

# **ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)**

Plan Medicare Advantage

# **Resumen de beneficios 2021**

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

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



# Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)

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

**ConnectiCare Insurance Company, Inc.** es un plan HMO D-SNP de Medicare Advantage con un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Connecticut. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato. La información sobre 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, consulte su "Evidencia de cobertura". Puede encontrar este documento en nuestro sitio web [connecticare.com/medicare](https://connecticare.com/medicare), o bien puede llamarnos a los números de teléfono que se indican a continuación y le enviaremos una copia.

## Inscripción y elegibilidad

Para unirse y seguir siendo elegible para el plan ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP), debe:

- Ser elegible para la Parte A de Medicare
- Estar inscrito en la Parte B de Medicare
- Estar inscrito en el Programa de Medicaid de Connecticut (HUSKY Health)
- Residir en nuestra área de servicio

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Connecticut: Fairfield, Hartford, Litchfield, Middlesex, New Haven, New London, Tolland y Windham.

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

ConnectiCare Choice Dual Basic cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no son parte de nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios, excepto en casos de emergencia.

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

Su costo compartido será el mismo si compra sus medicamentos cubiertos de la Parte D en una de las farmacias "preferidas" de nuestra red o en una de nuestras farmacias "estándar".

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

Puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web [connecticare.com/medicare](https://connecticare.com/medicare). O bien llámenos y le enviaremos una copia.

## Contacto:

Para obtener más información, llámenos al número de teléfono que aparece a continuación o visítenos en [connecticare.com/medicare](https://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 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del este.

## Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)

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

Primas y beneficios	ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)	Lo que debe saber
Prima del plan mensual	No paga nada	La "Ayuda adicional" se encarga de pagar la prima de su plan en su nombre. (Consulte la página II-9 para obtener más información sobre la "Ayuda adicional"). Además, debe continuar pagando su prima de la Medicare Parte B, a menos que Medicaid u otro tercero la paguen.
Deducible	No paga nada	
Gasto máximo de bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$7,550	Este es el máximo que paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos durante el año.
Cobertura de pacientes hospitalizados	No paga nada	Se requiere autorización previa
Cobertura de pacientes ambulatorios:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> </ul>	No paga nada	Algunos servicios requieren autorización previa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de cirugía ambulatoria</li> </ul>	No paga nada	Algunos servicios requieren autorización previa
Visitas médicas (en el consultorio y virtuales):		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de atención primaria (PCP)</li> </ul>	No paga nada No paga nada por el examen físico anual	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especialistas</li> </ul>	No paga nada	No se requieren derivaciones para este plan.
Atención preventiva	No paga nada	Incluye vacuna contra la influenza, examen de detección de cáncer colorrectal, mamografía de detección y cualquier otro tipo de atención preventiva.
Atención de emergencia	No paga nada	
Servicios de atención urgente	No paga nada	

## Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)

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

Primas y beneficios	ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)	Lo que debe saber
Atención urgente/de emergencia en todo el mundo ( <i>cobertura fuera de los Estados Unidos y territorios de los EE. UU.</i> )	Sin cobertura	
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de radiología de diagnóstico (<i>p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI]</i>)</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico</li> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios</li> </ul>	No paga nada  No paga nada  No paga nada  No paga nada	Se requiere autorización previa  Algunos servicios requieren autorización previa  Algunos servicios requieren autorización previa  Algunos servicios requieren autorización previa
Servicios de audición: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de audición</li> <li>• Audífonos</li> </ul>	No paga nada  Sin cobertura	Tiene cobertura para exámenes de diagnóstico y tratamiento de problemas de audición y equilibrio, y otros servicios cubiertos por Medicare únicamente.
Servicios dentales:  Servicios dentales cubiertos por Medicare  Servicios dentales preventivos          Servicios dentales integrales	No paga nada  No paga nada por exámenes orales, limpiezas, aplicaciones de fluoruro y radiografías (se aplican limitaciones)          Sin cobertura  Puede adquirir estos servicios como un Beneficio suplementario opcional (consulte la página II-5).	Los servicios dentales preventivos no están sujetos al deducible. Entre los servicios cubiertos se incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uno cada 6 meses: exámenes orales, limpiezas, aplicaciones de fluoruro, radiografías estándares</li> <li>• Uno cada 36 meses: una serie completa de radiografías</li> </ul>

## Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)

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

<b>Primas y beneficios</b>	<b>ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<p>Servicios dentales (continuación):</p> <p><b>Beneficio complementario opcional</b></p> <p>Servicios dentales integrales</p> <p><b>Servicios dentales integrales</b></p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen:</p> <p>Servicios básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración</li> </ul> <p>Servicios dentales complejos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endodoncia, periodoncia, extracciones</li> <li>• Prótesis, otras cirugías bucales/maxilofaciales, otros servicios</li> </ul>	<p>Prima mensual de \$39</p> <p>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 \$49</p> <p>Deducible para el año calendario de \$100</p> <p>Máximo de beneficios anuales de \$3,000</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>Algunos servicios requieren autorización previa</p> <p>Cubre lo siguiente: Restauraciones (empastes)</p>

## Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)

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

Primas y beneficios	ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)	Lo que debe saber
<p>Servicios de la visión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de la visión</li> <li>• Anteojos, de rutina</li> <li>• Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> </ul>	<p>No paga nada</p> <p>Asignación de \$200 para accesorios para la vista cada año</p> <p>No paga nada</p>	<p>Tiene cobertura para un examen de la visión de rutina por año.</p> <p>También tiene cobertura para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares.</p> <p>Los anteojos de rutina deben ser distribuidos por los proveedores participantes de EyeMed. Visite <a href="https://www.eyemedvisioncare.com">https://www.eyemedvisioncare.com</a>, haga clic en "find a provider" (buscar un proveedor) y, en el menú desplegable, elija "select network" (elegir red) o llame gratis al 1-833-337-3134.</p> <p>Debe obtener los anteojos en un plazo de 12 meses después de la cirugía.</p>
<p>Servicios de salud mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita de pacientes hospitalizados</li> <li>• Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios (en el consultorio únicamente)</li> <li>• Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios (en el consultorio/virtual)</li> </ul>	<p>No paga nada</p> <p>No paga nada</p> <p>No paga nada</p>	<p>Se requiere autorización previa</p> <p>Se requiere autorización previa</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Centros de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>No paga nada</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 recibido atención hospitalaria o atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No se aplican límites a la cantidad de períodos de beneficios.</p>
<p>Fisioterapia</p>	<p>No paga nada</p>	
<p>Ambulancia (aérea y terrestre)</p>	<p>No paga nada</p>	<p>Algunos servicios que no son de emergencia requieren autorización previa.</p>

## Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)

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

Primas y beneficios	ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)	Lo que debe saber
Transporte (no emergencia)	Sin cobertura	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	No paga nada	Cubrimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su médico.  Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa.  Se puede requerir el tratamiento escalonado para algunos medicamentos de la Parte B.
Acupuntura	No paga nada  Cubre hasta 20 visitas para el dolor lumbar crónico por año.	Se requiere autorización previa.  Límites de visitas: máximo de 12 visitas en 90 días
Atención de los pies ( <i>servicios de podología</i> ):  • Tratamiento y exámenes de los pies	No paga nada	Si tiene lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes o cumple ciertos criterios, se cubren los tratamientos y los exámenes.
Atención quiropráctica  <i>Se cubre solamente la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de su columna vertebral se salen de su posición).</i>	No paga nada	
Terapia ocupacional, del habla y del lenguaje	No paga nada	
Terapia cardíaca y pulmonar	No paga nada	La terapia de rehabilitación pulmonar requiere autorización previa
Atención de la salud en el hogar	No paga nada	Se requiere autorización previa
Cuidados paliativos	No paga nada	Medicare Original, y no nuestro plan, pagará los servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal.

## Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)

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

<b>Primas y beneficios</b>	<b>ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<p>Equipo/suministros médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero (p. ej., sillas de rueda, oxígeno)</li> <li>• Prótesis/suministros médicos (p. ej., férulas, extremidades artificiales)</li> </ul>	<p>No paga nada</p> <p>No paga nada</p>	<p>Algunos servicios requieren autorización previa</p> <p>Algunos servicios requieren autorización previa</p>
<p>Capacitación y suministros para la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para la diabetes (incluyen suministros de control y calzados o plantillas terapéuticos)</li> <li>• Educación sobre nefropatía</li> </ul>	<p>No paga nada</p> <p>No paga nada</p>	
<p>Artículos de venta libre elegibles</p>	<p>Cubre hasta \$50 por trimestre para pedidos por correo únicamente</p> <p>Beneficio máximo de \$200 por año</p>	<p>Si no utiliza el beneficio completo de \$50 en un trimestre, el importe no utilizado no se traslada al próximo trimestre.</p> <p>Llame al 1-877-239-2942 (TTY: 711) o visite el siguiente enlace: <a href="https://connecticare.com/mailOTC">connecticare.com/mailOTC</a></p>
<p>Programas de bienestar</p>	<p>Sin cobertura</p>	



## **Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)**

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

### **Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios**

Como miembro de ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP), usted está inscrito automáticamente en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare Parte D. Debido a su elegibilidad para Medicaid (HUSKY Health), usted debe recibir Ayuda adicional del gobierno (Subsidio por bajos ingresos) como ayuda para pagar sus medicamentos con receta.

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

#### **Costos de los medicamentos con receta**

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

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

## Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)

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

### Costo compartido de los medicamentos con receta de la Parte D para un suministro de 30 días de medicamentos cubiertos

Los costos compartidos pueden cambiar al entrar en otra fase del beneficio de la Parte D.

Nombre del nivel	Etapa de cobertura inicial	Etapa sin cobertura	Etapa de cobertura en caso de catástrofe
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  El monto que paga está determinado por la receta y su subsidio por bajos ingresos (LIS). Consulte su Cláusula LIS o la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre lo que paga.		\$0

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

# Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

## Declaración de beneficios de Medicaid y protecciones de los costos compartidos

### Elegibilidad

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

### Costos compartidos y protecciones de los costos compartidos para todos los miembros

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

Si recibe servicios cubiertos de un proveedor no participante, es posible que se le exija pagar un costo compartido de acuerdo con su condición de Medicaid, que se detalla a continuación.

### Beneficios completos de Medicaid

**Programa para beneficiarios específicos de Medicare de bajos ingresos – Plus (SLMB – Plus):** pago de sus primas de Medicare Parte B y los beneficios completos de Medicaid.

**Programa para beneficiarios calificados de Medicare – Plus (QMB – Plus):** pago de sus primas de Medicare Parte A y Parte B, deducibles, costo compartido (excepto los copagos de la Parte D) y los beneficios completos de Medicaid.

**Programa para beneficiarios calificados de Medicare (QMB):** pago de sus primas de Medicare Parte A y Parte B, deducibles, costo compartido (excepto los copagos de la Parte D) y los beneficios completos de Medicaid.

### Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY Health)

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

Beneficios	Limitaciones
<b>Acupuntura</b>	Se cubre cuando es necesaria por razones médicas. Se aplican las reglas de cobertura de Medicaid.
<b>Pruebas/inyecciones para alergias</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Ambulancia: Ambulancia aérea y terrestre de emergencia</b>	Solamente para emergencias (Llame al 911 para pedir una ambulancia terrestre de emergencia).
<b>Ambulancia: Ambulancia aérea que no sea para emergencias</b>	Al proveedor apropiado más cercano para un servicio aprobado. Comuníquese con Veyo, una compañía de Total Transit, al 1.855.478.7350 o visite <a href="http://ct.ridewithveyo.com">ct.ridewithveyo.com</a> .
<b>Salud del comportamiento</b> (Salud mental y tratamiento por uso de sustancias)	Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios en centros de salud independientes para pacientes ambulatorios</li><li>• Servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes ambulatorios</li><li>• Servicios clínicos en centros independientes de salud mental y atención ambulatoria por uso de sustancias</li><li>• Servicios de hospitalización psiquiátrica de emergencia y para pacientes hospitalizados</li><li>• Servicios individuales de profesionales médicos</li></ul> Para obtener información detallada sobre la cobertura de beneficios, contáctese con Connecticut Behavioral Health Partnership en <a href="http://www.ctbhp.com">www.ctbhp.com</a> o llamando al 1.877.552.8247.

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY Health)

Beneficios	Limitaciones
<b>Anticonceptivos</b>	Se requiere receta para todos los métodos anticonceptivos que se pueden obtener en una farmacia. Se aplican límites mensuales para los condones. La píldora del día después Plan B también se cubre con una receta.
<b>Cuidados cardíacos</b> (incluye las pruebas de diagnóstico y detección)	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Programa de rehabilitación cardíaca</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas. Se requiere autorización previa.
<b>Atención quiropráctica</b>	<b>Desde el nacimiento hasta los 20 años de edad:</b> Se limita a ciertos servicios específicos proporcionados por un quiropráctico independiente o dentro de una clínica/centro de salud. <b>Más de 21 años de edad:</b> Se limita solamente a ciertos servicios específicos proporcionados en un centro de salud aprobado por el gobierno federal.
<b>Servicios dentales</b>	Servicios dentales preventivos e integrales cubiertos. Para obtener información detallada sobre la cobertura de beneficios, contáctese con Dental Health Partnership en <a href="http://www.ctdhp.com">www.ctdhp.com</a> o llamando al 1.855.283.3682.
<b>Diálisis</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Pañales y suministros para la incontinencia en adultos</b>	<b>Desde el nacimiento hasta los 2 años de edad:</b> Sin cobertura. <b>Más de 3 años de edad:</b> Se cubre cuando es necesario por razones médicas. Se requiere receta.
<b>Suministros para diabéticos como:</b> <i>monitores de glucosa en sangre, toallitas húmedas con alcohol, tiras de prueba (de orina, de sangre o reactivas), lancetas</i>	<b>Desde el nacimiento hasta los 20 años de edad:</b> Se cubren mediante el beneficio de farmacia o el beneficio de equipo médico. <b>Más de 21 años de edad:</b> Se cubren solamente mediante el beneficio de equipo médico. <i>La insulina está cubierta para todas las edades mediante el beneficio de farmacia.</i>
<b>Calzado/plantillas para pie diabético</b>	<b>Más de 21 años de edad:</b> Se cubren 2 pares por año calendario sin autorización previa.
<b>Servicios de emergencia/ atención urgente</b>	<b>Dentro del estado:</b> Se cubren a través del consultorio de un médico/enfermero especializado o parte de un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios inscritos. <b>Fuera del estado:</b> No están cubiertos a menos que la visita sea necesaria por razones médicas Y el proveedor se inscriba en HUSKY Health. <b>Fuera del país:</b> Los servicios de emergencia no están cubiertos cuando se reciben fuera de los EE. UU. o de los territorios de los EE. UU.
<b>Planificación familiar</b> (para atención continua) (incluye anticonceptivos, exámenes, pruebas y tratamientos para enfermedades de transmisión sexual y VIH. Véase también Anticonceptivos y Maternidad)	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Análisis genéticos</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY Health)

Beneficios	Limitaciones
<b>Ginecología</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Exámenes de audición</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Audífonos</b>	<b>HUSKY Health A, C, D:</b> 1 par cada 3 años.
<b>Baterías para audífonos</b>	Se requiere receta.
<b>Atención de la salud en el hogar:</b>	
<b>Visitas a domicilio de enfermeros especializados</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas. <b>Visitas por maternidad:</b> Se limitan a servicios para mujeres con embarazos de alto riesgo.
<b>Visitas a domicilio de un asistente para atención de la salud en el hogar</b>	Debe proporcionar cuidados físicos prácticos ( <i>para alimentar, bañar, ir al baño, vestir o caminar</i> ). Los servicios de custodia o de ama de casa/acompañante no están cubiertos.
<b>Visitas a domicilio de terapia física (PT), terapia ocupacional (OT) y/o terapia del habla (ST).</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Visitas prolongadas a domicilio de enfermeros especializados (turnos de cuidado)</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Cuidados paliativos a domicilio</b> <i>Los cuidados paliativos tienen como objetivo la comodidad y el alivio de los síntomas de los enfermos terminales. Por lo general, no incluye un tratamiento destinado a curar. Para obtener información sobre los cuidados paliativos para pacientes hospitalizados, consulte Atención paliativa para pacientes hospitalizados.</i>	Los servicios paliativos están disponibles para los miembros a los que se les diagnostica una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos. <b>Desde el nacimiento hasta los 20 años de edad:</b> Los miembros pueden recibir tratamiento destinado a la curación al mismo tiempo que reciben cuidados paliativos.
<b>Servicios a domicilio de infusión en el hogar</b> <i>(medicamentos intravenosos en el hogar)</i>	<b>Desde el nacimiento hasta los 20 años de edad:</b> Se cubre cuando es necesario por razones médicas. <b>Más de 21 años de edad:</b> La agencia de atención médica domiciliaria les enseñará a los miembros a administrarse sus propios medicamentos.
<b>Visitas de enfermeros a domicilio para afecciones relacionadas con la salud del comportamiento</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas. Para obtener información detallada sobre la cobertura de beneficios, contáctese con Connecticut Behavioral Health Partnership en <b>www.ctbhp.com</b> o llame al 1.877.552.8247.
<b>Atención paliativa para pacientes hospitalizados</b> <i>La atención paliativa tiene como objetivo la comodidad y el alivio de los síntomas de los enfermos terminales. Por lo general, no incluye un tratamiento destinado a curar.</i>	Los servicios paliativos para pacientes hospitalizados están disponibles para los miembros a los que se les diagnostica una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos.

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY Health)

Beneficios	Limitaciones
<b>Atención hospitalaria:</b>	
<b>Pacientes hospitalizados</b>	Las hospitalizaciones y las visitas del médico mientras usted está hospitalizado están cubiertas cuando son necesarias por razones médicas.
<b>Pacientes ambulatorios</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Atención hospitalaria especializada a largo plazo</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Servicios de laboratorio</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Atención a largo plazo en centros de enfermería especializada</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Maternidad (prenatal, parto y posparto)</b> <b>Extractores de leche</b>	<b>Nacimientos en el hospital:</b> Sin limitaciones. <b>Nacimientos en el hogar:</b> Cubierto. <b>Extractores de leche:</b> Se cubren cuando nace el bebé. Se requiere una receta a nombre de la madre. <b>Clases de preparación para el parto/Lamaze:</b> Sin cobertura.
<b>Equipo médico</b> (para uso en el hogar) <i>Definición: Equipo reutilizable que puede resistir el uso repetido y que generalmente se utiliza para fines médicos. Incluye artículos como andadores, sillas de ruedas, equipos para la apnea del sueño, extractores de leche, etc.</i>	Debe ser necesario por razones médicas y debe cumplir con la definición de Equipo médico (ver Beneficios). Se requiere receta.
<b>Suministros médicos</b> <i>Descartables como gasas, guantes, jeringas</i>	Se requiere receta. Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Naturopatía</b>	<b>Desde el nacimiento hasta los 20 años de edad:</b> Se limita a algunos servicios específicos; se cubre cuando es necesaria por razones médicas. <b>Más de 21 años de edad:</b> La atención está cubierta solo cuando se presta en un hospital o una clínica ambulatoria.
<b>Asesoramiento nutricional</b>	El asesoramiento nutricional está cubierto cuando lo presta un médico, enfermero registrado de práctica avanzada (APRN) o asistente médico como parte de una visita al consultorio o cuando es parte de una visita en una clínica o un centro de salud comunitario. El asesoramiento nutricional con un nutricionista independiente certificado no está cubierto.
<b>Ortopedia</b> <i>Plantillas recetadas con soporte hechas a medida para tratar problemas en los pies y los tobillos</i>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY Health)

Beneficios	Limitaciones
<b>Farmacía</b> <i>Medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos</i>	Se requiere una receta incluso para los medicamentos de venta libre (vitaminas, medicamentos y suplementos) que están cubiertos; se aplican algunos límites. Algunas recetas requieren autorización previa.
<b>Prótesis</b> <i>Un dispositivo artificial que reemplaza una parte del cuerpo que falta. La parte del cuerpo puede faltar debido a un traumatismo, una enfermedad o una afección congénita.</i>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Servicios de rehabilitación:</b> <b>Pacientes ambulatorios</b> <i>Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla</i> <b>Pacientes hospitalizados</b> <i>Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla (Para solicitar servicios a domicilio, véase Atención de la salud en el hogar)</i>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Cirugía:</b>	
<b>Bariátrica</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Estética</b>	Las cirugías que se consideran estéticas no están cubiertas.
<b>Pacientes hospitalizados</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Pacientes ambulatorios</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Reconstructiva</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Cirugía transgénero/ de cambio de sexo</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Transporte para acudir a citas médicas</b>	Debe ser transporte para recibir un servicio que HUSKY Health cubre. Comuníquese con Veyo, una compañía de Total Transit, al 1.855.478.7350 o visite <a href="http://ct.ridewithveyo.com">ct.ridewithveyo.com</a> .
<b>Atención urgente/consultas médicas sin cita previa (dentro del estado)</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas.
<b>Atención de la visión, anteojos y lentes de contacto</b>	<b>Anteojos - Más de 21 años de edad:</b> Se aplican algunos límites a los tipos de marcos y lentes. Los límites también se aplican a la frecuencia con la que puede comprar anteojos. Reembolso limitado de CT Medicaid para 1 par de anteojos una vez cada dos años calendario consecutivos, a menos que haya un cambio de la vista que requiera un nuevo par de anteojos. <b>Lentes de contacto:</b> Solo se cubren para ciertos diagnósticos.
<b>Pelucas</b>	Se requiere receta. Comuníquese con Servicios para la Participación de los Miembros al 1.800.859.9889.

Para obtener información sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de Connecticut al 1-800-842-1508 o visite [www.ct.gov/dss](http://www.ct.gov/dss).



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. 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](https://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

- 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).
- Este plan es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP). Usted podrá inscribirse luego de que se verifique que usted es elegible para Medicare y asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.

**ConnectiCare**