



ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP) ofrecido por ConnectiCare Insurance Company, Inc.

Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente está inscrito como miembro de ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en connecticare.com/medicare. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* enviada por correo por separado para ver si otros cambios en los beneficios o costos le afectan. También puede llamar al Servicio de Atención a Miembros para pedir que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Qué debe hacer ahora

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

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si estos le afectan.
 - Evalúe los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital)
 - Evalúe los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos y costos de autorización
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos
- Revise los cambios en la Lista de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Controle si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- 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 el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o consulte la lista que se encuentra al dorso de su manual *Medicare y Usted 2023*.
- 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 2022, permanecerá en ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2023**. Esto finalizará su inscripción en ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP).
- Consulte la Sección 2, página 10, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de trasladarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con el número del Servicio de Atención a Miembros al **1-800-224-2273** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., 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 de Atención a 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 Choice Dual Vista (HMO D-SNP)

- ConnectiCare Insurance Company, Inc. es un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el Connecticut Medicaid Program. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este folleto diga “nosotros”, “nos” o “nuestro” hace referencia a ConnectiCare Insurance Company, Inc. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP).

H3276_202813CY23_M

Aviso anual de cambios para 2023 Índice

Resumen de costos importantes para 2023	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	5
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	5
Sección 1.2: Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo.....	5
Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias	6
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	6
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta Parte D.....	8
SECCIÓN 2 Qué plan elegir	10
Sección 2.1: Si desea permanecer en ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP)	10
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan	10
SECCIÓN 3 Cambio de plan.....	11
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare y Medicaid	11
SECCIÓN 5 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta.....	12
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	13
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP).....	13
Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	13
Sección 6.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	14

Resumen de costos importantes para 2023

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2022 y los costos de 2023 de ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
*Su prima puede ser mayor que este importe. Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles).		
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: Usted paga un copago de \$0 por cada visita Visitas a especialistas: Usted paga un copago de \$0 por cada visita	Visitas de atención primaria: Usted paga un copago de \$0 por cada visita Visitas a especialistas: Usted paga un copago de \$0 por cada visita
Estancias hospitalarias de pacientes ingresados	Usted paga un copago de \$0 por cada hospitalización cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$0 por cada hospitalización cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.
Cobertura de medicamentos con receta Parte D	Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 1: (Todos los medicamentos de la lista de medicamentos) <i>Genéricos: \$0 a \$3.95</i> <i>De marca: \$0 a \$9.85</i> 	Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 1 a 6: (Todos los medicamentos de la lista de medicamentos) <i>Genéricos: \$0 a \$4.15</i> <i>De marca: \$0 a \$10.35</i> Usted paga \$0 por las vacunas elegibles.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Importe de gasto máximo de bolsillo	\$7,550	\$8,300
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).	Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se compute para el importe de gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se compute para el importe de gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
(Usted también debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted).		

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

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga “de su bolsillo” para 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	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Importe de gasto máximo de bolsillo. Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este gasto máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se compute para el importe de gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos y los deducibles) se tienen en cuenta para su importe de gasto máximo de bolsillo. La prima del plan (que la “Ayuda Adicional” paga en su nombre) y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo.</p>	<p>\$7,550</p>	<p style="text-align: center;">\$8,300</p> <p>Cuando haya pagado \$8,300 de su bolsillo por servicios cubiertos 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.</p>

Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Puede encontrar los directorios actualizados en nuestro sitio web connecticare.com/medicare. También puede llamar a Servicio de Atención a Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un directorio.

El próximo año se aplicarán cambios en nuestra red de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2023 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

El próximo año se aplicarán cambios en nuestra red de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias 2023 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos implementar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman una parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicio de Atención a Miembros para que podamos ayudarle.

Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* solo le informa sobre los cambios en sus costos y beneficios de Medicare.

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios dentales Se aplican algunas limitaciones; consulte el Capítulo 4 de su Evidencia de Cobertura para obtener detalles adicionales.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales preventivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Exámenes bucales ● Radiografías de aleta mordida ● Profilaxis/limpiezas ● Tratamientos con fluoruro ● Serie completa (una serie o Panorex) <p>Usted paga \$0 del costo total por servicios dentales integrales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Restauraciones ● Diagnóstico ● No de rutina ● Endodoncia ● Periodoncia ● Extracciones ● Prostodoncia ● Cirugía bucal ● Dentaduras postizas parciales y completas <p>Límite anual de beneficios de \$2,000 (combinado con servicios preventivos)</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales preventivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Exámenes bucales ● Radiografías de aleta mordida ● Profilaxis/limpiezas ● Tratamientos con fluoruro ● Serie completa (una serie o Panorex) <p>Usted paga \$0 del costo total por servicios dentales integrales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Restauraciones ● Diagnóstico ● No de rutina ● Endodoncia ● Periodoncia ● Extracciones ● Prostodoncia ● Cirugía bucal ● Dentaduras postizas parciales y completas <p>Límite de beneficio anual de \$2,000 solo para servicios integrales</p>
<p>Servicios de audición</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta \$1,500 cada año para audífonos.</p> <p>Limitado a dos dispositivos cada año, ambos oídos combinados.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta \$\$2,500 cada año para audífonos.</p> <p>Limitado a dos dispositivos cada año, ambos oídos combinados.</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p>	<p>Nuestro plan cubrirá \$100 cada mes para artículos únicamente pedidos por correo aprobados por Medicare.</p> <p>Este importe no se transfiere de mes a mes y vencerá al final de cada mes.</p>	<p>Nuestro plan cubrirá \$150 cada mes para artículos únicamente pedidos por correo aprobados por Medicare.</p> <p>Este importe no se transfiere de mes a mes y vencerá al final de cada mes.</p>
<p>Atención de la vista</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta \$500 cada año por un par de anteojos o lentes de contacto de rutina.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta \$750 cada año por un par de anteojos o lentes de contacto de rutina.</p>

Sección 1.5: 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.**

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. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos que la FDA considera inseguros o que un fabricante de productos retira del mercado. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más reciente.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Para obtener más información, comuníquese con el Servicio de Atención a Miembros.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare, es posible que califique para una reducción o eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no se aplique a su caso. **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. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este folleto antes del 30 de septiembre de 2022, llame al Servicio de Atención a Miembros y solicite la “Cláusula LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos”.

La siguiente información muestra los cambios respecto de las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de interrupción de cobertura o la Etapa de cobertura contra catástrofes).

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicio al Cliente para más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$10.35 por un mes suministro de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	\$0	\$0

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

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: 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 su receta en una farmacia de la red que proporciona participación estándar en los costos.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o del pedido por correo de medicamentos con receta, 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 saber si sus medicamentos estarán en una categoría diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes resurtido en una farmacia de la red con participación estándar en los costos:</p> <p>Nivel 1: Todos los medicamentos de la Farmacopea: Medicamentos genéricos: Usted paga de \$0 a \$3.95 por medicamento con receta. De marca: Usted paga de \$0 a \$9.85 por medicamento con receta.</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>	<p>Su costo por un suministro de un mes resurtido en una farmacia de la red con participación estándar en los costos:</p> <p>Nivel 1 a 6: Todos los medicamentos de la Farmacopea: Medicamentos genéricos: Usted paga de \$0 a \$4.15 por medicamento con receta. De marca: Usted paga de \$0 a \$10.35 por medicamento con receta.</p> <p>Usted paga \$0 por las vacunas elegibles.</p> <hr/> <p>Cuando el total de sus costos de medicamentos sea de \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de cobertura).</p>

Cambios en su beneficio de la Parte D de VBID

Como plan participante del Modelo VBID, hemos sido aprobados para ofrecer la Parte D con participación en los costos reducidos para 2023. Como miembro, esto significa que tendrá acceso a los medicamentos de la Parte D sin participación en los costos adicional en el límite de cobertura inicial, así como en la etapa de interrupción de cobertura para los medicamentos genéricos en los Niveles 1, 2 y 6.

SECCIÓN 2 Qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea permanecer en ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP)

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, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP).

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2023, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- -- *O BIEN*, 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.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes Medicare, utilice el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2023*, llame a su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP, siglas en inglés) (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el plan nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP).

- 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 Choice Dual Vista (HMO D-SNP).
- 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 Servicio de Atención a Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – *O bien* – 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.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por salirse de la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cambio de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo **del 15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2023.

¿Hay otros momentos del año para efectuar un cambio?

En determinadas situaciones, también se permite hacer cambios en otros momentos del año. Los ejemplos incluyen 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.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2023, 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 2023.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte) en cualquier momento.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente 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]).

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, en inglés).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid de Connecticut, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de Connecticut al 1-800-842-1508. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-842-4524; el horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid de Connecticut.

SECCIÓN 5 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.** Como tiene Medicaid, ya está inscrito en “Ayuda Adicional”, también llamada Subsidio por bajos ingresos. La Ayuda Adicional paga parte de las primas de sus medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Como usted califica, no se verá afectado por la interrupción de cobertura ni deberá pagar la penalidad por inscripción atrasada. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda Adicional”, llame:
 - 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 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes por un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - 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 (AIDS Drug Assistance Program, 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 satisfacer determinados criterios, lo que incluye prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y condición de persona sin seguro/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 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP)

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

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2023* (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 2023. Para obtener más detalles, busque en la *Evidencia de Cobertura de 2023* de ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO D-SNP). 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 connecticare.com/medicare. También puede llamar al Servicio de Atención a Miembros para pedir que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en 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 6.2: 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 Estrella de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en área. Para ver la información acerca de los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2023*

Lea el manual *Medicare y Usted 2023*. Cada 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 documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 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.

Sección 6.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de Connecticut al 1-800-842-1508. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-842-4524. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.