

ConnectiCare Passage Plan 1 (HMO)

Resumen de beneficios del plan Medicare Advantage de 2022

Este es un resumen de servicios de salud y medicamentos cubiertos por ConnectiCare, Inc., del 1.º de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Tenga en cuenta: No se requieren derivaciones 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 o bien puede llamarnos y le enviaremos una copia.

¿Quiénes pueden inscribirse?

Para unirse a ConnectiCare Passage Plan 1 (HMO), debe ser elegible para Medicare Parte A, estar inscrito 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 Passage Plan 1 (HMO)** cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no son parte de nuestra red, es posible que no paguemos estos servicios, excepto en casos de emergencia o situaciones de atención de urgencia.

Cuando se una a ConnectiCare Passage Plan 1 (HMO), puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la **red de Passage**. Si no elige un PCP de la red de Passage, elegiremos uno por usted. Puede elegir un PCP diferente de la red de Passage en cualquier momento. Esta red también incluye proveedores médicos adicionales, como especialistas, laboratorios y hospitales.

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. O bien, llámenos y le enviaremos una copia.

Para llenar sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D, por lo general, deberá usar farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red tienen participación en los costos preferida. Es posible que pague menos si utiliza estas farmacias.

Puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web **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**. 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**.

RESUMEN DE BENEFICIOS DE 2022: CONNECTICARE PASSAGE PLAN 1 (HMO)

Primas y beneficios	ConnectiCare Passage Plan 1 (HMO)
Prima mensual del plan	Usted no paga nada Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B
Deducible médico	Usted no paga nada
Monto de gasto máximo de bolsillo <i>(no incluye medicamentos con receta)</i>	\$7,550 por año Este es el máximo que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos durante el año.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados <i>(podría requerir aprobación)</i>	Copago de \$490 por día, del día uno al cuatro, por estadía Usted no paga nada por día, del día cinco en adelante, por estadía
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios <i>(podría requerir aprobación)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <i>(incluidos servicios de observación)</i> • Centros de cirugía ambulatoria 	Copago de \$475 Copago de \$200
Visitas al médico <i>(en el consultorio/virtuales)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de atención primaria (PCP) • Especialista 	Copago de \$15 por visita Usted no paga nada por el examen físico anual Copago de \$50 por visita

Primas y beneficios	ConnectiCare Passage Plan 1 (HMO)
<p>Atención preventiva</p> <p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes:</p>	<p>Usted no paga nada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prueba de densidad ósea - Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) - Examen de chequeo cardiovascular - Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino - Examen de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) - Prueba de detección de depresión - Prueba de detección de diabetes - Examen de detección de cáncer de próstata (PSA) - Vacunas incluidas: las vacunas contra la gripe, la hepatitis B y las vacunas antineumocócicas - 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)
<p>Atención de emergencia</p>	<p>Copago de \$90 por visita dentro de los Estados Unidos</p> <p>Si usted es internado en un hospital en el plazo de un día, no debe pagar su parte del costo por la atención urgentemente necesaria.</p>
<p>Servicios urgentemente necesarios</p>	<p>Copago de \$50 por visita dentro de los Estados Unidos</p>
<p>Servicios diagnósticos/análisis de laboratorio/imagenología (podría requerir aprobación)</p> <p>Servicio de radiología de diagnóstico (p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI])</p> <p>Servicios de laboratorio</p> <p>Procedimientos y exámenes de diagnóstico</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el tratamiento del cáncer)</p>	<p>Copago de \$295</p> <p>Copago de \$15</p> <p>Copago de \$25</p> <p>Copago de \$45</p> <p>20 % del costo</p>

Primas y beneficios	ConnectiCare Passage Plan 1 (HMO)
<p>Servicios para la audición</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio, uno cada año Examen auditivo de rutina (hasta uno por año) Evaluación/adaptación de audífonos (hasta una por año) Audífonos 	<p>Copago de \$50 por visita</p> <p>Copago de \$50</p> <p>Copago de \$50</p> <p>Hasta \$400 de asignación cada año</p>
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales cubiertos por Medicare Servicios dentales preventivos e integrales <p>Beneficio suplementario opcional</p> <p>Opciones de PPO</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales preventivos y de diagnóstico <p>Incluye exámenes bucales, limpiezas, tratamientos con fluoruro, radiografías de aleta de mordida y series completas (radiografías panorámicas Panorex)</p>	<p>Copago de \$45</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Puede contratar estos servicios como un beneficio suplementario opcional (consulte a continuación)</p> <p>Prima mensual de \$39</p> <p>Deducible para el año calendario de \$100</p> <p>Máximo de beneficios anuales de \$2,000</p> <p style="text-align: center;">o</p> <p>Prima mensual de \$49</p> <p>Deducible para el año calendario de \$100</p> <p>Máximo de beneficios anuales de \$3,000</p> <p>Usted no paga nada</p> <p>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>

Primas y beneficios	ConnectiCare Passage Plan 1 (HMO)
<ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales integrales (<i>podría requerir aprobación</i>) <p>Servicios de restauración: Puente fijo, coronas e incrustaciones</p> <p>Endodoncia, periodoncia, extracciones: tratamiento de conducto, raspado y alisado periodontal, cirugía y mantenimiento periodontal, 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>Opción de indemnización</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales preventivos e integrales 	<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>Prima mensual de \$39</p> <p>Beneficio anual máximo de \$3,500 Usted paga el 50 % del costo por todos los servicios cubiertos</p>
<p>Servicios de la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. Accesorios para la vista – De rutina Usted tiene cobertura para un par de accesorios para la vista por año. 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) 	<p>Copago de \$45 por visita</p> <p>Hasta \$100 de asignación cada año</p> <p>Usted no paga nada</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS DE 2022: CONNECTICARE PASSAGE PLAN 1 (HMO)

Primas y beneficios	ConnectiCare Passage Plan 1 (HMO)
<p>Ambulancia <i>(podría requerir aprobación; no se exime en caso de internación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Terrestre • Ambulancia aérea • Ambulancia terrestre en todo el mundo <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 y sus territorios. No tiene cobertura para servicios de ambulancia aérea fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>Copago de \$415</p> <p>20 % del costo solo en los Estados Unidos</p> <p>Copago de \$325</p>
<p>Transporte <i>(no emergencia)</i></p>	<p>Sin cobertura</p>

Medicamentos con receta para el Plan ConnectiCare Passage 1 (HMO)

MEDICAMENTOS DE MEDICARE 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 un centro para pacientes ambulatorios.**

Medicamentos de Medicare Parte D

Nuestro plan agrupa cada medicamento en una de cinco "categorías" (niveles). Tendrá que usar la farmacopea (lista de medicamentos cubiertos) para saber en qué categoría se encuentra un medicamento.

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta depende de la categoría en el que se encuentre su medicamento y en qué etapa del beneficio usted se encuentre. Hay cuatro etapas en su cobertura de medicamentos con receta Parte D.

Cuatro etapas de la cobertura de medicamentos

Deducible

El deducible es el importe que usted paga antes de que su plan pague por los servicios cubiertos. Este deducible se aplica a farmacias de venta al detalle y entrega a domicilio. No hay deducible para los medicamentos de la categoría 1 (medicamentos genéricos preferidos) y de la categoría 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 alcanzar su deducible, pasará a una 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 \$4,430. Los costos totales de los medicamentos que usted y nuestro plan de la Parte D pagan lo ayudarán a alcanzar la interrupción de cobertura.

Costo compartido de venta al detalle

ConnectiCare Passage Plan 1 (HMO)					
Suministro de medicamentos para 30 días					
Categoría	Deducible	Cobertura inicial \$0-\$4,430		Interrupción de cobertura \$4,430-\$7,050	Cobertura contra catástrofes superior a \$7,050
	Usted paga	Farmacia preferida	Farmacia estándar	Usted paga	Usted paga el mayor de:
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$2	\$9	25 %	5 % o \$3.95
Categoría 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$10	\$20	25 %	5 % o \$3.95
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos		\$42	\$47	25 %	5 % o \$9.85
Categoría 4: Medicamentos no preferidos	\$275	\$95	\$100	25 %	5 % o \$3.95 para medicamentos de múltiples marcas genéricos/ preferidos 5 % o \$9.85 por todos los demás medicamentos
Categoría 5: Especialidad		28 %	28 %	25 %	5 % o \$3.95 para medicamentos de múltiples marcas genéricos/ preferidos 5 % o \$9.85 por todos los demás medicamentos

Costo compartido por pedido por correo preferido

ConnectiCare Passage Plan 1 (HMO)			
Categoría	Deducible	Cobertura inicial \$0-\$4,430	
	Usted paga	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0
Categoría 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$0	\$0
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	\$275	\$42	\$126
Categoría 4: Medicamentos no preferidos		\$95	\$285
Categoría 5: Especialidad		28 %	No disponible en el suministro a largo plazo

Si vive en un centro de cuidados a largo plazo o usa una farmacia de pedido por correo no preferida, 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 \$4,430.

Durante la interrupción de cobertura en 2022, pagará el 25 % del costo del plan para todos los medicamentos. El descuento del 70 % para los medicamentos de marca que paga el fabricante del medicamento, combinado con el 25 % que paga usted, cuenta para sus costos de bolsillo reales (TrOOP). Esto le ayuda a salir de la interrupción de cobertura. **No todos alcanzan un período de interrupción de cobertura.**

Cobertura contra catástrofes

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 **\$7,050**. En esta etapa, usted paga lo que sea mayor: el 5 % del costo o **\$3.95** para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y **\$9.85** para todos los demás medicamentos.

Obtenga ayuda para pagar sus medicamentos con receta

Ayuda Adicional

Ayuda Adicional es un programa de Medicare gratuito conocido como Subsidio por bajos ingresos (LIS). Ayuda a las personas de ingresos y recursos bajos o limitados a pagar los costos del plan de medicamentos de Medicare Parte D.

¿Qué obtiene con la Ayuda Adicional?

- Pago del 75 % o más de los costos de sus medicamentos. Entre ellos se incluyen la prima mensual de sus medicamentos con receta (**la cantidad que usted paga cada mes**).
- Pago de su deducible anual (**la cantidad que usted paga antes de que su plan comience a pagar**).
- Pago de gastos de coseguro (**el porcentaje que usted paga por sus medicamentos con receta**).
- Sin interrupción de cobertura.

Califica automáticamente para recibir Ayuda Adicional si:

- Tiene cobertura total de Medicaid.
- Obtiene ayuda a través del programa Medicaid estatal para pagar sus primas de la Parte B, en un programa de ahorros de Medicare.
- Recibe beneficios del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Muchas otras personas con ingresos bajos o limitados también califican para recibir Ayuda Adicional y no lo saben.

Puede solicitar estos programas **sin costo**. Comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **800-772-1213** (TTY: **800-325-0778**). También puede hacer su solicitud en línea en **ssa.gov/benefits/medicare/prescriptionhelp/**.

Beneficios adicionales

Beneficios	ConnectiCare Passage Plan 1 (HMO)
Acupuntura <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)
Atención de los pies <i>(servicios de podología)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento y exámenes de los pies (exámenes de rutina no cubiertos) Si tiene lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes y/o cumple ciertos criterios, se cubren los tratamientos y los exámenes.	Copago de \$50 por visita
Atención quiropráctica 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
Terapia ocupacional, del habla y del lenguaje	Copago de \$40 por visita
Terapia cardíaca	Copago de \$50 por visita
Terapia cardíaca intensiva	Copago de \$100 por visita
Terapia pulmonar <i>(podría requerir aprobación)</i>	Copago de \$30 por visita
Cuidado de salud en el hogar <i>(puede requerir aprobación)</i>	Usted no paga nada
Hospicio 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

RESUMEN DE BENEFICIOS DE 2022: CONNECTICARE PASSAGE PLAN 1 (HMO)

Beneficios	ConnectiCare Passage Plan 1 (HMO)
<p>Suministros/Equipos médicos (puede requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (p. ej., sillas de rueda, oxígeno) • Prótesis/suministros médicos (p. ej., férulas, extremidades artificiales) 	<p>20 % del costo</p> <p>20 % del costo</p>
<p>Capacitación y suministros para la diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para la diabetes (incluyen suministros de control y calzados o plantillas terapéuticos) • Educación sobre enfermedad renal 	<p>20 % del costo</p> <p>Usted no paga nada</p>
<p>Diálisis renal</p>	<p>Usted paga 20 % del costo</p>
<p>Programas de bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acondicionamiento físico • Teladoc® 	<p>SilverSneakers® — Usted no paga nada</p> <p>Copago de \$45 por visita</p>
<p>Artículos de venta libre (el saldo no utilizado no se traslada)</p>	<p>\$15 cada trimestre solo por pedidos por correo</p>
<p>Atención de urgencia y de emergencia en todo el mundo (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 V-8 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. Teladoc y las marcas relacionadas son marcas comerciales de Teladoc Health, Inc. y son utilizadas por ConnectiCare con su autorización. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2021 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

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 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).