

Plan ConnectiCare Choice 1 (HMO)
Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)
Plan ConnectiCare Choice 3 (HMO)

Planes Medicare Advantage

Resumen de beneficios 2021

Este es un resumen de servicios de salud y medicamentos cubiertos por ConnectiCare, Inc. del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021.



Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

ConnectiCare, Inc. es un plan HMO/HMO-POS de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato. 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, o bien puede llamarnos a los números de teléfono que se indican a continuación y le enviaremos una copia.

¿Quién puede unirse?

Para unirse a un plan Choice de ConnectiCare, debe ser elegible para Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Connecticut: Fairfield, Hartford, Litchfield, Middlesex, New Haven, New London, Tolland y Windham.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

El plan ConnectiCare Choice 1 (HMO) y el plan ConnectiCare Choice 3 (HMO) cuentan 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 o situaciones de atención médica urgente.

El plan ConnectiCare Choice 1 y el plan ConnectiCare Choice 3 cubren los medicamentos de la Parte D. Además, cubren medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede ver la farmacopea del plan completa (lista de medicamentos con receta Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web en connecticare.com/medicare. O bien llámenos y le enviaremos una copia.

Generalmente, debe usar farmacias de la red para surtir sus recetas de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Algunas de nuestras farmacias de la red tienen costo compartido preferido. Es posible que pague menos si usa estas farmacias. Puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web en connecticare.com/medicare. O bien llámenos y le enviaremos una copia.

El **plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)** cuenta con una red de médicos, hospitales y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no son parte de nuestra red, es posible que no paguemos estos servicios, excepto en casos de emergencia o situaciones de atención de urgencia. Puede ver el directorio de proveedores de nuestro plan en nuestro sitio web connecticare.com/medicare. O bien llámenos y le enviaremos una copia.

El plan ConnectiCare Choice 2 **NO cubre los medicamentos de la Parte D**. Este plan cubre medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

Contacto:

Para obtener más información, llámenos al número de teléfono que aparece a continuación o visítenos en connecticare.com/medicare.

Número de teléfono gratuito: 1-877-224-8220. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 am a 8:00 pm, hora estándar del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm, hora estándar del este.

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Choice 1 (HMO)	Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)
Prima del plan mensual: <i>(Para todos los condados de Connecticut)</i>	\$183	\$0
Deducible médico	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Responsabilidad de gasto máximo de bolsillo <i>(no incluye medicamentos con receta)</i>	\$3,400 por año	\$6,000 por año
Cobertura de pacientes hospitalizados	Copago de \$345 por día, del día 1 al 5, por estadía Usted no paga nada por día, del día 6 en adelante, por estadía	Copago de \$295 por día, del día 1 al 6, por estadía Usted no paga nada por día, del día 7 en adelante, por estadía
Cobertura de pacientes ambulatorios: Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <i>(incluidos servicios de observación)</i> Centros de cirugía ambulatoria	Copago de \$200 Copago de \$100	Copago de \$200 Copago de \$100

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Plan ConnectiCare Choice 3 (HMO)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Choice 1, Choice 2 y Choice 3
\$0	Además, debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B. Las primas pueden reducirse basadas en el nivel del Subsidio por bajos ingresos (LIS) o la Ayuda Adicional.
Deducible del plan de \$395	<p>El plan Choice 1 y el plan Choice 2 NO tienen deducible para beneficios médicos.</p> <p>El plan Choice 3 SÍ tiene un deducible para beneficios médicos. El deducible se aplica solo a los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios para pacientes internados - Agudos • Servicios hospitalarios para pacientes internados - Psiquiátricos • Centro de enfermería especializada • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Servicios de observación para pacientes ambulatorios • Servicios de diálisis • Radioterapia • Radiografías
\$7,550 por año	Este es el máximo que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos durante el año.
<p>Copago de \$490 por día, del día 1 al 3, por estadía después de que usted paga su deducible del plan</p> <p>Usted no paga nada por día, del día 4 en adelante por estadía</p>	El costo compartido se aplica cada vez que es internado en un hospital. Cada estadía hospitalaria requiere autorización previa.
<p>Copago de \$395 después de que usted paga el deducible de su plan</p> <p>Copago de \$300</p>	<p>Algunos servicios requieren autorización previa.</p> <p>Algunos servicios requieren autorización previa.</p>

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Choice 1 (HMO)	Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)
Visitas al médico (en el consultorio/ virtuales): <ul style="list-style-type: none"> • Médico de atención primaria (PCP) • Especialista 	Copago de \$10 por visita Usted no paga nada por el examen físico anual Copago de \$30 por visita	Usted no paga nada Usted no paga nada por el examen físico anual Copago de \$10 por visita
Atención preventiva	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Atención de emergencia	Copago de \$90 por visita dentro de los Estados Unidos	Copago de \$90 por visita dentro de los Estados Unidos
Servicios de atención urgente	Copago de \$30 por visita dentro de los Estados Unidos	Copago de \$10 por visita dentro de los Estados Unidos
Servicios diagnósticos/laboratorio/ imágenes: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de Radiología de Diagnóstico (p. ej., resonancia magnética) • Servicios de laboratorio • Procedimientos y pruebas de diagnóstico • Radiografías para pacientes ambulatorios • Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer) 	Copago de \$200 Copago de \$10 Copago de \$25 Copago de \$35 20 % del costo	Copago de \$175 Copago de \$10 Copago de \$25 Copago de \$35 20 % del costo
Servicios de audición: <ul style="list-style-type: none"> • Examen auditivo 	Copago de \$30 por visita	Copago de \$10 por visita

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Plan ConnectiCare Choice 3 (HMO)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Choice 1, Choice 2 y Choice 3
<p>Copago de \$10 por visita</p> <p>Usted no paga nada por el examen físico anual</p> <p>Copago de \$45 por visita</p>	<p>No se necesitan derivaciones para consultar con especialistas.</p>
<p>Usted no paga nada</p>	<p>Incluye su vacuna contra la influenza, examen de detección de cáncer colorrectal, mamografía de detección y cualquier otro tipo de atención preventiva aprobada por Medicare.</p>
<p>Copago de \$90 por visita dentro de los Estados Unidos</p>	<p>Si usted es internado en un hospital en el plazo de un día, no debe pagar su parte del costo por la atención de emergencia.</p>
<p>Copago de \$45 por visita dentro de los Estados Unidos</p>	<p>Si usted es internado en un hospital en el plazo de un día, debe pagar su parte del costo por la atención urgentemente necesaria.</p>
<p>Copago de \$275</p> <p>Copago de \$15</p> <p>Copago de \$25</p> <p>Copago de \$45 después de que usted paga el deducible de su plan</p> <p>20 % del costo después de que usted paga el deducible de su plan</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Algunos servicios requieren autorización previa.</p> <p>Algunos servicios requieren autorización previa.</p> <p>Algunos servicios requieren autorización previa.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Copago de \$45 por visita</p>	<p>Usted tiene cobertura para un examen auditivo de rutina por año y para exámenes de diagnóstico y tratamiento de problemas de audición y equilibrio.</p>

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Choice 1 (HMO)	Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)
<p>Servicios dentales: Servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios dentales preventivos y de diagnóstico: Incluye exámenes bucales, limpiezas, radiografías de aleta de mordida y radiografías panorámicas Panorex o serie completa</p> <p>Beneficio suplementario opcional</p> <p>Servicios dentales preventivos: (Para el plan Choice 1)</p>	<p>Copago de \$30 por visita</p> <p>Sin cobertura Puede contratar servicios dentales preventivos junto con servicios dentales integrales como un beneficio suplementario opcional (consulte a continuación)</p> <p>Servicios dentales preventivos e integrales:</p> <p>Prima mensual de \$39 Deducible para el año calendario de \$100 (los servicios preventivos no están sujetos al deducible para el año calendario) Máximo de beneficios anuales de \$2,000</p> <p>○</p> <p>Prima mensual de \$49 Deducible para el año calendario de \$100 (los servicios preventivos no están sujetos al deducible para el año calendario) Máximo de beneficios anuales de \$3,000</p> <p>Usted no paga nada para exámenes orales, limpiezas y radiografías (se aplican limitaciones)</p>	<p>Copago de \$10 por visita</p> <p>Usted no paga nada Cubre hasta un examen bucal y una limpieza cada 6 meses Cubre radiografías de aleta de mordida, una vez cada 6 meses y una serie completa (radiografías panorámicas Panorex) cada 36 meses Puede contratar servicios dentales integrales como un beneficio suplementario opcional (consulte a continuación)</p> <p>Servicios dentales integrales:</p> <p>Prima mensual de \$29 Deducible para el año calendario de \$100</p> <p>○</p> <p>Prima mensual de \$39 Deducible para el año calendario de \$100</p> <p>Máximo de beneficios anuales de \$3,000</p> <p>Incluido como beneficio del plan (consulte a arriba)</p>

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Plan ConnectiCare Choice 3 (HMO)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Choice 1, Choice 2 y Choice 3
<p>Copago de \$45 por visita</p> <p>Usted no paga nada Cubre hasta un examen bucal y una limpieza cada 6 meses</p> <p>Cubre radiografías de aleta de mordida, una vez cada 6 meses y una serie completa (radiografías panorámicas Panorex) cada 36 meses</p> <p>Puede contratar servicios dentales integrales como un beneficio suplementario opcional (consulte a continuación)</p> <p>Servicios dentales integrales:</p> <p>Prima mensual de \$29 Deducible para el año calendario de \$100</p> <p>Máximo de beneficios anuales de \$2,000</p> <p style="text-align: center;">•</p> <p>Prima mensual de \$39 Deducible para el año calendario de \$100</p> <p>Máximo de beneficios anuales de \$3,000</p> <p>Incluido como beneficio del plan (consulte a arriba)</p>	<p>Solamente servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Para el plan Choice 2 y el plan Choice 3, se incluyen los servicios dentales preventivos como un beneficio del plan.</p> <p>Los servicios dentales preventivos del plan Choice 1 no están sujetos al deducible. Entre los servicios cubiertos se incluyen:</p> <p>Uno cada 6 meses: exámenes bucales, limpiezas, fluoruro, radiografías estándar</p> <p>Una cada 36 meses: serie completa de radiografías</p>

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Choice 1 (HMO)	Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)
<p>Servicios dentales (continuación):</p> <p>Servicios dentales integrales:</p> <p>Servicios básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración <p>Servicios dentales complejos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endodoncia, periodoncia, extracciones • Prótesis, otras cirugías bucales/maxilofaciales, otros servicios 	<p>20 % del costo después de alcanzar el deducible para el año calendario de \$100</p> <p>50 % del costo después de alcanzar el deducible para el año calendario de \$100</p>	<p>20 % del costo después de alcanzar el deducible para el año calendario de \$100</p> <p>50 % del costo después de alcanzar el deducible para el año calendario de \$100</p>
<p>Servicios de la visión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la visión • Accesorios para la vista, de rutina • Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas 	<p>Copago de \$30 por visita</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Usted no paga nada</p>	<p>Copago de \$10 por visita</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Usted no paga nada</p>
<p>Servicios de salud mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de pacientes hospitalizados • Visita de terapia de pacientes ambulatorios • Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios (en el consultorio/virtual) 	<p>\$1,871 por internación</p> <p>Copago de \$30 por visita</p> <p>Copago de \$30 por visita</p>	<p>\$1,871 por internación</p> <p>Copago de \$10 por visita</p> <p>Copago de \$10 por visita</p>

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Plan ConnectiCare Choice 3 (HMO)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Choice 1, Choice 2 y Choice 3
<p>20 % del costo después de alcanzar el deducible para el año calendario de \$100</p> <p>50 % del costo después de alcanzar el deducible para el año calendario de \$100</p>	<p>Se requiere autorización previa para los servicios dentales integrales</p> <p>Cubre lo siguiente: Restauraciones (empastes)</p> <p>Los servicios complejos incluyen lo siguiente: coronas; puentes fijos; prótesis dentales parciales y completas; ajustes de prótesis dentales; reparaciones de puentes fijos y 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</p>
<p>Copago de \$45 por visita</p> <p>Asignación de \$200 cada año</p> <p>Usted no paga nada</p>	<p>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.</p> <p>Usted tiene cobertura para un par de accesorios para la vista por año.</p> <p>Debe obtener los accesorios para la vista en un plazo de 12 meses después de la cirugía.</p>
<p>\$1,871 por internación después de que usted paga su deducible del plan</p> <p>Copago de \$40 por visita</p> <p>Copago de \$40 por visita</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 90 días por estadía de salud mental para pacientes hospitalizados. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida" siempre y cuando la estadía esté cubierta por el plan. Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a servicios de salud mental proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>El costo compartido se aplica cada vez que es hospitalizado en un centro psiquiátrico. Se requiere autorización previa.</p>

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Choice 1 (HMO)	Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)
Centro de enfermería especializada (SNF)	Usted no paga nada por día, del día 1 al 20 por período de beneficios Copago de \$184 por día, del día 21 al 100 por período de beneficios	Usted no paga nada por día, del día 1 al 20 por período de beneficios Copago de \$184 por día, del día 21 al 100 por período de beneficios
Fisioterapia	Copago de \$30 por visita	Copago de \$10 por visita
Ambulancia (puede requerir aprobación; no se exime en caso de internación) • Terrestre • Aérea	Copago de \$200 20 % del costo	Copago de \$50 20 % del costo
Transporte	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos de Medicare Parte B	10 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare en el hogar 20 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare dispensados en una farmacia de venta al detalle, en una farmacia de pedido por correo, en el consultorio del médico y en un centro para pacientes ambulatorios	10 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare en el hogar 20 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare dispensados en una farmacia de venta al detalle, en una farmacia de pedido por correo, en el consultorio del médico y en un centro para pacientes ambulatorios

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Plan ConnectiCare Choice 3 (HMO)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Choice 1, Choice 2 y Choice 3
<p>Después de que paga el deducible de su plan, usted paga:</p> <p>Nada por día, del día 1 al 20 por período de beneficios</p> <p>Copago de \$184 por día, del día 21 al 100 por período de beneficios</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día en que es internado en un SNF. El período de beneficios finaliza cuando no ha obtenido atención hospitalaria o atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No se aplican límites a la cantidad de períodos de beneficios.</p>
<p>Copago de \$40 por visita</p>	
<p>Copago de \$385</p> <p>20 % del costo</p>	<p>Usted tiene cobertura para servicios de ambulancia terrestre en todo el mundo. Existe un límite anual de \$50,000 combinado para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia terrestre de emergencia fuera de los Estados Unidos. Algunos servicios que no son de emergencia requieren autorización previa.</p> <p>No tiene cobertura para servicios de ambulancia aérea fuera de los Estados Unidos.</p>
<p>Sin cobertura</p>	
<p>10 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare en el hogar</p> <p>20 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare dispensados en una farmacia de venta al detalle, en una farmacia de pedido por correo, en el consultorio del médico y en un centro para pacientes ambulatorios</p>	<p>Cubrimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su médico.</p> <p>Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa.</p> <p>Tratamiento escalonado requerido para algunos medicamentos de la Parte B.</p>

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Medicamentos con receta para los planes ConnectiCare Choice 1 (HMO) y Choice 3 (HMO)

Nuestro plan agrupa a cada medicamento en uno de cinco "niveles". Tendrá que usar la farmacopea (la lista de medicamentos cubiertos) para saber a qué nivel pertenece un medicamento.

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

Cuatro etapas de cobertura de medicamentos

Deducible

El deducible es el importe que usted paga antes de que su plan comience a pagar. Este deducible es para farmacias de venta al detalle y entrega a domicilio.

Plan Choice 1 No hay deducible para los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y del Nivel 2 (genéricos). Se aplica un deducible para los medicamentos del Nivel 3 (de marca preferidos), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (especialidad).

Plan Choice 3 No hay deducible para los medicamentos del Nivel 1 (genéricos preferidos), del Nivel 2 (genéricos) y del Nivel 3 (de marca preferidos). Se aplica un deducible para los medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (especialidad).

Cobertura inicial

Después de que alcance el deducible, ingresará en la etapa de cobertura inicial.

En esta etapa, usted y el plan comparten los costos de algunos de los medicamentos cubiertos hasta que sus costos totales de medicamentos, incluido el deducible, superen los \$4,130. Los costos totales de medicamentos que paga usted y nuestro plan de la Parte D lo ayudarán a llegar a la interrupción de cobertura.

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Costo compartido minorista

El plan ConnectiCare Choice 1 y el plan ConnectiCare Choice 3 Suministro de medicamentos para 30 días							
Nivel	Deducible		Cobertura inicial \$0-\$4,130		Interrupción de cobertura \$4,130-\$6,550		Cobertura en caso de catástrofe Más de \$6,550
	En Choice Plan 1 Usted paga	En Choice Plan 3 Usted paga	Farmacia preferida	Farmacia estándar	En Choice Plan 1 Usted paga	En Choice Plan 3 Usted paga	Usted paga el mayor de:
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$2	\$9	\$2/\$9*	25 %	5 % o \$3.70
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$0	\$10	\$20	\$10/\$20*	25 %	5 % o \$3.70
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$300	\$0	\$42	\$47	25 %	25 %	5 % o \$9.20
Nivel 4: Medicamentos no preferidos		\$95	\$100	25 %	25 %	5 % o \$3.70 para medicamentos de múltiples marcas genéricos/ preferidos 5 % o \$9.20 para todos los demás medicamentos	
Nivel 5: Especialidad		\$445	27 % para el plan Choice 1 25 % para el plan Choice 3	27 % para el plan Choice 1 25 % para el plan Choice 3	25 %	25 %	5 % o \$3.70 para medicamentos de múltiples marcas genéricos/ preferidos 5 % o \$9.20 para todos los demás medicamentos

*Costo compartido en una farmacia preferida/farmacia estándar

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Costo compartido de pedido por correo

Planes ConnectiCare Choice 1 y ConnectiCare Choice 3				
Nivel	Deducible		Cobertura inicial \$0-\$4,130	
	En Choice Plan 1 Usted paga	En Choice Plan 3 Usted paga	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$0	\$10	\$25
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$300	\$0	\$42	\$126
Nivel 4: Medicamentos no preferidos		\$445	\$95	\$285
Nivel 5: Especialidad			27 % para el plan Choice 1 25 % para el plan Choice 3	No disponible en un suministro a largo plazo

Si usted vive en un centro de cuidados a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia de venta al detalle estándar.

Interrupción de cobertura

La interrupción de cobertura (también conocida como "período sin cobertura") comienza después de que el costo total de medicamentos por año (lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) supera \$4,130.

Durante la interrupción de cobertura en 2021:

- Para el plan Choice 1, seguirá pagando sus copagos establecidos para los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2, y el 25 % del costo del plan para los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.
- Para el plan Choice 3, pagará el 25 % del costo del plan para todos los medicamentos.

Los costos que usted paga y el pago del descuento del fabricante para los medicamentos de marca se computan para sus costos de bolsillo reales y lo ayudan a salir de la interrupción de cobertura. **No todos llegan a la interrupción de cobertura.**

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Cobertura en caso de catástrofe

Usted ingresa en la etapa de cobertura en caso de catástrofe una vez que sus costos de medicamentos de bolsillo reales (TrOOP) anuales superan los **\$6,550**. En esta etapa, usted paga lo que sea mayor: el 5 % del costo o **\$3.70** para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y **\$9.20** para todos los demás medicamentos.

Obtenga ayuda para pagar sus medicamentos con receta

Ayuda Adicional

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

¿Qué obtiene con el programa Ayuda Adicional?

- Pago del 75 % o más de los costos de sus medicamentos. Estos incluyen su prima mensual para medicamentos con receta (**el importe que usted paga cada mes**).
- El pago de su deducible anual (**el importe que usted paga antes de que su plan comience a pagar**).
- El pago de costos de coseguro (**porcentaje que usted paga por sus medicamentos con receta**).
- Sin interrupción de cobertura.

Usted califica automáticamente para Ayuda Adicional si:

- Tiene cobertura completa de Medicaid.
- Recibe ayuda de su programa estatal Medicaid para pagar sus primas de la Parte B en un programa de ahorros de Medicare.
- Obtiene beneficios de Ingresos de Seguridad Suplementarios (SSI).

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

No se aplican **costos** Comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **800-772-1213** (TTY: **800-325-0778**). También puede presentar una solicitud en línea en **ssa.gov/benefits/medicare/prescriptionhelp/**.

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Otros beneficios	Plan ConnectiCare Choice 1 (HMO)	Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)
Acupuntura	Copago de \$30 por visita Cubre hasta 20 visitas por dolor lumbar crónico cada año	Copago de \$30 por visita Cubre hasta 20 visitas por dolor lumbar crónico cada año
Atención de los pies (<i>servicios de podología</i>): <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento y exámenes de los pies (exámenes de rutina no cubiertos) 	Copago de \$30 por visita	Copago de \$10 por visita
Atención quiropráctica	Copago de \$20 por visita	Copago de \$20 por visita
Terapia ocupacional, del habla y del lenguaje	Copago de \$30 por visita	Copago de \$10 por visita
Terapia cardíaca Terapia cardíaca intensiva Terapia pulmonar	Copago de \$30 por visita Copago de \$100 por visita Copago de \$30 por visita	Copago de \$10 por visita Copago de \$100 por visita Copago de \$10 por visita
Cuidado de la salud en el hogar	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Hospicio	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Equipo/suministros médicos: <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (<i>p. ej. sillas de rueda, oxígeno</i>) Prótesis (<i>p. ej., ortodoncia, extremidades artificiales</i>) 	20 % del costo 20 % del costo	Usted no paga nada Usted no paga nada
Capacitación y suministros para la diabetes: <ul style="list-style-type: none"> Suministros para la diabetes (<i>incluyen suministros de control y calzado o plantillas terapéuticos</i>) Educación sobre enfermedad renal 	20 % del costo Usted no paga nada	Usted no paga nada Usted no paga nada
Programas de bienestar: <ul style="list-style-type: none"> Acondicionamiento físico Teladoc® 	Usted no paga nada Copago de \$45 por visita	Usted no paga nada Copago de \$45 por visita
Atención médica urgente y de emergencia en todo el mundo (<i>cobertura fuera de los Estados Unidos</i>)	Copago de \$90 por visita	Copago de \$90 por visita

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual "**Medicare y usted**". Véalo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos como braille, letra grande o audio.

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Plan ConnectiCare Choice 3 (HMO)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Choice 1, Choice 2 y Choice 3
Copago de \$30 por visita Cubre hasta 20 visitas por dolor lumbar crónico cada año	Se requiere autorización previa. Límites de visitas: Máximo de 12 visitas en 90 días
Copago de \$45 por visita	Tratamiento y exámenes si tiene lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes y/o cumple ciertos criterios
Copago de \$20 por visita	Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de su columna vertebral se salen de su posición)
Copago de \$40 por visita	
Copago de \$45 por visita Copago de \$100 por visita Copago de \$30 por visita	Se requiere autorización previa.
Usted no paga nada	Se requiere autorización previa.
Usted no paga nada	Tiene cobertura para atención de hospicio en un hospicio certificado por Medicare. Original Medicare, y no nuestro plan, pagará los servicios de hospicio. Es posible que deba pagar parte del costo de medicamentos y atención de relevo.
20 % del costo	Algunos servicios requieren autorización previa.
20 % del costo	Algunos servicios requieren autorización previa.
20 % del costo	
Usted no paga nada	
Usted no paga nada Copago de \$45 por visita	Incluye el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®
Copago de \$90 por visita	Existe un límite anual de \$50,000 combinado para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia terrestre de emergencia fuera de los Estados Unidos. No tiene cobertura para servicios de ambulancia aérea fuera de los Estados Unidos. Consulte las páginas I-11 e I-12 para obtener información adicional sobre costos compartidos para servicios de ambulancia.

ConnectiCare, Inc. es un plan HMO/HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato. Para obtener más información, comuníquese con el plan. 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

Lista de verificación previa a la inscripción 2021

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio de Atención al Cliente al 1-877-224-8220 (TTY: 711). Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 am a 8:00 pm, hora estándar del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm, hora estándar del este.

Comprenda los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC), especialmente en relación con aquellos servicios por los cuales habitualmente consulta a un médico. Visite connecticare.com/medicare o llame al 1-877-224-8220 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que el médico que lo trata ahora forme parte de la red. Si no figura allí, significa que probablemente deba seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acuda para obtener sus medicamentos con receta forme parte de la red. Si la farmacia no figura allí, probablemente deba seleccionar una nueva farmacia donde obtener sus medicamentos con receta.

Comprenda las reglas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B. La prima, por lo general, se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2022.
- Excepto en casos de emergencia o situaciones urgentes, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).

ConnectiCare