



ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS) ofrecido por ConnectiCare, Inc.

Aviso anual de cambios para 2022

Actualmente está inscrito como miembro de ConnectiCare Flex Plan 3. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto informa sobre los cambios.*

- **Tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Controle los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si estos le afectan.
 - Es importante evaluar su cobertura ahora para asegurarse de que esta cubrirá sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan a los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.5 y 2 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Controle los cambios en el folleto respecto de nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si estos le afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Se encuentran sus medicamentos en una categoría diferente, con una participación en los costos distinta?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como la necesidad de aprobación de parte nuestra antes de llenar su medicamento con receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar estas farmacias?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

- Es posible que sus costos de medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted. Esto puede ahorrarle gastos de bolsillo anuales durante el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite go.medicare.gov/drugprices y haga clic en el enlace “tableros” en el medio de la segunda Nota en la parte inferior de la página. Estos tableros resaltan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información del precio de los medicamentos año a año. Tenga en cuenta que sus beneficios del plan determinarán exactamente cuánto pueden llegar a cambiar sus costos de medicamentos.

- Controle si sus médicos y otros proveedores formarán parte de nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos, incluidos los especialistas que visita con regularidad, en nuestra red?
 - ¿Y qué sucede con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

- Piense en sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en primas y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista que se encuentra en el reverso de su manual *Medicare y Usted 2022*.
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.

- Cuando reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, se le inscribirá en ConnectiCare Flex Plan 3.
- Para cambiar a **otro plan** que podría satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre de 2021**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, se le inscribirá en ConnectiCare Flex Plan 3.
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su cobertura nueva comenzará el **1.º de enero de 2022**. Se cancelará la inscripción de su plan actual automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con el número del Servicio para miembros al **1-800-224-2273** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana.
- También podemos proporcionar información de manera que le sea útil a usted (información en formatos alternativos). Comuníquese con el Servicio para miembros llamando al número que se indicó anteriormente si necesita información del plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura conforme a este Plan califica como cobertura de salud calificada (qualifying health coverage, QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de ConnectiCare Flex Plan 3

- ConnectiCare, Inc. es un plan HMO/HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este folleto diga “nosotros”, “nos” o “nuestro” hace referencia a ConnectiCare Inc. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a ConnectiCare Flex Plan 3.

Resumen de costos importantes para 2022

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2021 y los costos de 2022 de ConnectiCare Flex Plan 3 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.connecticare.com/medicare. También puede llamar al Servicio para miembros para pedir que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$49	\$50
*Su prima puede ser mayor o menor que este importe. Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles).		
Importe del gasto máximo de bolsillo	\$5,500 (Servicios dentro de la red)	\$5,500 (Servicios dentro de la red)
Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para conocer los detalles).	\$10,000 (Servicios fuera de la red)	\$10,000 (Servicios fuera de la red)
Visitas al consultorio médico	<u>Visitas de atención primaria:</u> <u>Dentro de la red</u> Copago de \$5 por visita <u>Fuera de la red</u> 50 % de coseguro por visita <u>Visitas a especialistas:</u> <u>Dentro de la red</u> Copago de \$50 por visita <u>Fuera de la red</u> 50 % de coseguro por visita	<u>Visitas de atención primaria:</u> <u>Dentro de la red</u> Copago de \$5 por visita <u>Fuera de la red</u> 50 % de coseguro por visita <u>Visitas a especialistas:</u> <u>Dentro de la red</u> Copago de \$50 por visita <u>Fuera de la red</u> 50 % de coseguro por visita

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Estancias hospitalarias de pacientes ingresados</p> <p>Incluye hospitalización aguda, rehabilitación de pacientes ingresados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes ingresados. La atención hospitalaria para pacientes ingresados comienza el día en que usted ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día anterior a recibir el alta es su último día de paciente ingresado.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Días 1 a 4: copago de \$465 por día. Coseguro de \$0 por cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un coseguro del 50 % por cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Días 1 a 4: copago de \$465 por día. Coseguro de \$0 por cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un coseguro del 50 % por cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos con receta Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para conocer los detalles).</p>	<p>Deducible: \$300</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$9 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Nivel 2: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Nivel 3: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$42 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Nivel 4: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$100 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i></p>	<p>Deducible: \$300</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$9 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Nivel 2: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Nivel 3: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$42 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Nivel 4: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$100 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i></p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	Usted paga \$95 por medicamento con receta.	Usted paga \$95 por medicamento con receta.
	Medicamentos de Nivel 5: <i>Participación en los costos estándar:</i>	Medicamentos de Nivel 5: <i>Participación en los costos estándar:</i>
	Usted paga el 27 % del costo total.	Usted paga el 27 % del costo total.
	<i>Participación en los costos preferida:</i>	<i>Participación en los costos preferida:</i>
	Usted paga el 27 % del costo total.	Usted paga el 27 % del costo total.

Aviso anual de cambios para 2022
Índice

Resumen de costos importantes para 2022 1

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año..... 6

 Sección 1.1: Cambios en la prima mensual.....6

 Sección 1.2: Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo7

 Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores7

 Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias8

 Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos8

 Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta Parte D9

SECCIÓN 2 Cambios administrativos..... 15

SECCIÓN 3 Qué plan elegir 15

 Sección 3.1: Si desea permanecer en ConnectiCare Flex Plan 315

 Sección 3.2: Si desea cambiar de plan15

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan..... 16

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare 17

SECCIÓN 6 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta 17

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? 18

 Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de ConnectiCare Flex Plan 318

 Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare18

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual	\$49	\$50
(También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).		
Servicios dentales suplementarios opcionales	\$29 O \$39	\$29 O \$39

- Su prima mensual del plan será *mayor* si usted debe pagar una penalidad por inscripción tardía a la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que tenga, como mínimo, la misma calidad de la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si sus ingresos son mayores, es posible que deba pagar un importe adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 para obtener información sobre la “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 1.2: Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo

Con el fin de protegerle, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “importe de gasto máximo de bolsillo”. Cuando alcanza este importe, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Importe del gasto máximo de bolsillo	\$5,500 (Servicios dentro de la red)	\$5,500 (Servicios dentro de la red)
Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo.	\$10,000 (Servicios fuera de la red)	\$10,000 (Servicios fuera de la red) Cuando haya pagado \$5,500 de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B y \$10,000 de su bolsillo por servicios cubiertos fuera de la red de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

El próximo año se aplicarán cambios en nuestra red de proveedores. Puede encontrar una versión actualizada del *Directorio de proveedores* en nuestro sitio web www.connecticare.com/medicare. También puede llamar al Servicio para miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo el *Directorio de proveedores*. **Revise el Directorio de proveedores de 2022 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos implementar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las que su proveedor podría dejar el plan, pero si su médico o especialista realmente deja su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, estamos obligados a proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible de buena fe por avisarle con 30 días de anticipación, como mínimo, que su proveedor dejará nuestro plan, para que tenga tiempo de elegir

un proveedor nuevo.

- Le ayudaremos a elegir un proveedor calificado nuevo, quien seguirá administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que recibe, y trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se administra de manera adecuada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o su especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo que administre su atención.

Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

Es posible que los importes que usted paga por los medicamentos con receta dependan de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si se adquieren en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con una participación en los costos preferida, que pueden ofrecerle una participación en los costos más baja que la participación en los costos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para determinados medicamentos.

El próximo año se aplicarán cambios en nuestra red de farmacias. En nuestro sitio web, www.connecticare.com/medicare encontrará el *Directorio de farmacias* actualizado. También puede llamar al Servicio para miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo el Directorio de farmacias. **Revise el *Directorio de farmacias 2022* para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura de determinados servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para conocer los detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos: lo que está cubierto y lo que usted paga*, de su *Evidencia de Cobertura de 2022*.

Servicios del programa de tratamiento para opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides pueden recibir cobertura de servicios para tratar el trastorno a través de un Programa de tratamiento para opioides que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU.
- Entrega y administración de medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos (si corresponde)
- Orientación sobre el uso de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas de toxicología
- Actividades de ingreso
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios dentales suplementarios opcionales Disponibles por una prima mensual adicional.	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios dentales básicos <ul style="list-style-type: none"> • Restauraciones • Diagnóstico • No de rutina Usted paga el 50 % del costo total de los servicios dentales mayores <ul style="list-style-type: none"> • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia • Cirugía bucal • Dentaduras postizas parciales y completas <p>Prima mensual de \$29 o de \$39 Deducible de \$100 Límite de beneficio anual de \$2,000 o de \$3,000</p> <p>Según la opción comprada</p>	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios dentales básicos <ul style="list-style-type: none"> • Restauraciones • Diagnóstico • No de rutina Usted paga el 50 % del costo total de los servicios dentales mayores <ul style="list-style-type: none"> • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia • Cirugía bucal • Dentaduras postizas parciales y completas <p>Prima mensual de \$29 o de \$39 Deducible de \$100 Límite de beneficio anual de \$2,000 o de \$3,000</p> <p style="text-align: center;">O</p> Usted paga el 50 % del costo total para todos los servicios dentales preventivos e integrales Prima mensual de \$39 Límite de beneficio anual de \$3,500 <p>Según la opción comprada</p>

Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Farmacopea o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de la Lista de medicamentos por vía electrónica.

Efectuamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, lo que incluye cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si un cambio en la cobertura de medicamentos le afecta, puede hacer lo siguiente:

- **Trabaje con su médico (u otro profesional autorizado para recetar) y solicítele al plan que haga la excepción** de cubrir el medicamento.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* (*¿Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?*) o llame al Servicio para miembros.
- **Trabaje con su médico (u otro profesional autorizado para recetar) para buscar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar al Servicio para miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, se nos exige que cubramos un suministro temporal de un medicamento que no está en la Farmacopea durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar la interrupción de la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede recibir un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Puede cambiarse a otro medicamento cubierto por el plan, o bien solicitarle al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual.

Si actualmente tiene una excepción de la lista de medicamentos para 2021, debe presentar una nueva solicitud para una excepción para 2022. Puede presentar su solicitud de excepción de la Farmacopea para 2022 antes de 2022 y, si se aprueba, su excepción de la Farmacopea entrará en vigencia en 2022.

La mayor parte de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el inicio de cada año. Sin embargo, es posible que, durante el año, hagamos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hagamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted podrá seguir trabajando con su médico (u otro profesional autorizado para recetar) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según la agenda y proporcionaremos más información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos llegar a implementar en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de Cobertura*.)

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si se encuentra en un programa que ayuda con el pago de sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta Parte D no se aplique a usted.** Le enviamos un folleto por separado, denominado “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para sus medicamentos con receta” (también denominada “Cláusula de subsidio por bajos ingresos”), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Ya que recibe “Ayuda Adicional”, si no ha recibido este folleto antes del 30 de septiembre de 2021, llame al Servicio para miembros y solicite la “Cláusula de subsidio por bajos ingresos”.

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos”. La cantidad que usted paga por un medicamento Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentra. (Para obtener más información sobre las etapas, puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura*).

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año respecto de las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa de interrupción de cobertura o la Etapa de cobertura en situación catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de la *Evidencia de Cobertura*, la cual se encuentra en nuestro sitio web, www.connecticare.com/medicare. También puede llamar al Servicio para miembros para solicitar que le enviemos una copia de su *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 (marca preferida), de Nivel 4 (medicamento no preferido) y de Nivel 5 (nivel especializado) hasta alcanzar el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$300.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga una participación en los costos estándar de \$9 y una participación en los costos preferida de \$2 por medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos).</p> <p>Una participación en los costos estándar de \$20 por receta y una participación en los costos preferida de \$10 por medicamentos del Nivel 2 (genéricos).</p> <p>Y el costo total de los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (nivel especializado) hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$300.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga una participación en los costos estándar de \$9 y una participación en los costos preferida de \$2 por medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos).</p> <p>Una participación en los costos estándar de \$20 por receta y una participación en los costos preferida de \$10 por medicamentos del Nivel 2 (genéricos).</p> <p>Y el costo total de los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (nivel especializado) hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios en la participación en los costos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos, de su Evidencia de Cobertura.*

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Cuando usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su participación en los costos de sus medicamentos y usted paga la participación en los costos que le corresponde.</p> <p>Los costos de esta hilera corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando usted llena sus recetas en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura.</i></p> <p>Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para</p>	<p>Su costo por un mes de suministro en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$9 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferida): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$42 por medicamento con receta.</p>	<p>Su costo por un mes de suministro en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$9 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferida): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$42 por medicamento con receta.</p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>saber si sus medicamentos estarán en una categoría diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$100 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$95 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5 (nivel especializado): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el 27 % del costo total. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el 27 % del costo total.</p> <hr/> <p>Cuando el total de sus costos de medicamentos sea de \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de cobertura).</p>	<p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$100 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$95 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5 (nivel especializado): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el 27 % del costo total. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el 27 % del costo total.</p> <hr/> <p>Cuando el total de sus costos de medicamentos sea de \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de cobertura).</p>

Cambios en las etapas de interrupción de cobertura y cobertura en situación catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de interrupción de cobertura y la Etapa de cobertura en situación catastrófica, son para personas con costos de medicamentos altos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de interrupción de cobertura o la Etapa de cobertura en situación catastrófica.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Administrador dental	Nuestro beneficio dental es administrado por DentaQuest.	Nuestros beneficios dentales. Nuestro administrador cambiará de DentaQuest a Healthplex para 2022.
Farmacia de pedidos por correo	Su plan no tiene una farmacia de pedidos por correo preferida en la red.	Su plan incluye una farmacia de pedidos por correo preferida en la red.

SECCIÓN 3 Qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea permanecer en ConnectiCare Flex Plan 3

Si desea permanecer en nuestro plan, **no necesita hacer nada**. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre de 2021, se le inscribirá automáticamente en nuestro ConnectiCare Flex Plan 3.

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare de forma oportuna.
- *O* puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare o no. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible penalidad por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2022*, llame a su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre planes en su área usando el Buscador de planes Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí podrá encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes Medicare.**

Recordatorio: ConnectiCare, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los importes de participación en los costos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el plan nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en ConnectiCare Flex Plan 3.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en ConnectiCare Flex Plan 3.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud de cancelación de inscripción por escrito. Comuníquese con el Servicio para miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en la Sección 7.1 de este folleto).
 - *O* comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2022.

¿Hay otros momentos del año para efectuar un cambio?

En determinadas situaciones, también se permite hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, de las personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda Adicional” en el pago de sus medicamentos, aquellas que tienen o dejan la cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicio tienen permitido efectuar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2022, y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En Connecticut, el SHIP se llama CHOICES (programa de Connecticut para asistencia con el seguro de salud, difusión, información y derivación, consejería, detección de elegibilidad [Connecticut's program for Health insurance assistance, Outreach, Information and referral, Counseling, Eligibility Screening]).

CHOICES es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería **gratuita** local sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los consejeros de CHOICES pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare.

Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a CHOICES al 1-800-994-9422. Para obtener más información sobre CHOICES, visite el sitio web (www.ct.gov/agingservices).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta

Puede calificar para recibir ayuda con el pago de los medicamentos con receta.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir “Ayuda Adicional” a fin de pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de sus medicamentos con receta, coseguro y deducibles anuales. Además, quienes califiquen no estarán sujetos a la interrupción de cobertura ni a la penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y no lo saben. Para saber si califica, llame aquí:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 am y las 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes);
 - La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con la participación en los costos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que ayudan a salvar vidas. Las personas deben cumplir determinados criterios, lo que incluye una prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y condición de persona sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA califican para la asistencia de participación en los costos de medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Connecticut (CADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Connecticut al 1-800-424-3310.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de ConnectiCare Flex Plan 3

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Servicio para miembros al 1-800-224-2273 (solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2022* (esta contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para conocer los detalles, busque el ConnectiCare Flex Plan 3 en la *Evidencia de Cobertura de 2022*. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Allí se explican sus derechos y las reglas que debe cumplir para obtener los medicamentos con receta y los servicios cubiertos. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.connecticare.com/medicare. También puede llamar al Servicio para miembros para pedir que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.connecticare.com/medicare. A modo de recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea/Lista de medicamentos).

Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Este incluye información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre planes disponibles en su área usando el Buscador de planes Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información acerca de los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. Todos los años en otoño, este folleto se envía por correo postal a las personas que tienen Medicare. Allí se incluye un resumen de las protecciones,

los derechos y los beneficios de Medicare, y respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.