

# Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)

## Resumen de beneficios del plan Medicare Advantage de 2022

Este es un resumen de servicios de salud cubiertos por ConnectiCare, Inc.

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

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.

### ¿Quiénes pueden inscribirse?

Para inscribirse en el **plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)**, usted 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.

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

El **plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)** cuenta con una red de médicos, hospitales y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no son parte de nuestra red, es posible que no paguemos estos servicios, excepto en casos de emergencia o situaciones de atención de urgencia. Puede ver el directorio de proveedores de nuestro plan en nuestro sitio web [connecticare.com/medicare](https://connecticare.com/medicare). O bien, llámenos y le enviaremos una copia.

El **plan ConnectiCare Choice 2 NO cubre los medicamentos de la Parte D.**

Este plan cubre medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

## Contacto

Para obtener más información, llámenos al número de teléfono que aparece a continuación o visítenos en **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** u obtenga una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)
<b>Prima mensual del plan</b> <i>(para todos los condados de Connecticut)</i>	\$0 Además, debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.
<b>Deducible médico</b>	Usted no paga nada
<b>Responsabilidad de gasto máximo de bolsillo</b> <i>(no incluye medicamentos con receta)</i>	\$6,000 por año Este es el máximo que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos durante el año.
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados</b> <i>(podría requerir aprobación)</i>	Copago de \$295 por día, del día uno al seis, por estadía. Usted no paga nada por día, del día 7 en adelante, por estadía.
<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>(incluidos los servicios de observación)</i></li> <li>• Centros de cirugía ambulatoria</li> </ul>	Copago de \$200  Copago de \$100
<b>Visitas al médico</b> <i>(en consultorio/virtual)</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. Copago de \$10 por visita
<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>– Prueba de detección de depresión</li> <li>– Prueba de detección de diabetes</li> <li>– Examen de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>– Vacunas incluidas: las vacunas contra la gripe, la hepatitis B y las 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>

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)
<p><b>Atención de emergencia</b></p>	<p>Copago de \$90 por visita dentro de los Estados Unidos</p> <p>Si usted ingresa en el hospital en un plazo de un día, no tiene que pagar su participación en el costo por la atención de emergencia.</p>
<p><b>Servicios urgentemente necesarios</b></p>	<p>Copago de \$10 por visita dentro de los Estados Unidos</p>
<p><b>Servicios diagnósticos/análisis de laboratorio/imagenología</b> (podría requerir aprobación)</p> <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> <li>• Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el tratamiento del cáncer)</li> </ul>	<p>Copago de \$175</p> <p>Copago de \$10</p> <p>Copago de \$25</p> <p>Copago de \$35</p> <p>20 % del costo</p>
<p><b>Servicios de audición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio, uno cada año</li> </ul>	<p>Copago de \$10 por visita</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios preventivos y de diagnóstico Servicios dentales</li> </ul> <p>Incluye exámenes bucales, limpiezas, radiografías de aleta de mordida y series completas (radiografías panorámicas Panorex)</p> <p><b>Beneficio suplementario opcional</b></p> <p><b>Opciones de PPO</b></p>	<p>Copago de \$10</p> <p>Usted no paga nada Cubre hasta un examen bucal, una limpieza y tratamiento con fluoruro 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 (vea a continuación).</p> <p><b>Prima mensual de \$29</b></p> <p>Deducible para el año calendario de \$100</p> <p>Máximo de beneficios anuales de \$2,000</p> <p><b>o</b></p> <p><b>Prima mensual de \$39</b></p> <p>Deducible para el año calendario de \$100</p> <p>Máximo de beneficios anuales de \$3,000</p>

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios dentales integrales (podría requerir aprobación)</li> </ul> <p>Servicios de restauración: Puente fijo; coronas e incrustaciones</p> <p>Endodoncia, periodoncia, extracciones: Terapia de tratamiento de conducto, raspado y alisado periodontal, cirugía periodontal y mantenimiento, extracciones y cirugía bucal</p> <p>Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios: Dentaduras postizas parciales y completas, ajustes de dentaduras postizas, recementado de puentes fijos e implantes</p> <p><b>Opción de indemnización</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios dentales preventivos e integrales</li> </ul>	<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>50 % del costo después de alcanzar el deducible para el año calendario de \$100</p> <p><b>Prima mensual de \$39</b></p> <p>Máximo de beneficios anuales de \$3,500. Usted paga el 50 % del costo por todos los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Servicios de la visión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de la visión 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.</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>Copago de \$10 por visita</p> <p>Hasta \$500 cada año</p> <p>Usted no paga nada</p>

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)
<p><b>Servicios de salud mental</b> <i>(podría requerir aprobación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita de pacientes hospitalizados</li> <li>• Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios <i>(en el consultorio únicamente)</i></li> <li>• Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <i>(en consultorio/virtual)</i></li> </ul>	<p>\$1,871 por admisión</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días por estadía de salud mental del paciente ingresado. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida" siempre que la estadía esté cubierta bajo el plan. Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para servicios de salud mental del paciente ingresado en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>El costo compartido se aplica cada vez que es hospitalizado en un centro psiquiátrico.</p> <p>Copago de \$10 por visita</p> <p>Copago de \$10 por visita</p>
<p><b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b> <i>(podría requerir aprobación)</i></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. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <p>Usted no paga nada por día, del día uno al 20, por período de beneficios</p> <p>Copago de \$184 por día, del día 21 al 100, por período de beneficios</p>
<p><b>Fisioterapia</b></p>	<p>Copago de \$10 por visita</p>

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)
<p><b>Ambulancia</b> (podría requerir aprobación; no se exime en caso de internación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terrestre</li> <li>• Ambulancia aérea</li> <li>• Ambulancia terrestre en todo el mundo</li> </ul> <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>No tiene cobertura para servicios de ambulancia aérea fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>Copago de \$50</p> <p>20 % del costo</p> <p>Copago de \$50</p>
<p><b>Transporte</b> (no emergencia)</p>	<p>Sin cobertura</p>

## Medicamentos con receta para el plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)

### MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B

#### Medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B

Cubrimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su médico.  
*(podría requerir aprobación)*

Se puede requerir el tratamiento escalonado para algunos medicamentos de la Parte B.

10 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare **en el hogar**

20 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare **dispensados en una farmacia de venta al detalle, en una farmacia de pedidos por correo, en el consultorio del médico y en una instalación para pacientes ambulatorios**



## Beneficios adicionales

Beneficios	Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)
<b>Acupuntura</b> <i>(podría requerir aprobación)</i>	Copago de \$30 por visita 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 (exámenes de rutina no cubiertos)</li> </ul> Si tiene lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes y/o cumple ciertos criterios, se cubren los tratamientos y los exámenes.	Copago de \$10 por visita
<b>Atención quiropráctica</b> Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de su columna vertebral se salen de su posición)	Copago de \$20 por visita
<b>Terapia ocupacional, del habla y del lenguaje</b>	Copago de \$10 por visita
<b>Terapia cardíaca</b>	Copago de \$10 por visita
<b>Terapia cardíaca intensiva</b>	Copago de \$100 por visita
<b>Terapia pulmonar</b> <i>(puede requerir aprobación)</i>	Copago de \$10 por visita
<b>Cuidado de salud en el hogar</b> <i>(podría requerir aprobación)</i>	Usted no paga nada
<b>Hospicio</b> 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 usted deba pagar parte del costo de los medicamentos y el cuidado de relevo.	Usted no paga nada
<b>Suministros/Equipos médicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo médico duradero <i>(p. ej., sillas de rueda, oxígeno)</i></li> <li>Prótesis <i>(p. ej., férulas, extremidades artificiales)</i></li> </ul>	Usted no paga nada  Usted no paga nada

Otros beneficios	Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)
<p><b>Suministros y capacitación para diabéticos</b> (podría requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para la diabetes (incluyen suministros de control y calzados o plantillas terapéuticos)</li> <li>• Educación sobre enfermedad renal</li> </ul>	<p>Usted no paga nada</p> <p>Usted no paga nada</p>
<p><b>Diálisis renal</b></p>	<p>Usted paga 20 % del costo.</p>
<p><b>Programas de bienestar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acondicionamiento físico</li> <li>• Teladoc®</li> </ul>	<p>SilverSneakers® — Usted no paga nada</p> <p>Copago de \$45 por visita</p>
<p><b>Artículos de venta libre</b></p>	<p>\$25 cada mes solo por pedidos por correo</p>
<p><b>Atención de urgencia y de emergencia en todo el mundo</b> (cobertura fuera de los Estados Unidos)</p> <p>Existe un límite anual de \$50,000 combinado para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia terrestre de emergencia fuera de los Estados Unidos. No tiene cobertura para servicios de ambulancia aérea fuera de los Estados Unidos. Consulte la página II-7 para obtener información adicional sobre costos compartidos para servicios de ambulancia.</p>	<p>Copago de \$90 por visita</p>

ConnectiCare, Inc. es un plan HMO/HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato. Para obtener más información, comuníquese con el plan. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2021 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. ©2021 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. ©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).