.

PLAN CONNECTICARE CHOICE 1 (HMO)	NUEVO CONNECTICARE CHOICE PARTE B SAVER (HMO)	PLAN CONNECTICARE PASSAGE 1 (HMO)
Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
\$183	\$0	\$0
\$0	\$1,000 ⁵	\$0
\$10	\$25	\$25
\$30	\$50	\$50
\$0	\$0	\$0
\$0	\$0	\$0
No**	No**	No**
\$30	\$10	\$45
Sin cobertura	Asignación de \$240 cada año	Asignación de \$100 cada año
\$30	\$10	\$50
Sin cobertura	Sin cobertura	Asignación de \$400 cada año
Sin cobertura	\$75 cada trimestre (solo pedidos por correo)	Sin cobertura
\$90	\$90	\$90
\$30/\$90	\$50/\$90	\$50/\$90
\$45	\$45	\$45
\$30	\$40 luego del deducible	\$40
\$20	\$20	\$20
\$10	\$15	\$15
\$25	\$25 luego del deducible	\$25
\$35	\$40	\$45
\$200	\$275 luego del deducible	\$295
20 %	20 %	20 %
\$100	\$315	\$200
\$200	\$495 para servicios para pacientes ambulatorios luego del deducible \$475 para servicios de observación para pacientes ambulatorios luego del deducible	\$475
\$345/día, días 1-5 \$0 en el día 6 y posteriormente	\$495/día, días 1-3 \$0/día, día 4 y posteriormente después del deducible	\$490/día, días 1-4 \$0 en el día 5 y posteriormente
\$0/día, días 1-20 \$184/día, días 21-100	\$0/día, días 1-20 \$184/día, días 21-100 después del deducible	\$0/día, días 1-20 \$184/día, días 21-100
\$3,400	\$7,550	\$7,550

⁴ Sujeto a limitaciones.

⁵ El deducible médico de \$1,000 se aplica solo a un hospital de internación, centro de enfermería especializada, exámenes y procedimientos de diagnóstico, radiología de diagnóstico, radioterapia, servicios de observación/hospitalarios para pacientes ambulatorios, terapia ocupacional/del habla/fisioterapia y servicios de diálisis.

*Beneficio suplementario opcional disponible para servicios dentales integrales (consulte la página 17).

**Beneficio suplementario opcional disponible para servicios dentales preventivos e integrales (consulte la página 18).

Planes Medicare Advantage HMO-POS de ConnectiCare

	PLAN CONNECTICARE FLEX 3 (HMO-POS)	
PRIMA MENSUAL¹	\$49-\$69 ²	
BENEFICIOS MÉDICOS:	Dentro de la red	Fuera de la red
Visitas médicas (en el consultorio/virtuales)		
Médicos de atención primaria (PCP)	\$5	50 %
Especialistas	\$50	50 %
Servicios preventivos y de bienestar		
Examen físico anual, estudios de detección y vacunas	\$0	\$0
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers ^{®3}	\$0	Sin cobertura
Cobertura dental	Preventivos*	Preventivos*
Examen de rutina de la vista (1 por año)	\$50	Sin cobertura
Accesorios para la vista de rutina	Asignación de \$300 cada año	Sin cobertura
Examen auditivo de rutina (1 por año)	\$50	50 %
Artículos de venta libre (OTC)	\$50 cada trimestre (solo pedidos por correo)	Sin cobertura
Atención de emergencia y urgencias en todo el mundo⁴		
Atención de emergencia	\$90	\$90
Atención de urgencia dentro de EE. UU./fuera de EE. UU.	\$50/\$90	\$50/\$90
Teladoc [®]	\$45	Sin cobertura
Otros servicios y suministros para pacientes ambulatorios		
Fisioterapia	\$40	50 %
Atención quiropráctica	\$20	50 %
Servicios de laboratorio	\$20	50 %
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$25	50 %
Radiografías	\$45	50 %
Radiología de diagnóstico/avanzada	\$275	50 %
Equipo médico duradero	20 %	50 %
Suministros para la diabetes (solo marcas de Abbott)	20 %	50 %
Atención hospitalaria y ambulatoria		
Centros de cirugía para pacientes ambulatorios	\$200	50 %
Servicios hospitalarios y de observación para pacientes ambulatorios	\$325	50 %
Atención hospitalaria para cuidados agudos	\$465/día, días 1-4 \$0 en el día 5 y posteriormente	50 %
Centro de enfermería especializada	\$0/día, días 1-20 \$184/día, días 21-100	50 %
Límite de gastos máximo de bolsillo (Protección financiera para usted)	\$5,500	\$10,000

¹ Además de su prima mensual de Medicare Parte B.

² Si vive en el condado de Hartford, Litchfield, Middlesex o Tolland: La prima mensual del plan Flex 3 es \$49. Si vive en el condado de Fairfield, New Haven, New London o Windham: La prima mensual del plan Flex 3 es \$69.

³ Acceso a más de 16,000 centros de acondicionamiento físico de SilverSneakers participantes en EE. UU. El beneficio incluye cobertura fuera de Connecticut, siempre y cuando el centro se encuentre en la red de SilverSneakers.

PLAN CONNECTICARE FLEX 2 (HMO-POS)		PLAN CONNECTICARE FLEX 1 (HMO-POS)	
\$134		\$241	
Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
\$15	\$50	\$15	\$40
\$35	\$50	\$30	\$40
\$0	\$0	\$0	\$0
\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura
No**	No**	No**	No**
\$35	Sin cobertura	\$30	Sin cobertura
Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
\$35	\$50	\$30	\$40
Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
\$90	\$90	\$90	\$90
\$35/\$90	\$35/\$90	\$30/\$90	\$30/\$90
\$45	Sin cobertura	\$45	Sin cobertura
\$35	\$50	\$30	\$40
\$20	\$50	\$20	\$40
\$15	40 %	\$10	20 %
\$25	40 %	\$25	20 %
\$40	40 %	\$35	20 %
\$250	40 %	\$200	40 %
20 %	40 %	20 %	40 %
20 %	30 %	20 %	20 %
\$150	40 %	\$100	\$250
\$250	40 %	\$200	20 %
<u>\$375/día, días 1-4</u> \$0 en el día 5 y posteriormente	30 %	<u>\$285/día, días 1-6</u> \$0 en el día 7 y posteriormente	<u>\$450/día, días 1-6</u> \$0 en el día 7 y posteriormente
<u>\$0/día, días 1-20</u> \$184/día, días 21-100	40 %	<u>\$0/día, días 1-20</u> \$184/día, días 21-100	40 %
\$6,000	\$10,000	\$5,300	\$10,000

⁴ Sujeto a limitaciones.

*Beneficio suplementario opcional disponible para servicios dentales integrales (consulte la página 17).

**Beneficio suplementario opcional disponible para servicios dentales preventivos e integrales (consulte la página 18).

Planes ConnectiCare Choice Dual HMO D-SNP

	CONNECTICARE CHOICE DUAL (HMO D-SNP)
	Dentro de la red
PRIMA MENSUAL	\$0
DEDUCIBLE MÉDICO	\$0
BENEFICIOS MÉDICOS:	
Visitas al consultorio médico	
Médicos de atención primaria (PCP)	\$0
Especialistas	\$0
Servicios preventivos y de bienestar	
Examen físico anual, estudios de detección y vacunas	\$0
Cobertura dental	Preventiva e integral
Examen de rutina de la vista (1 por año)	\$0
Examen auditivo de rutina (1 por año)	\$0
Beneficios adicionales	
Medicamentos y otros artículos de venta libre (OTC) elegibles	\$50 cada mes
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers® ¹	Sí
Asignación para accesorios para la vista	Asignación de \$200 cada año
Asignación para audífonos (dispositivos solamente)	Asignación de \$1,000 cada año
Línea directa de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana	Sí
Atención de emergencia y urgencia en EE. UU.	
Atención de emergencia	\$0
Atención de urgencia	\$0
Otros servicios y suministros para pacientes ambulatorios	
Fisioterapia	\$0
Atención quiropráctica	\$0
Servicios de laboratorio	\$0
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$0
Radiografías	\$0
Radiología de diagnóstico/avanzada	\$0
Equipo médico duradero y suministros para la diabetes (solo de la marca Abbott)	\$0
Atención hospitalaria y ambulatoria	
Centros de cirugía para pacientes ambulatorios	\$0
Servicios hospitalarios y de observación para pacientes ambulatorios	\$0
Atención hospitalaria para cuidados agudos	\$0
Centro de enfermería especializada	\$0
Límite de gastos máximos de bolsillo	\$7,550

¹ Acceso a más de 16,000 centros de acondicionamiento físico de SilverSneakers participantes en EE. UU. El beneficio incluye cobertura fuera de Connecticut, siempre y cuando el centro se encuentre en la red de SilverSneakers.

*Beneficio suplementario opcional disponible para servicios dentales integrales (consulte la página 17).

**CONNECTICARE
CHOICE DUAL BASIC (HMO D-SNP)**

Dentro de la red

\$0

\$0

\$0

\$0

\$0

Preventivos*

\$0

Sin cobertura

\$50 cada trimestre (solo pedidos por correo)

No

Asignación de \$200 cada año

No

No

\$0

\$0

\$0

\$0

\$0

\$0

\$0

\$0

\$0

\$0

\$0

\$0

\$0

\$7,550

Cobertura de medicamentos con receta de ConnectiCare

Niveles de medicamentos

Nuestros planes agrupan a cada medicamento en uno de cinco pisos o niveles:

- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos
- Nivel 2: Medicamentos genéricos
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos
- Nivel 5: Medicamentos especializados

Deberá usar la lista de medicamentos de ConnectiCare (también llamada “formulario”) para saber en qué nivel se encuentra un medicamento. En la mayoría de los casos, cuanto más bajo sea el nivel, más bajo será el costo para usted. Puede encontrar nuestra lista de medicamentos en nuestro sitio web, connecticare.com/medicare.

Dónde puede comprar sus medicamentos con receta

Farmacias de venta al detalle

Compre sus medicamentos con receta cubiertos en cualquiera de nuestras farmacias de venta al detalle participantes. Hay más de 25,000 de estas farmacias, entre las que se incluyen muchas farmacias de cadenas nacionales. Las farmacias de nuestra red incluyen farmacias “estándares” y farmacias “preferidas” donde puede pagar menos por sus medicamentos con receta.

Nuestras **farmacias preferidas** incluyen, entre otras, las siguientes:

- Costco
- Sam’s Club
- ShopRite
- Stop & Shop
- Rite Aid
- Walgreens
- Walmart

Farmacia de pedido por correo

Con nuestra farmacia de pedido por correo, Express Scripts, puede recibir medicamentos con receta directamente en su hogar mediante un envío estándar GRATUITO. Puede ahorrar dinero usando el servicio de pedidos por correo para obtener su suministro de 90 días de medicamentos con receta.

Obtenga más información en nuestro sitio web en connecticare.com/medicare.

Ciclo de beneficios de medicamentos con receta

Lo que paga por sus medicamentos con receta cubiertos también dependerá de la etapa del ciclo de beneficios de medicamentos en la que se encuentre. El gobierno federal introdujo estas etapas y cada año establece un límite en dólares dentro de cada una de estas. El importe que pague por sus medicamentos con receta cubiertos puede ser diferente, según la etapa en la que se encuentre. Y a partir del 1.º de enero de cada año comienza un nuevo ciclo.



Etapa 1: deducible

Este es el importe que deberá pagar antes de que pague su plan.

Etapa 2: límite de cobertura inicial

Usted paga los copagos y/o un coseguro para medicamentos cubiertos hasta que los costos totales de medicamentos superen los \$4,130 en 2021. Los costos totales de medicamentos incluyen lo que pagó, más lo que ha pagado ConnectiCare desde el comienzo del año.

Etapa 3: interrupción de cobertura (también conocida como período sin cobertura)

Usted paga los copagos y/o un coseguro para medicamentos cubiertos hasta que los gastos de bolsillo reales superen los \$6,550 en 2021. Los gastos de bolsillo reales incluyen los costos que ha pagado, más el descuento del fabricante del medicamento de marca.

Etapa 4: cobertura en caso de catástrofe

Después de que sus gastos de bolsillo reales superen los \$6,550 en 2021, usted paga lo que sea mayor de:

- el 5 % del costo, o
- un copago de \$3.70 por medicamentos genéricos/preferidos de origen múltiple y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos.

Cobertura de medicamentos con receta incluida en los planes Medicare de ConnectiCare HMO y HMO-POS

COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE LA PARTE D	Plan ConnectiCare Choice 1 (HMO)			
	Plan ConnectiCare Choice 3 (HMO)		Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)	
Deducible anual	\$445 (para medicamentos de nivel 4 y 5)		\$300 (para medicamentos de nivel 3, 4 y 5)	
Límite de cobertura inicial (\$0-\$4,130)	Suministro de 30 días Farmacia preferida/estándar	Suministro de 90 días Farmacia de pedido por correo	Suministro de 30 días Farmacia preferida/estándar	Suministro de 90 días Farmacia de pedido por correo
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$2/\$9	\$0	\$2/\$9	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10/\$20	\$25	\$10/\$20	\$25
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$42/\$47	\$126	\$42/\$47	\$126
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	\$95/\$100	\$285	\$95/\$100	\$285
Nivel 5: Medicamentos especializados	25 %	No disponible en el suministro a largo plazo	27 %	No disponible en el suministro a largo plazo
Interrupción de cobertura (\$4,130-\$6,550)	Suministro de 30 días Farmacia preferida/estándar	Suministro de 90 días Farmacia de pedido por correo	Suministro de 30 días Farmacia preferida/estándar	Suministro de 90 días Farmacia de pedido por correo
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	25 %	25 %	\$2/\$9	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	25 %	25 %	\$10/\$20	\$25
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	25 %	25 %	25 %	25 %
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	25 %	25 %	25 %	25 %
Nivel 5: Medicamentos especializados	25 %	No disponible en el suministro a largo plazo	25 %	No disponible en el suministro a largo plazo
Cobertura en caso de catástrofe (más de \$6,550)	Para todos los planes, usted paga lo que sea mayor de: 5 % o \$3.70 para medicamentos genéricos/preferidos de origen múltiple 5 % o \$9.20 para todos los demás medicamentos			

Cobertura de medicamentos con receta Incluida en los planes ConnectiCare Choice Dual y Choice Dual Basic (HMO D-SNP)

	Plan ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP)
Deducible anual	\$0
Límite de cobertura inicial (\$0-\$4,130) e interrupción de cobertura: Todos los medicamentos del formulario	Medicamentos genéricos/preferidos de origen múltiple: de \$0 a \$3.70 Todos los demás medicamentos: de \$0 a \$9.20 Según el nivel de ayuda adicional
Cobertura en caso de catástrofe (más de \$6,550): Todos los medicamentos del formulario	\$0

Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)		ConnectiCare Choice Parte B Saver (HMO)		Plan ConnectiCare Passage 1 (HMO)	
\$300 (para medicamentos de nivel 3, 4 y 5)		\$445 (para medicamentos de nivel 2, 3, 4 y 5)		\$275 (para medicamentos de nivel 3, 4 y 5)	
Suministro de 30 días Farmacia preferida/estándar	Suministro de 90 días Farmacia de pedido por correo	Suministro de 30 días Farmacia preferida/estándar	Suministro de 90 días Farmacia de pedido por correo	Suministro de 30 días Farmacia preferida/estándar	Suministro de 90 días Farmacia de pedido por correo
\$2/\$9	\$0	\$2/\$9	\$0	\$2/\$9	\$0
\$10/\$20	\$25	\$10/\$20	\$25	\$10/\$20	\$25
\$42/\$47	\$126	\$42/\$47	\$126	\$42/\$47	\$126
\$95/\$100	\$285	\$95/\$100	\$285	\$95/\$100	\$285
27 %	No disponible en el suministro a largo plazo	25 %	No disponible en el suministro a largo plazo	28 %	No disponible en el suministro a largo plazo
Suministro de 30 días Farmacia preferida/estándar	Suministro de 90 días Farmacia de pedido por correo	Suministro de 30 días Farmacia preferida/estándar	Suministro de 90 días Farmacia de pedido por correo	Suministro de 30 días Farmacia preferida/estándar	Suministro de 90 días Farmacia de pedido por correo
25 %	25 %	25 %	25 %	25 %	25 %
25 %	25 %	25 %	25 %	25 %	25 %
25 %	25 %	25 %	25 %	25 %	25 %
25 %	25 %	25 %	25 %	25 %	25 %
25 %	No disponible en el suministro a largo plazo	25 %	No disponible en el suministro a largo plazo	25 %	No disponible en el suministro a largo plazo
Para todos los planes, usted paga lo que sea mayor de: 5 % o \$3.70 para medicamentos genéricos/preferidos de origen múltiple 5 % o \$9.20 para todos los demás medicamentos					

Plan ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)
\$0
Medicamentos genéricos/preferidos de origen múltiple: de \$0 a \$3.70 Todos los demás medicamentos: de \$0 a \$9.20 Según el nivel de ayuda adicional
\$0

Primas de Medicare de ConnectiCare y reducción de prima del Subsidio por bajos ingresos (LIS)

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para el pago de los costos de su plan de medicamentos con receta de Medicare, la prima mensual de su plan será menor que la prima que pagaría si no recibiera Ayuda Adicional de Medicare. El importe de la Ayuda adicional determinará el total de la prima mensual del plan como miembro de nuestro plan. Para obtener más información acerca del subsidio por bajos ingresos, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 de lunes a viernes, de 7 am a 7 pm. Si usa un servicio de TTY, llame al 1-800-325-0778.

Prima mensual si vive en el condado de Hartford, Litchfield, Middlesex o Tolland

Su nivel de ayuda adicional	Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Choice 1 (HMO)
100 %	\$13.80	\$98.80	\$205.80	\$147.80
75 %	\$22.60	\$107.60	\$214.60	\$156.60
50 %	\$31.40	\$116.40	\$223.40	\$165.40
25 %	\$40.20	\$125.20	\$232.20	\$174.20

Prima mensual si vive en el condado de Fairfield, New Haven, New London o Windham

Su nivel de ayuda adicional	Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Choice 1 (HMO)
100 %	\$33.80	\$98.80	\$205.80	\$147.80
75 %	\$42.60	\$107.60	\$214.60	\$156.60
50 %	\$51.40	\$116.40	\$223.40	\$165.40
25 %	\$60.20	\$125.20	\$232.20	\$174.20

Cobertura dental

Los planes Choice 2 (HMO), Choice 3 (HMO), Flex 3 (HMO-POS) y Choice Dual Basic (HMO D-SNP) de ConnectiCare incluyen beneficios dentales preventivos sin ninguna prima adicional:

- Copago del miembro: \$0.
- Entre los servicios cubiertos se incluyen:
 - Uno cada seis meses: exámenes bucales, limpiezas, fluoruro y radiografías estándar (radiografía de aleta de mordida).
 - Uno cada 36 meses: serie completa de radiografías (Panorex).

Con los planes Choice 2 (HMO), Choice 3 (HMO) y Flex 3 (HMO-POS) de ConnectiCare, usted tiene la opción de agregar beneficios dentales integrales por una prima mensual adicional. Hay dos opciones de planes dentales:

Prima mensual: \$29 Máximo de beneficios por año calendario: \$2,000 Deducible para el año calendario: \$100	0	Prima mensual: \$39 Máximo de beneficios por año calendario: \$3,000 Deducible para el año calendario: \$100
---	---	---

Con el plan ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP), usted tiene la opción de agregar beneficios dentales integrales por una prima mensual adicional. Hay dos opciones de planes dentales:

Prima mensual: \$39 Máximo de beneficios por año calendario: \$2,000 Deducible para el año calendario: \$100	0	Prima mensual: \$49 Máximo de beneficios por año calendario: \$3,000 Deducible para el año calendario: \$100
---	---	---

Todos los planes dentales integrales incluyen los siguientes servicios cubiertos.

Servicios dentales integrales	Costo compartido para el miembro
Básicos (servicios de restauración menores): restauraciones (empastes)	20 % después del deducible por año calendario de \$100
Principales (endodoncia, periodoncia y cirugía bucal): incluyen coronas; puentes fijos; prótesis dentales parciales y completas; ajustes de prótesis dentales; reparaciones de puentes fijos, prótesis dentales parciales y completas; recementación de puentes fijos, coronas e incrustaciones; extracciones y cirugía bucal; tratamientos de conducto; implantes; alisado y raspado periodontal; cirugía periodontal y mantenimiento.	50 % después del deducible por año calendario de \$100

El máximo de beneficios es el monto máximo que pagará ConnectiCare por los servicios cubiertos. Usted será responsable de los costos que superen el máximo de beneficios.

Con los planes Passage 1 (HMO), Choice 1 (HMO), Flex 1 (HMO-POS) y Flex 2 (HMO-POS) DE CONNECTICARE, puede agregar beneficios dentales preventivos e integrales por una prima mensual adicional baja. Hay dos opciones de planes dentales:

Prima mensual: \$39 Máximo de beneficios por año calendario: \$2,000 Deducible para el año calendario: \$100	O	Prima mensual: \$49 Máximo de beneficios por año calendario: \$3,000 Deducible para el año calendario: \$100
--	---	--

Servicios dentales preventivos	Costo compartido para el miembro
<p>Uno cada seis meses: exámenes bucales, limpiezas, fluoruro, radiografías estándar (radiografía de aleta de mordida)</p> <p>Uno cada 36 meses: serie completa de radiografías (Panorex)</p>	<p>\$0 (no sujeto al deducible por año calendario)</p>

Servicios dentales integrales	Costo compartido para el miembro
Básicos (servicios de restauración menores): restauraciones (empastes)	20 % después del deducible por año calendario de \$100
Principales (endodoncia, periodoncia y cirugía bucal): incluyen coronas; puentes fijos; prótesis dentales parciales y completas; ajustes de prótesis dentales; reparaciones de puentes fijos, prótesis dentales parciales y completas; recementación de puentes fijos, coronas e incrustaciones; extracciones y cirugía bucal; tratamientos de conducto; implantes; alisado y raspado periodontal; cirugía periodontal y mantenimiento.	50 % después del deducible por año calendario de \$100

Con el plan ConnectiCare Choice Parte B Saver (HMO), puede agregar beneficios dentales preventivos e integrales por una prima mensual adicional baja. Hay dos opciones de planes dentales:

Prima mensual: \$33 Máximo de beneficios por año calendario: \$2,000	O	Prima mensual: \$37 Máximo de beneficios por año calendario: \$3,000
---	---	---

Servicios dentales preventivos e integrales	Costo compartido de los miembros: 50 % del costo por los servicios cubiertos
---	--

El máximo de beneficios es el monto máximo que pagará ConnectiCare por los servicios cubiertos. Usted será responsable de los costos que superen el máximo de beneficios.

Ve a un médico desde su casa

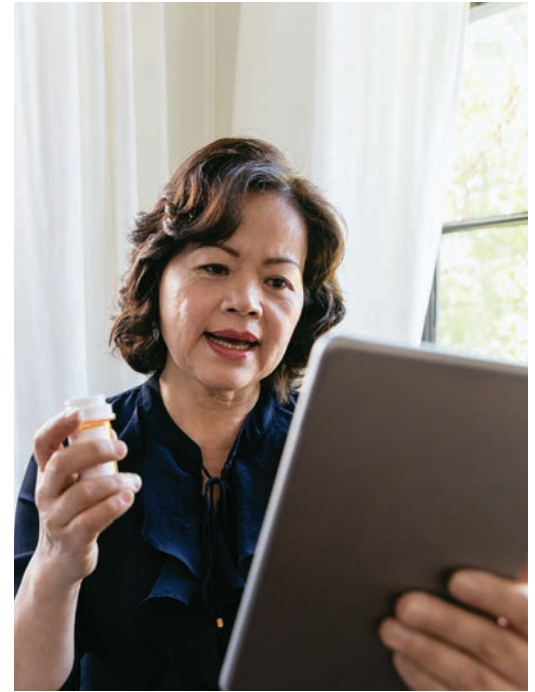
Todos los planes Medicare Advantage de ConnectiCare ahora incluyen **beneficios de Telehealth** dentro de la red:

- Visitas médicas virtuales con médicos de atención primaria (PCP) y especialistas.
- Visitas virtuales para pacientes ambulatorios con proveedores de servicios de salud mental y abuso de sustancias.

No todos los proveedores de atención médica ofrecen este servicio, por lo que debe asegurarse de consultar con ellos.

Los planes Medicare Advantage HMO y HMO-POS de ConnectiCare también incluyen **Teladoc**®.

El personal de Teladoc de médicos certificados por la junta está disponible por teléfono o chat de video para afecciones que no sean de emergencia. Incluso pueden enviar recetas a su farmacia local, si es necesario. Obtenga más información en teladoc.com/connecticare.



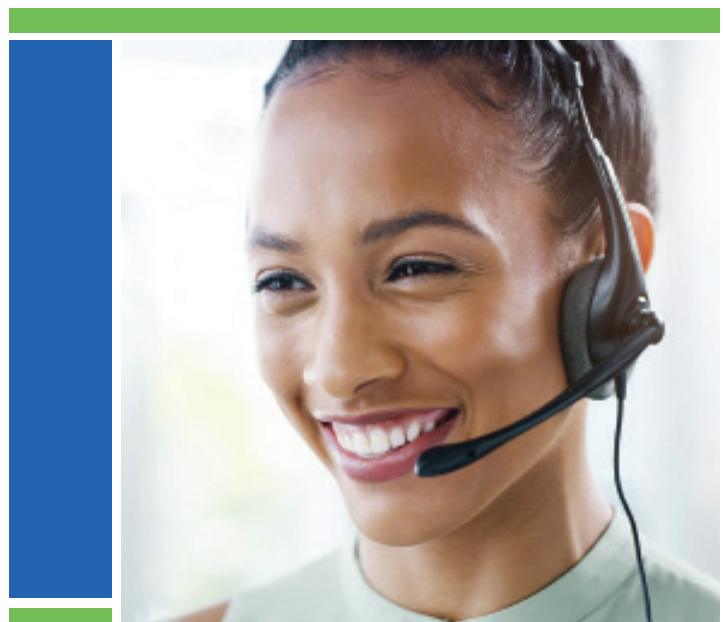
Servicio de atención al cliente que le pone en primer lugar

La atención médica es fundamental y usar sus beneficios debe ser simple. Estamos aquí para ayudarle con **ConnectiCare Medicare Connect Concierge**, el único número de teléfono al que debe llamar cuando necesita ayuda para satisfacer sus necesidades de atención médica. Podemos ayudarle a:

- Programar una cita con un médico.
- Responder preguntas sobre beneficios.
- Coordinar aprobaciones previas.
- Confirmar sus beneficios para medicamentos de venta libre (OTC).
- Verificar su dirección de correo postal.
- ¡Y mucho más!

Usted no será transferido. Los representantes de ConnectiCare Medicare Connect Concierge permanecerán en la línea y coordinarán llamadas en conferencia para ayudarle.

Únase a ConnectiCare para disfrutar de una mejor experiencia del cliente.





Dé el siguiente paso para gestionar mejor su atención médica.

Simplemente llame al **1-877-224-8220 (TTY: 711)**. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 am a 8 pm. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm.

Visítenos en línea en connecticare.com/medicare.

ConnectiCare, Inc. es un plan HMO/HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato. ConnectiCare Insurance Company, Inc. es un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Connecticut. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de ConnectiCare, 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. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Le avisaremos cuando sea necesario. SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas comerciales de Tivity Health, Inc. ©2020 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. ©2020 Teladoc, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc y el logotipo de Teladoc son marcas comerciales de Teladoc, Inc. y no pueden utilizarse sin un permiso por escrito. ConnectiCare cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no ejerce ninguna discriminación en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. ©2020 ConnectiCare, Inc. & Affiliates