

**ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)**  
Plan 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: ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)

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](https://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 al plan ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO), 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 Part B Saver (HMO)** tiene una red de médicos, hospitales, farmacias 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.

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos 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](https://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](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 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: ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)

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

<b>Primas y beneficios</b>	<b>ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<p>Prima del plan mensual: Reducción de la prima de la Parte B:</p>	<p>Usted no paga nada \$41.67 por mes Hasta \$500 por año</p> <p>ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO) ofrece una reducción de la prima de Medicare Parte B. Reduiremos su prima mensual de la Parte B en \$41,67 por mes. Medicare establece esta reducción y la administra a través de la Administración del Seguro Social (SSA). Dependiendo de cómo usted paga su prima de Medicare Parte B, su reducción puede acreditarse a su cheque del Seguro Social o a su estado de cuenta de la prima de Medicare Parte B. Las reducciones pueden tardar varios meses en emitirse; sin embargo, recibirá un crédito completo.</p>	<p>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.</p>
<p>Deducible médico</p>	<p>Deducible del plan de \$1,000</p>	<p>Choice Part B Saver tiene un deducible para beneficios médicos. El deducible se aplica solo a los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes internados - Agudos</li> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes internados - Psiquiátricos</li> <li>• Centro de enfermería especializada</li> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de observación para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de diálisis</li> <li>• Radiología de diagnóstico</li> <li>• Radioterapia</li> <li>• Fisioterapia, terapia del habla y ocupacional</li> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico</li> </ul>

## Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)

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

<b>Primas y beneficios</b>	<b>ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)</b>	<b>Lo que debe saber</b>
Monto de gasto máximo de bolsillo ( <i>no incluye medicamentos con receta</i> )	\$7,550 por año	Este es el máximo que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos durante el año.
Cobertura de pacientes hospitalizados	<p>Copago de \$495 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>Cobertura de pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de observación para pacientes ambulatorios</li> <li>• Centros de cirugía ambulatoria</li> </ul>	<p>Copago de \$495 después de que usted paga el deducible de su plan</p> <p>Copago de \$475 después de que usted paga el deducible de su plan</p> <p>Copago de \$315</p>	Algunos servicios requieren autorización previa.

# Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)

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

Primas y beneficios	ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)	Lo que debe saber
<p>Visitas al médico (en el consultorio/ virtuales):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico de atención primaria (PCP)</li> <li>• Especialistas</li> </ul>	<p>Copago de \$25 por visita</p> <p>Usted no paga nada por el examen físico anual</p> <p>Copago de \$50 por visita</p>	<p>No se necesitan derivaciones para consultar con especialistas.</p>
<p>Atención preventiva</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>Atención de emergencia</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>Servicios de atención urgente</p>	<p>Copago de \$50 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>Servicios diagnósticos/ laboratorio/imágenes:</p> <p>Servicio de radiología de diagnóstico (p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI])</p> <p>Servicios de laboratorio</p> <p>Procedimientos y exámenes de diagnóstico</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios</p>	<p>Copago de \$275 después de que usted paga el deducible de su plan</p> <p>Copago de \$15</p> <p>Copago de \$25 después de que usted paga el deducible de su plan</p> <p>Copago de \$40</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>

# Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)

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

<b>Primas y beneficios</b>	<b>ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<p>Servicios diagnósticos/laboratorio/imágenes (continuación):</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el tratamiento del cáncer)</p>	<p>20 % del costo después de que usted paga el deducible de su plan</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de audición:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen auditivo– De rutina</li> <li>• Examen auditivo– Cubierto por Medicare</li> </ul>	<p>Copago de \$10</p> <p>Copago de \$40 por visita</p>	<p>Usted tiene cobertura para un examen auditivo de rutina por año.</p> <p>Tiene cobertura para exámenes de diagnóstico y tratamiento de problemas de audición y equilibrio.</p>
<p>Servicios dentales:</p> <p>Servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios dentales preventivos e integrales:</p> <p><b>Beneficio suplementario opcional</b></p> <p>Servicios dentales preventivos e integrales</p>	<p>Copago de \$50 por visita</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Puede contratar estos servicios como un beneficio suplementario opcional (véase a continuación)</p> <p>Prima mensual de \$33</p> <p>Máximo de beneficios anuales de \$2,000</p> <p>Usted paga el 50 % del costo por todos los servicios cubiertos</p> <p style="text-align: center;">•</p> <p>Prima mensual de \$37</p> <p>Máximo de beneficios anuales de \$3,000</p> <p>Usted paga el 50 % del costo por todos los servicios cubiertos</p>	<p>Solamente servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentales integrales</p>

# Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)

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

<b>Primas y beneficios</b>	<b>ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<p>Servicios de la visión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de la visión – De rutina</li> <li>• Examen de la visión – Cubierto por Medicare</li> <li>• Accesorios para la vista – De rutina</li> <li>• Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> </ul>	<p>Copago de \$10</p> <p>Copago de \$40 por visita</p> <p>Asignación de \$240 cada año</p> <p>Usted no paga nada</p>	<p>Usted 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>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>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</li> <li>• Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios (en consultorio/virtual)</li> </ul>	<p>Copago de \$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. El costo compartido se aplica cada vez que es hospitalizado en un centro psiquiátrico.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

# Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)

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

Primas y beneficios	ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)	Lo que debe saber
Centro de enfermería especializada (SNF)	<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 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>
Fisioterapia	Copago de \$40 por visita después de que usted paga el deducible de su plan	
<p>Ambulancia (podría requerir aprobación; no se exime en caso de internación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terrestre</li> <li>• Aérea</li> </ul>	<p>Copago de \$395</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>
Transporte	Sin cobertura	
Medicamentos de Medicare Parte B	<p>10 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare <b>en el hogar</b></p> <p>20 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare <b>dispensados en una farmacia de venta al detalle, en una farmacia de pedidos por correo, en el consultorio del médico y en un centro para pacientes ambulatorios</b></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: ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)**

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

## **Medicamentos con receta para ConnectiCare Choice Part B Saver (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 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.

Con el plan Choice Part B Saver (HMO), no hay deducible para los medicamentos de Nivel 1 (genéricos preferidos). Se aplica un deducible para los medicamentos del Nivel 2 (genéricos), del Nivel 3 (de marca preferidos), 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: ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)

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

## Costo compartido minorista

<b>ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)</b>					
<b>Nivel</b>	<b>Deducible</b>	<b>Cobertura inicial \$0-\$4,130</b>		<b>Interrupción de cobertura \$4,130 - \$6,550</b>	<b>Cobertura en caso de catástrofe Más de \$6,550</b>
	<b>Usted paga</b>	<b>Farmacia preferida</b>	<b>Farmacia estándar</b>	<b>Usted paga</b>	<b>Usted paga el mayor de:</b>
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$2	\$9	25 %	5 % o \$3.70
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$445	\$10	\$20	25 %	5 % o \$3.70
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos		\$42	\$47	25 %	5 % o \$9.20
Nivel 4: Medicamentos no preferidos		\$95	\$100	25 %	5 % o \$3.70 para medicamentos de múltiples marcas genéricos/ preferidos  5 % o \$9.20 para todos los demás medicamentos
Nivel 5: Especialidad		25 %	25 %	25 %	5 % o \$3.70 para medicamentos de múltiples marcas genéricos/ preferidos  5 % o \$9.20 para todos los demás medicamentos

# Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)

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

## Costo compartido de pedido por correo

ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)			
Nivel	Deducible	Cobertura inicial \$0-\$4,130	
	Usted paga	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$445	\$10	\$25
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos		\$42	\$126
Nivel 4: Medicamentos no preferidos		\$95	\$285
Nivel 5: Especialidad		25 %	No disponible en el 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, 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: ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)

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: ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)

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

Otros beneficios	ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)	Lo que debe saber
Acupuntura	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
Atención de los pies ( <i>servicios de podología</i> ):  • Tratamiento y exámenes de los pies (exámenes de rutina no cubiertos)	Copago de \$50 por visita	Tratamiento y exámenes si tiene lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes y/o cumple ciertos criterios
Atención quiropráctica	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)
Terapia ocupacional, del habla y del lenguaje	Copago de \$40 por visita después de que usted paga su deducible	
Terapia cardíaca Terapia cardíaca intensiva Terapia pulmonar	Copago de \$30 por visita Copago de \$100 por visita Copago de \$30 por visita	Se requiere autorización previa.
Cuidado de la salud en el hogar	Usted no paga nada	Se requiere autorización previa.
Hospicio	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.
Equipo/suministros médicos:  • Equipo médico duradero ( <i>p. ej., sillas de rueda, oxígeno</i> )  • Prótesis/suministros médicos ( <i>p. ej., férulas, extremidades artificiales</i> )	20 % del costo  20 % del costo	Algunos servicios requieren autorización previa.  Algunos servicios requieren autorización previa.

# Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)

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

Otros beneficios	ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)	Lo que debe saber
<p>Capacitación y suministros para la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para la diabetes <i>(incluyen suministros de control y calzados o plantillas terapéuticos)</i></li> <li>• Educación sobre enfermedad renal</li> </ul>	<p>20 % del costo</p> <p>Usted no paga nada</p>	
<p>Programas de bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acondicionamiento físico</li> <li>• Teladoc®</li> </ul>	<p>Usted no paga nada</p> <p>Copago de \$45 por visita</p>	<p>Incluye el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®</p>
Artículos de venta libre	Asignación de \$75 por trimestre – Pedidos por correo únicamente	El saldo no utilizado no se traslada.
Atención de urgencia y de emergencia en todo el mundo <i>(cobertura fuera de los Estados Unidos)</i>	Copago de \$90	<p>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 la página II - 8 para obtener información adicional sobre costos compartidos para servicios de ambulancia.</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 urgentemente necesaria o la atención de emergencia.</p>

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.

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](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

- 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).

