

# Plan ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP)

## Resumen de beneficios del plan Medicare Advantage de 2022

Este es un resumen de servicios de salud y medicamentos cubiertos por ConnectiCare Insurance Company, Inc.

Del 1.º de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Tenga en cuenta: No se requieren referidos para este plan.

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 y le enviaremos una copia.

### Inscripción y elegibilidad

Para inscribirse en y seguir siendo elegible para el plan **ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP)**, debe:

- Ser elegible para Medicare Parte A,
- Estar inscrito en Medicare Parte B,
- Estar inscrito en el programa de Medicaid de Connecticut (HUSKY Health), y
- Residir en nuestra área de servicio.

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

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

El plan **ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP)** cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no son parte de nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios, excepto en casos de emergencia.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los de 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.

Su participación en los costos será la misma si compra sus medicamentos cubiertos de la Parte D en una de las farmacias "preferidas" de nuestra red o en una de nuestras farmacias "estándar".

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

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

## **Contacto**

Para obtener más información, llámenos al número de teléfono que aparece a continuación o visítenos en **[connecticare.com/medicare](https://connecticare.com/medicare)**. Número de teléfono gratuito: **877-224-8220**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Del 1 de octubre al 31 de marzo, podrá llamarnos los 7 días de la semana de 8 am a 8 pm. Del 1 de abril al 30 de septiembre, podrá llamarnos de lunes a viernes de 8 am a 8 pm.

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual "**Medicare y Usted**". Véalo por Internet en **[medicare.gov](https://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**.

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Plan ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP)</b>
<b>Prima mensual del plan</b>  Debe continuar pagando Medicare Parte B, salvo que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B.	Usted no paga nada
<b>Deducible</b>	Usted no paga nada
<b>Monto de gasto máximo de bolsillo</b> <i>(no incluye medicamentos con receta)</i>  Este es el máximo que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos durante el año.	\$7,550
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados</b> <i>(podría requerir aprobación)</i>	Usted no paga nada
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b> <i>(podría requerir aprobación)</i>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <i>(podría requerir aprobación)</i></li> <li>• Centros de cirugía ambulatoria</li> </ul>	Usted no paga nada  Usted no paga nada
<b>Visitas al médico</b> <i>(en el consultorio/virtuales)</i>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de atención primaria (PCP)</li> <li>• Especialista</li> </ul>	Usted no paga nada Usted no paga nada por el examen físico anual. Usted no paga nada
<b>Atención preventiva</b>  Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes	Usted no paga nada  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prueba de densidad ósea</li> <li>- Examen de detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>- Examen de chequeo cardiovascular</li> <li>- Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</li> <li>- Examen de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>- Examen de detección de depresión</li> <li>- Examen de detección de diabetes</li> <li>- Examen de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>- Vacunas, incluidas vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y vacunas antineumocócicas</li> <li>- Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez) y visita anual de "Bienestar" (todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato estarán cubiertos).</li> </ul>
<b>Atención de emergencia</b>	Usted no paga nada

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP)
<b>Servicios urgentemente necesarios</b>	Usted no paga nada
<b>Atención urgente/de emergencia en todo el mundo</b> (cobertura fuera de los Estados Unidos y territorios de los EE. UU.)	Sin cobertura
<b>Servicios diagnósticos/laboratorio/ imágenes:</b> <i>(puede requerir aprobación)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de radiología de diagnóstico (p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI]):</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Procedimientos y exámenes de diagnóstico</li> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<p>Usted no paga nada</p> <p>Usted no paga nada</p> <p>Usted no paga nada</p> <p>Usted no paga nada</p>
<b>Servicios de audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio, uno cada año</li> <li>• Audífonos</li> </ul>	<p>Usted no paga nada</p> <p>Evaluación y ajuste: Usted no paga nada Asignación máxima de hasta \$1,500 cada año</p>
<b>Servicios dentales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios preventivos y diagnósticos Incluye exámenes bucales, limpiezas, tratamientos con fluoruro, radiografías de aleta de mordida y series completas (radiografías panorámicas Panorex)</li> <li>• Servicios dentales integrales <i>(pueden requerir aprobación)</i>                      Servicios de restauración: Puente fijo; coronas e incrustaciones                       Endodoncia, periodoncia, extracciones: Terapia de tratamiento de conducto, raspado y alisado periodontal, cirugía periodontal y mantenimiento, extracciones y cirugía bucal                       Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios: Dentaduras postizas parciales y completas, ajustes de dentaduras postizas, recementado de puentes fijos e implantes</li> </ul>	<p>Usted no paga nada</p> <p>Usted no paga nada</p> <p>Cubre uno cada 6 meses: exámenes orales, limpiezas, aplicaciones de fluoruro y radiografías estándares</p> <p>Cubre uno cada 36 meses: una serie completa de radiografías</p> <p>Usted no paga nada</p> <p>Usted no paga nada</p> <p>Usted no paga nada</p> <p>Límite anual de \$2,000 sobre todos los servicios dentales, incluida la atención preventiva</p>

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP)
<p><b>Servicios de la visión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de la vista Usted tiene cobertura para un examen de la visión de rutina por año y para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares.</li> <li>Accesorios para la vista, de rutina</li> <li>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas (debe obtener los accesorios para la vista en un plazo de 12 meses después de la cirugía).</li> </ul>	<p>Usted no paga nada</p> <p>Asignación de hasta \$500 de accesorios para la vista cada año</p> <p>Los accesorios para la vista de rutina deben ser distribuidos por los proveedores participantes de EyeMed. Visite: <b>eyemedvisioncare.com</b>, haga clic en "Find an eye doctor" (Buscar un oftalmólogo) y en el menú desplegable de la red elija "Insight Network" (Red Insight) o llame al número gratuito <b>833-337-3134</b>.</p> <p>Usted no paga nada</p>
<p><b>Servicios de salud mental</b> (podría requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visita de paciente ingresado:</li> <li>Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios (en el consultorio únicamente)</li> <li>Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios (en consultorio/virtual)</li> </ul>	<p>Usted no paga nada</p> <p>Usted no paga nada</p> <p>Usted no paga nada</p>
<p><b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b> (puede requerir aprobación)</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. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.</p>	<p>Usted no paga nada</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p>
<p><b>Fisioterapia</b></p>	<p>Usted no paga nada</p>
<p><b>Ambulancia</b> (aérea y terrestre)</p> <p>Algunos servicios que no son de emergencia requieren autorización previa.</p>	<p>Usted no paga nada</p>
<p><b>Transporte</b> (no emergencia)</p>	<p>Sin cobertura</p>

## Medicamentos con receta para el plan ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP)

Medicamentos de Medicare Parte B	
<p>Cubrimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su médico. <i>(puede requerir aprobación)</i></p> <p>Se puede requerir el tratamiento escalonado para algunos medicamentos de la Parte B.</p>	<p>Usted no paga nada</p>

## Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

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

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

### Costos de los medicamentos con receta

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

## Participación en los costos de medicamentos con receta Parte D para un suministro de 30 días de medicamentos cubiertos

La participación en los costos puede cambiar al ingresar a otra fase del beneficio de la Parte D.

Nombre del nivel	Etapa de cobertura inicial	Etapa de interrupción de cobertura	Etapa de cobertura contra catástrofes
Todos los medicamentos de la farmacopea	Medicamentos genéricos/preferidos de diversos laboratorios: de \$0 a \$3.95  Todos los demás medicamentos: de \$0 a \$9.85  El importe que usted paga está determinado por el medicamento con receta y su subsidio por bajos ingresos (LIS). Consulte su Cláusula LIS y/o la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre lo que paga.		\$0

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

## Beneficios adicionales

Beneficios	Plan ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP)
<b>Acupuntura</b> <i>(podría requerir aprobación)</i>	Usted no paga nada  Cubre hasta 20 visitas por dolor lumbar crónico cada año (máximo de 12 visitas en 90 días).
<b>Atención de los pies</b> <i>(servicios de podología)</i>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento y exámenes de los pies</li> </ul> Si tiene lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes y/o cumple ciertos criterios, se cubren los tratamientos y los exámenes.	Usted no paga nada
<b>Atención quiropráctica</b>  Se cubre solamente la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de su columna vertebral se salen de su posición).	Usted no paga nada
<b>Terapia ocupacional, del habla y del lenguaje</b>	Usted no paga nada
<b>Terapia cardíaca</b>	Usted no paga nada
<b>Terapia pulmonar</b> <i>(podría requerir aprobación)</i>	Usted no paga nada
<b>Cuidado de salud en el hogar</b> <i>(podría requerir aprobación)</i>	Usted no paga nada
<b>Hospicio</b>  Original Medicare, y no nuestro plan, pagará los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal.	Usted no paga nada
<b>Equipo/suministros médicos</b> <i>(podría requerir aprobación)</i>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero <i>(p. ej., sillas de rueda, oxígeno)</i></li> <li>• Prótesis/suministros médicos <i>(p. ej., férulas, extremidades artificiales)</i></li> </ul>	Usted no paga nada  Usted no paga nada
<b>Capacitación y suministros para la diabetes</b>  <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>	Usted no paga nada  Usted no paga nada
<b>Díálisis renal</b>	Usted no paga nada



Beneficios	Plan ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP)
<p><b>Programas de bienestar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea directa de enfermería</li> <li>• Acondicionamiento físico</li> </ul>	<p>Usted no paga nada</p> <p>Incluye un servicio de línea directa de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los miembros pueden hablar de manera confidencial y personalizada con un profesional de enfermería registrado, en cualquier momento. Los integrantes del personal de enfermería están capacitados para brindar orientación telefónica y apoyo clínico con respecto a preguntas y cuestiones cotidianas de salud. Llame al <b>877-489-0963</b> si tiene preguntas médicas y de salud que no sean de emergencia.</p> <p>SilverSneakers®: Usted no paga nada</p>
<p><b>Artículos de venta libre elegibles</b></p> <p>El importe no utilizado no se transfiere al mes siguiente.</p> <p>Para obtener información adicional, visite <a href="http://connecticare.com/otc">connecticare.com/otc</a></p>	<p>Cubre hasta \$100 cada mes solo por pedido por correo</p> <p>Beneficio máximo de \$1,200 por año</p>

# Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

## Declaración de beneficios de Medicaid y protecciones de participación en los costos

### Elegibilidad

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

### Participación en los costos y protecciones de participación en los costos para todos los miembros

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

Si recibe servicios cubiertos de un proveedor no participante, es posible que se le exija pagar una participación en los costos de acuerdo con su condición de Medicaid, que se detalla a continuación.

**Beneficio completo de doble elegibilidad (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Puede ayudar a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y otra participación en los costos (como deducibles, coseguro y copagos). Elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid.

**Beneficiario específico de Medicare de bajos ingresos con beneficios adicionales (Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus, SLMB+):** Pago de sus primas de Medicare Parte B y los beneficios completos de Medicaid.

**Beneficiario calificado de Medicare con beneficios adicionales (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Pago de sus primas de Medicare Parte A y Parte B, deducibles, participación en los costos (excepto los copagos de la Parte D) y los beneficios completos de Medicaid.

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY Health)

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

Beneficio	Limitaciones
<b>Acupuntura</b>	Se cubre cuando es médicamente necesario, se aplican las reglas de cobertura de Medicaid.
<b>Pruebas/vacunas contra la alergia</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Ambulancia: Ambulancia aérea y terrestre de emergencia</b>	Solamente para emergencias (Llame al 911 para pedir una ambulancia terrestre de emergencia).
<b>Ambulancia: Ambulancia aérea que no sea de emergencia</b>	Al proveedor apropiado más cercano para un servicio aprobado. Comuníquese con Veyo, una compañía de Total Transit, al <b>855-478-7350</b> o con <b>ct.ridewithveyo.com</b>
<b>Salud del comportamiento</b> (Salud mental y tratamiento por uso de sustancias)	Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios clínicos médicos independientes para pacientes ambulatorios</li><li>• Servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes ambulatorios</li><li>• Servicios clínicos independientes de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</li><li>• Servicios de hospitalización psiquiátrica de emergencia y para pacientes hospitalizados</li><li>• Servicios de profesionales individuales</li></ul> Comuníquese con Connecticut Behavioral Health Partnership en <b>ctbhp.com</b> o al <b>877-552-8247</b> para obtener información detallada sobre la cobertura de beneficios.

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY Health)

Beneficio	Limitaciones
<b>Anticonceptivos</b>	Requiere receta para todos los métodos anticonceptivos obtenidos en una farmacia. Se aplican límites mensuales para los condones. La píldora del día después del Plan B también está cubierta con receta.
<b>Cuidados cardíacos</b> <i>(incluye las pruebas de diagnóstico y detección)</i>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Programa de rehabilitación cardíaca</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente. Se requiere de autorización previa.
<b>Quiropráctico</b>	<b>Edades desde el nacimiento hasta los 20 años:</b> Limitado a ciertos servicios específicos proporcionados por un quiropráctico independiente o dentro de una clínica/centro de salud. <b>Mayores de 21 años:</b> Se limita solamente a ciertos servicios específicos proporcionados en un centro de salud aprobado por el gobierno federal.
<b>Cobertura dental</b>	Servicios dentales preventivos e integrales cubiertos. Comuníquese con Dental Health Partnership en <b>ctdhp.com</b> o al <b>855-283-3682</b> para obtener información detallada sobre la cobertura de beneficios.
<b>Diálisis</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Pañales y artículos para la incontinencia en adultos</b>	<b>Edades desde el nacimiento hasta los 2 años:</b> Sin cobertura. <b>3 años o más:</b> Se cubre cuando es necesario por razones médicas. Se requiere receta.
<b>Suministros para diabéticos como:</b> <i>monitores de glucosa en sangre, toallitas húmedas con alcohol, tiras de prueba (de orina, de sangre o reactivas), lancetas</i>	<b>Edades desde el nacimiento hasta los 20 años:</b> Cubierto por el beneficio de farmacia o por el beneficio de equipo médico. <b>Mayores de 21 años:</b> Cubierto solo bajo el beneficio de Equipo médico.  Los suministros para la diabetes, como medidores para diabéticos, tiras reactivas y lancetas, así como los artículos auxiliares adicionales, se agregarán a la Lista de productos preferidos de Medicaid y estarán cubiertos como parte del beneficio de farmacia para los miembros de HUSKY A, C y D de 21 años de edad o más. Las reclamaciones de farmacia presentadas para clientes menores de 21 años para HUSKY A, C y D también estarán sujetas a la Lista de productos preferidos de Medicaid.  <i>La insulina está cubierta para todas las edades bajo el beneficio de farmacia.</i>
<b>Zapatos/insertos para diabéticos</b>	<b>Más de 21 años de edad:</b> Se cubren 2 pares por año calendario sin autorización previa.
<b>Servicios de emergencia/atención de urgencia</b>	<b>Dentro del estado:</b> Cubierto por un médico/consultorio de APRN/ CNM y PA inscrito o parte de un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios. <b>Fuera del estado:</b> Sin cobertura a menos que la visita sea médicamente necesaria Y el proveedor se inscriba en HUSKY Health. <b>Fuera del país:</b> Los servicios de emergencia no están cubiertos cuando se reciben fuera de los EE. UU. o los territorios de los EE. UU.
<b>Planificación familiar</b> (para atención continua) (incluye anticonceptivos, exámenes, pruebas y tratamientos para enfermedades de transmisión sexual y VIH. Véase también Anticonceptivos y Maternidad)	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Pruebas genéticas</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY Health)

Beneficio	Limitaciones
<b>Ginecología</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Exámenes de audición</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Audífonos</b>	<b>HUSKY Health A, C, D:</b> 1 par cada 3 años.
<b>Baterías para audífonos</b>	Requiere receta.
<b>Cuidado de salud en el hogar:</b>	
<b>Visitas de enfermería especializada en el hogar</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente. <b>Visitas de maternidad:</b> Se limitan a servicios para mujeres con embarazos de alto riesgo.
<b>Visitas a domicilio de un asistente para atención de la salud en el hogar</b>	Debe proporcionar cuidados físicos prácticos ( <i>para alimentar, bañar, ir al baño, vestir o caminar</i> ). Los servicios de custodia o de ama de casa/acompañante no están cubiertos.
<b>Visitas de fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y/o terapia del habla (ST) en el hogar</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Visitas prolongadas a domicilio de profesional de enfermería especializado (turnos de cuidado)</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Hospicio en el hogar</b> <i>La atención de hospicio está dirigida a la atención de alivio y a aliviar los síntomas de las enfermedades terminales. Por lo general, no incluye un tratamiento destinado a curar. Para hospicio para pacientes hospitalizados, consulte Atención para pacientes hospitalizados en un hospicio.</i>	Los servicios de hospicio están disponibles para los miembros a quienes se les diagnostica una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos. <b>Edades desde el nacimiento hasta los 20 años:</b> Los miembros pueden recibir tratamiento destinado a la curación al mismo tiempo que reciben atención de hospicio.
<b>Servicios a domicilio de infusión en el hogar</b> <i>(medicamentos intravenosos en el hogar)</i>	<b>Edades desde el nacimiento hasta los 20 años:</b> Con cobertura si resulta necesario médicamente. <b>Mayores de 21 años:</b> La agencia de atención médica domiciliaria les enseñará a los miembros a administrarse sus propios medicamentos.
<b>Visitas de enfermería en el hogar para afecciones de salud conductual</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente. Comuníquese con Connecticut Behavioral Health Partnership en <b>ctbhp.com</b> o al <b>877-552-8247</b> para obtener información detallada sobre la cobertura de beneficios.
<b>Atención de hospicio para pacientes hospitalizados</b> <i>La atención de hospicio tiene como objetivo la comodidad y el alivio de los síntomas de los enfermos terminales. Por lo general, no incluye un tratamiento destinado a curar.</i>	Los servicios de hospicio para pacientes hospitalizados están disponibles para los miembros a quienes se les diagnostica una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos.

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY Health)

Beneficio	Limitaciones
<b>Atención en hospital:</b>	
<b>Paciente hospitalizado</b>	Las hospitalizaciones y las visitas al médico mientras usted está hospitalizado están cubiertas cuando son médicamente necesarias.
<b>Paciente ambulatorio</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Atención hospitalaria especializada a largo plazo</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Servicios de laboratorio</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Centro de enfermería especializada de atención a largo plazo</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Maternidad (prenatal, parto y posparto)</b>  <b>Sacaleche</b>	<b>Nacimientos en el hospital:</b> Sin limitaciones. <b>Nacimientos en el hogar:</b> Cubierto. <b>Sacaleche:</b> Se cubren cuando nace el bebé. Se requiere una receta a nombre de la madre. Nota: Los extractores de leche manuales y eléctricos se pueden entregar antes de una admisión hospitalaria, pero no antes del tercer (3.er) trimestre de embarazo de la miembro. <b>Clases de parto/lamaze:</b> Sin cobertura.
<b>Equipo médico</b> <i>(para uso en el hogar)</i> Definición: <i>Equipo reutilizable que puede resistir el uso repetido y que generalmente se utiliza para fines médicos. Incluye artículos como andadores, sillas de ruedas, equipos para la apnea del sueño, sacaleches, etc.</i>	Deben ser médicamente necesarios y cumplir con la definición de equipo médico (consulte Beneficio). Se requiere receta.
<b>Suministros médicos</b> <i>Descartables como gasas, guantes, jeringas</i>	Se requiere receta. Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Naturopatía</b>	<b>Edades desde el nacimiento hasta los 20 años:</b> Limitado a algunos servicios específicos; cubierto cuando es médicamente necesario. <b>Mayores de 21 años:</b> La atención está cubierta solo cuando se presta en un hospital o una clínica ambulatoria.
<b>Asesoramiento nutricional</b>	El asesoramiento nutricional está cubierto cuando es recibido por un médico, APRN o asistente médico como parte de una visita al consultorio o cuando es parte de una visita a una clínica, centro de salud comunitario o clínicas inscritas CMAP (incluidos centros de certificación federal [FQHC] y clínicas para paciente ambulatorio). El asesoramiento nutricional con un nutricionista registrado independiente no está cubierto.
<b>Ortopedia</b> <i>Receta de plantillas de soporte hechas a medida para tratar las condiciones de los pies y tobillos</i>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY Health)

Beneficio	Limitaciones
<b>Farmacía</b> <i>Medicamentos con receta Medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos</i>	Se requiere una receta incluso para medicamentos de venta libre (vitaminas, medicamentos y suplementos) que están cubiertos; se aplican algunos límites. Algunas recetas requieren autorización previa.
<b>Prótesis</b> <i>Un dispositivo artificial para reemplazar una parte del cuerpo faltante. La parte del cuerpo puede faltar debido a un traumatismo, una enfermedad o una afección congénita.</i>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Servicios de rehabilitación:</b> <b>Pacientes ambulatorios</b> <i>Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla</i> <b>Pacientes hospitalizados</b> <i>Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla (Para solicitar servicios a domicilio, véase Cuidado de salud en el hogar)</i>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Cirugía:</b>	
<b>Bariátrico</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Cosmética</b>	La cirugía que se considera cosmética no está cubierta.
<b>Paciente hospitalizado</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Paciente ambulatorio</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Reconstructiva</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Cirugía transgénero/de reasignación</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Transporte para sus citas médicas</b>	Debe ser transporte para recibir un servicio que HUSKY Health cubra. Comuníquese con Veyo, una compañía de Total Transit, al <b>855-478-7350</b> o con <b>ct.ridewithveyo.com</b>
<b>Atención de urgencia/sin cita previa (dentro del estado)</b>	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
<b>Cuidado de la vista, anteojos y lentes de contacto</b>	<b>Anteojos para mayores de 21 años:</b> Se aplican algunos límites al tipo de marcos y lentes. También se aplican límites sobre la frecuencia con la que puede obtener anteojos. Reembolso limitado de CT Medicaid a 1 par de anteojos una vez cada dos años calendario consecutivos, a menos que haya un cambio en la visión que requiera un nuevo par de anteojos. <b>Lentes de contacto:</b> Solo se cubren para ciertos diagnósticos.
<b>Pelucas</b>	Requiere receta. Llame a Servicios de participación de miembros al <b>800-859-9889</b>

Para obtener información sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de Connecticut al **800-842-1508** o visite **ct.gov/dss**.

ConnectiCare Insurance Company, Inc. es un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Connecticut. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato. SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas comerciales de Tivity Health, Inc. ©2021 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. ©2021 ConnectiCare, Inc. & Affiliates

# Lista de verificación previa a la inscripción 2022

Antes de tomar una decisión en cuanto a la inscripción, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante del Servicio de atención al cliente al **877-224-8220** (TTY: **711**), de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana.

## Información sobre los beneficios

- Consulte la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), en particular para aquellos servicios por los cuales visita a su médico con más frecuencia. Visite [connecticare.com/medicare](https://connecticare.com/medicare) o llame al **877-224-8220** (TTY: **711**) para ver una copia de la EOC.
- Consulte el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que actualmente consulta estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que es probable que deba seleccionar un médico nuevo.
- Consulte el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta se encuentre dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia en donde surtir sus recetas.

## Información sobre reglas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B. Por lo general, esta prima se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2023.
- Salvo emergencias o situaciones urgentes, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Este plan es un Plan de necesidades especiales (D-SNP) con doble elegibilidad. Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.