

**Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)**  
**Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)**  
**Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)**

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 Flex

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 a un plan Flex 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?

Los planes Flex de ConnectiCare cuentan con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Para algunos servicios, usted puede usar proveedores inscritos en Medicare que no se encuentran en nuestra red. Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de ConnectiCare, Inc., excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio de atención al cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a servicios fuera de la red. Si recibe atención de un proveedor fuera de la red o no contratado, pagaremos los mismos servicios que cubrimos dentro de la red, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios. Para saber si cubriremos un servicio fuera de la red, usted o su proveedor pueden pedirnos una determinación de la organización previa al servicio. Nuestro número de Servicios para los Miembros es 1-800-224-2273 (TTY: 711), disponible los siete días de la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, hora estándar del este.

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.

**ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-224-2273 (TTY: 711).**

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)
Prima del plan mensual:		
Para beneficiarios de Medicare que viven en los condados de Hartford, Litchfield, Middlesex y Tolland	\$241	\$134
Para beneficiarios de Medicare que viven en los condados de Fairfield, New Haven, New London y Windham	\$241	\$134
Deducible médico	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Monto de gasto máximo de bolsillo ( <i>no incluye medicamentos con receta</i> )	Dentro de la red: \$5,300 anuales  Fuera de la red: \$10,000 anuales	Dentro de la red: \$6,000 anuales  Fuera de la red: \$10,000 anuales
Cobertura de pacientes hospitalizados	Dentro de la red: Copago de \$285 por día, del día 1 al 6, por estadía  Usted no paga nada por día, del día 7 en adelante, por estadía  Fuera de la red: Copago de \$450 por día, del día 1 al 6, por estadía  Usted no paga nada por día, del día 7 en adelante, por estadía	Dentro de la red: Copago de \$375 por día, del día 1 al 4, por estadía  Usted no paga nada por día, del día 5 en adelante, por estadía  Fuera de la red: 30 % del costo por día
Cobertura de pacientes ambulatorios:  • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios ( <i>incluidos servicios de observación</i> )  • Centros de cirugía ambulatoria	Dentro de la red: Copago de \$200  Fuera de la red: 20 % del costo  Dentro de la red: Copago de \$100  Fuera de la red: Copago de \$250	Dentro de la red: Copago de \$250  Fuera de la red: 40 % del costo  Dentro de la red: Copago de \$150  Fuera de la red: 40 % del costo

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3
\$49	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.
\$69	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.
Usted no paga nada	Estos planes no cuentan con un deducible para beneficios médicos.
Dentro de la red: \$5,500 anuales  Fuera de la red: \$10,000 anuales	Este es el máximo que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos durante el año.
Dentro de la red: Copago de \$465 por día, del día 1 al 4, por estadía  Usted no paga nada por día, del día 5 en adelante, por estadía  Fuera de la red: 50 % del costo por día	El costo compartido se aplica cada vez que es internado en un hospital. Cada estadía hospitalaria requiere autorización previa.
Dentro de la red: Copago de \$325  Fuera de la red: 50 % del costo  Dentro de la red: Copago de \$200  Fuera de la red: 50 % del costo	Algunos servicios requieren autorización previa.          Algunos servicios requieren autorización previa.

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)</b>	<b>Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)</b>
Visitas al médico (en el consultorio/virtuales): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico de atención primaria (PCP)</li> <li>• Especialistas</li> </ul>	Dentro de la red: Copago de \$15 por visita  Fuera de la red: Copago de \$40 por visita  Usted no paga nada por el examen físico anual	Dentro de la red: Copago de \$15 por visita  Fuera de la red: Copago de \$50 por visita  Usted no paga nada por el examen físico anual
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 \$35 por visita dentro de los Estados Unidos
Servicios diagnósticos/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 exámenes de diagnóstico</li> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios radiología terapéutica (como radioterapia para el tratamiento del cáncer)</li> </ul>	Dentro de la red: Copago de \$200  Fuera de la red: 40 % del costo  Dentro de la red: Copago de \$10  Fuera de la red: 20 % del costo  Dentro de la red: Copago de \$25  Fuera de la red: 20 % del costo  Dentro de la red: Copago de \$35  Fuera de la red: 20 % del costo  Dentro de la red: 20 % del costo  Fuera de la red: 40 % del costo	Dentro de la red: Copago de \$250  Fuera de la red: 40 % del costo  Dentro de la red: Copago de \$15  Fuera de la red: 40 % del costo  Dentro de la red: Copago de \$25  Fuera de la red: 40 % del costo  Dentro de la red: Copago de \$40  Fuera de la red: 40 % del costo  Dentro de la red: 20 % del costo  Fuera de la red: 40 % del costo

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3
<p>Dentro de la red: Copago de \$5 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p> <p>Usted no paga nada por el examen físico anual</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo 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 \$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>Dentro de la red: Copago de \$275</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$20</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$25</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$45</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p> <p>Dentro de la red: 20 % del costo</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</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>

# Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)</b>	<b>Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)</b>
<p>Servicios de audición:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen auditivo</li> </ul>	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$50 por visita</p>
<p>Servicios dentales: Servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p><b>Servicios dentales preventivos y de diagnóstico:</b> Incluye exámenes bucales, limpiezas, radiografías de aleta de mordida y radiografías panorámicas Panorex o serie completa</p> <p><b>Beneficio suplementario opcional</b></p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$40 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><b>Servicios dentales preventivos e integrales:</b> 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 style="text-align: center;">○</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 (Consulte la página IV-9 para conocer los servicios cubiertos)</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$50 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><b>Servicios dentales preventivos e integrales:</b> 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 style="text-align: center;">○</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 (Consulte la página IV-9 para conocer los servicios cubiertos)</p>

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3
<p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo 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>
<p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p> <p>Usted no paga nada Cubre hasta un examen bucal y una limpieza cada 6 meses</p> <p>Cubre una radiografía estándar 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><b>Servicios dentales integrales:</b></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 (Consulte la página IV-10 para conocer los servicios cubiertos)</p>	<p>Solamente servicios cubiertos por Medicare</p> <p>El plan Flex 3 incluye servicios dentales preventivos como un beneficio del plan</p>



## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)
<p>Servicios dentales (continuación):</p> <p><b>Servicios dentales preventivos (para planes Flex 1 y Flex 2)</b></p> <p><b>Servicios dentales integrales (para planes Flex 1, Flex 2 y Flex 3):</b></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>Usted no paga nada para exámenes orales, limpiezas y radiografías (se aplican limitaciones)</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>Usted no paga nada para exámenes orales, limpiezas y radiografías (se aplican limitaciones)</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"> <li>• Examen de la visión</li> <li>• Accesorios para la vista, de rutina</li> <li>• Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> </ul>	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p>

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3
<p>Incluido como beneficio del plan (consulte la página IV-8)</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>Los servicios dentales preventivos de los planes Flex 1 y Flex 2 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> <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>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p> <p>Dentro de la red: Asignación de \$300 por año calendario</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p> <p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</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>

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)
<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>Dentro de la red: \$1,871 por internación</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo por visita</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo por visita</p>	<p>Dentro de la red: \$1,871 por internación</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo por visita</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo por visita</p>
<p>Centro de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga 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>Fuera de la red: 40 % del costo por día, del día 1 al 100, por período de beneficios</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga 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>Fuera de la red: 40 % del costo por día, del día 1 al 100, por período de beneficios</p>
<p>Fisioterapia</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$50 por visita</p>

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3
<p>Dentro de la red: \$1,871 por internación</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$40 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$40 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo 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.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Dentro de la red: Usted no paga 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>Fuera de la red: 50 % del costo por día, del día 1 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>Dentro de la red: Copago de \$40 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p>	

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)
<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>Dentro de la red: Copago de \$200</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$200</p> <p>Dentro de la red: 20 % del costo</p> <p>Fuera de la red: 20 % del costo</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$300</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$300</p> <p>Dentro de la red: 20 % del costo</p> <p>Fuera de la red: 20 % del costo</p>
Transporte	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos de Medicare Parte B	<p>Dentro de la red: 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>Fuera de la red: 40 % del costo</p>	<p>Dentro de la red: 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>Fuera de la red: 40 % del costo</p>

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3
<p>Dentro de la red: Copago de \$325</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$325</p> <p>Dentro de la red: 20 % del costo</p> <p>Fuera de la red: 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.</p> <p>Algunos servicios que no son de emergencia requieren autorización previa.</p> <p>Los servicios de ambulancia aérea fuera de los Estados Unidos no están cubiertos.</p>
Sin cobertura	
<p>Dentro de la red: 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>Fuera de la red: 50 % del costo</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 Flex**

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

### **Medicamentos con receta para los planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3 (HMO-POS)**

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. 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).

#### **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 Flex

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

### Costo compartido minorista

<b>Planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3 Suministro de medicamentos para 30 días</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>Plan Flex 1 Usted paga</b>	<b>Planes Flex 2 y Flex 3 Usted paga</b>	<b>Usted paga el mayor de:</b>
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$2	\$9	\$2/\$9*	25 %	5 % o \$3.70
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$10	\$20	\$10/\$20*	25 %	5 % o \$3.70
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$300	\$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		27 %	27 %	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 Flex

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

### Costo compartido de pedido por correo

Planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3			
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	\$0	\$10	\$25
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$300	\$42	\$126
Nivel 4: Medicamentos no preferidos		\$95	\$285
Nivel 5: Especialidad		27 %	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:

- Para el plan Flex 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 los planes Flex 2 y Flex 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 Flex

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 Flex

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

Otros beneficios	Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)
Acupuntura	Dentro de la red: Copago de \$30 por visita  Cubre hasta 20 visitas por dolor lumbar crónico cada año  Fuera de la red: Sin cobertura	Dentro de la red: Copago de \$30 por visita  Cubre hasta 20 visitas por dolor lumbar crónico cada año  Fuera de la red: Sin cobertura
Atención de los pies (servicios de podología)  • Tratamiento y exámenes de los pies (exámenes de rutina no cubiertos)	Dentro de la red: Copago de \$30 por visita  Fuera de la red: Copago de \$40 por visita	Dentro de la red: Copago de \$35 por visita  Fuera de la red: Copago de \$50 por visita
Atención quiropráctica	Dentro de la red: Copago de \$20 por visita  Fuera de la red: Copago de \$40 por visita	Dentro de la red: Copago de \$20 por visita  Fuera de la red: Copago de \$50 por visita
Terapia ocupacional, del habla y del lenguaje	Dentro de la red: Copago de \$30 por visita  Fuera de la red: Copago de \$40 por visita	Dentro de la red: Copago de \$35 por visita  Fuera de la red: Copago de \$50 por visita
Terapia cardíaca	Dentro de la red: Copago de \$30 por visita  Fuera de la red: Copago de \$40 por visita	Dentro de la red: Copago de \$35 por visita  Fuera de la red: Copago de \$50 por visita
Terapia cardíaca intensiva	Dentro de la red: Copago de \$100 por visita  Fuera de la red: 50 % del costo por visita	Dentro de la red: Copago de \$100 por visita  Fuera de la red: 50 % del costo por visita
Terapia pulmonar	Dentro de la red: Copago de \$30 por visita  Fuera de la red: Copago de \$40 por visita	Dentro de la red: Copago de \$30 por visita  Fuera de la red: Copago de \$50 por visita
Cuidado de la salud en el hogar	Dentro de la red: Usted no paga nada  Fuera de la red: 40 % del costo	Dentro de la red: Usted no paga nada  Fuera de la red: 40 % del costo

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

<b>Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)</b>	<b>Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3</b>
<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Cubre hasta 20 visitas por dolor lumbar crónico cada año Fuera de la red: Sin cobertura</p>	<p>Se requiere autorización previa.  Límites de visitas: Máximo de 12 visitas en 90 días</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p>	<p>Tratamiento y exámenes si tiene lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes y/o cumple ciertos criterios</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$20 por visita Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p>	<p>Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de su columna vertebral se salen de su posición)</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$40 por visita Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p>	
<p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita Fuera de la red: 50 % del costo por visita Dentro de la red: Copago de \$100 por visita Fuera de la red: 50 % del costo por visita Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red: 50 % del costo</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Otros beneficios	Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)
Hospicio	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Equipo/suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo médico duradero (p. ej., sillas de rueda, oxígeno)</li> <li>Prótesis (p. ej., férulas, extremidades artificiales)</li> </ul>	Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 40 % del costo Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 40 % del costo	Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 40 % del costo Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 40 % del costo
Capacitación y suministros para la diabetes: <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>	Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 20 % del costo Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red: 20 % del costo	Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 30 % del costo Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red: 20 % del costo
Programas de bienestar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Acondicionamiento físico</li> <li>Teladoc®</li> </ul>	Usted no paga nada Dentro de la red: Copago de \$45 por visita Fuera de la red: Sin cobertura	Usted no paga nada Dentro de la red: Copago de \$45 por visita Fuera de la red: Sin cobertura
Artículos de venta libre	Sin cobertura	Sin cobertura
Atención de urgencia 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 Flex

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

<b>Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)</b>	<b>Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3</b>
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.
<p>Dentro de la red: 20 % del costo</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p> <p>Dentro de la red: 20 % del costo</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p>	<p>Algunos servicios requieren autorización previa.</p> <p>Algunos servicios requieren autorización previa.</p>
<p>Dentro de la red: 20 % del costo</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p>	
<p>Usted no paga nada</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$45 por visita</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p>	Incluye el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®
Asignación de \$50 por trimestre – Pedidos por correo únicamente	El saldo no utilizado no se traslada.
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 IV-13 y IV-14 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. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de ConnectiCare, excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio de atención al cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a servicios fuera de la red. 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.
- Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos ciertos servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. Además, deberá efectuar un copago más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados.

