

# Resumen de Beneficios de 2023

## ConnectiCare

### Flex Plan 1 (HMO-POS)

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

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 **ConnectiCare Flex Plan 1 (HMO-POS)**, 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?

**ConnectiCare Flex Plan 1 (HMO-POS)** cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Para algunos servicios, puede utilizar proveedores que están inscritos en Medicare, que no figuran en nuestra red. Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de ConnectiCare, Inc., excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio de Atención a Miembros o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a servicios fuera de la red. Si usted recibe atención de un proveedor fuera de la red/no contratado, nosotros pagaremos los mismos servicios que cubrimos dentro de la red, siempre que los servicios sean médicamente necesarios. Para saber si cubriremos un servicio fuera de la red, usted o su proveedor pueden pedirnos una determinación de la organización previa al servicio. Nuestro número de Servicio de Atención a Miembros es **800-224-2273 (TTY: 711)**, disponible los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

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.

En la mayoría de las situaciones, deberá usar farmacias de la red para llenar sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D. 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, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

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 al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Primas y beneficios	ConnectiCare Flex Plan 1 (HMO-POS)
<p><b>Prima mensual del plan</b> (para todos los condados de Connecticut)</p>	<p>\$232</p> <p>Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B. Las primas pueden reducirse basadas en el nivel del Subsidio por bajos ingresos (LIS) o la Ayuda Adicional.</p>
<p><b>Deducible médico</b></p>	<p>Este plan no cuenta con un deducible para los servicios médicos cubiertos.</p>
<p><b>Monto de gasto máximo de bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta)</p>	<p>Dentro de la red: \$5,300 anuales Fuera de la red: \$10,000 anuales</p> <p>Este es el máximo que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos durante el año.</p>
<p><b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados</b> (puede requerir aprobación)</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$285 por día, del día uno al día seis, por ingreso Usted no paga nada por día, del día 7 en adelante, por ingreso</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$450 por día, del día uno al día seis, por ingreso Usted no paga nada por día, del día 7 en adelante, por ingreso</p>
<p><b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b> (puede requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (incluidos servicios de observación)</li> <li>• Centros de cirugía ambulatoria o de corta estancia</li> </ul>	<p>Dentro de la red: Copago de \$200 Fuera de la red: 20 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$100 Fuera de la red: Copago de \$250</p>
<p><b>Visitas al médico</b> (en el consultorio/virtuales)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de atención primaria (PCP)</li> <li>• Especialista</li> </ul>	<p>Dentro de la red: Copago de \$15 por visita Fuera de la red: Copago de \$40 por visita Usted no paga nada por el examen físico anual.</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p>

Primas y beneficios	ConnectiCare Flex Plan 1 (HMO-POS)
<b>Atención preventiva</b>	<p>Usted no paga nada.</p> <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, las vacunas antineumocócicas y las vacunas contra el COVID-19</li> <li>- Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una sola vez) y anual</li> <li>- Visita de “Bienestar” (todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato tendrán cobertura).</li> </ul>
<b>Atención de emergencia</b>	<p>Copago de \$95 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>
<b>Servicios urgentemente necesarios</b> <i>(no se exime si es internado)</i>	<p>Copago de \$30 por visita dentro de los Estados Unidos</p>
<b>Servicios diagnósticos/análisis de laboratorio/imagenología</b> <i>(puede requerir aprobación)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de radiología de diagnóstico  <i>(p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI])</i></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>Dentro de la red: Copago de \$200  Fuera de la red: 40 % del costo</p> <p>Dentro de la red: \$0 en el consultorio, centro independiente  \$10 en todas las demás ubicaciones  Fuera de la red: 20 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$25  Fuera de la red: 20 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$35  Fuera de la red: 20 % del costo</p> <p>Dentro de la red: 20 % del costo  Fuera de la red: 40 % del costo</p>

Primas y beneficios	ConnectiCare Flex Plan 1 (HMO-POS)
<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>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios dentales cubiertos por Medicare</li> <li>Servicios dentales preventivos e integrales</li> </ul>	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Puede contratar estos servicios como un beneficio suplementario opcional (consulte a continuación).</p>
<p><b>Beneficio suplementario opcional</b></p>	
<p><b>Opción de PPO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios dentales preventivos Incluye exámenes bucales, limpiezas, tratamientos con fluoruro, radiografías de aleta de mordida y series completas (radiografías panorámicas Panorex)</li> <li>Servicios dentales integrales <i>(puede requerir aprobación)</i>  Diagnóstico; servicios de restauración menores: empastes  Puentes fijos; coronas e incrustaciones; endodoncia; periodoncia; extracciones; 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><b>Prima mensual de \$16</b></p> <p>Usted no paga nada.</p> <p>Cubre hasta un examen bucal, una limpieza y un 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>Deducible para el año calendario de \$100 Máximo de beneficios anuales de \$3,000</p> <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>Opción de indemnización</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios dentales preventivos e integrales</li> </ul>	<p><b>Prima mensual de \$30</b></p> <p>Máximo de beneficios anuales de \$3,500</p> <p>Usted paga el 50 % del costo por todos los servicios cubiertos.</p>

Primas y beneficios	ConnectiCare Flex Plan 1 (HMO-POS)
<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>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Fuera de la red: Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Dentro de la red: Usted no paga nada. Fuera de la red: Sin cobertura</p>
<p><b>Servicios de salud mental</b> (puede requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visita de pacientes hospitalizados</li> <li>Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios (en el consultorio únicamente)</li> <li>Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios (en el consultorio/virtual)</li> </ul>	<p>Dentro de la red: \$1,871 por ingreso Fuera de la red: 40 % del costo</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>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Fuera de la red: 40 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Fuera de la red: 40 % del costo</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 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>Dentro de la red: Usted no paga nada por día, del día uno al 20, por período de beneficios Copago de \$196 por día, del día 21 al 100, por período de beneficios</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo por día, del día uno al 100, por período de beneficios</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p>

Primas y beneficios	ConnectiCare Flex Plan 1 (HMO-POS)
<b>Fisioterapia</b>	Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Fuera de la red: Copago de \$40 por visita
<b>Ambulancia</b> <i>(puede requerir aprobación; no se exige si es admitido)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulancia 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>	Copago de \$200 20 % del costo Copago de \$200
<b>Transporte</b> <i>(no emergencia)</i>	Sin cobertura

## Medicamentos con receta para ConnectiCare Flex Plan 1 (HMO-POS)

### 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. *(puede requerir aprobación)*

Es posible que se requiera un tratamiento escalonado para algunos medicamentos de la Parte B.

Dentro de la red:

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 minorista, en una farmacia de pedidos por correo, en el consultorio del médico y en un centro para pacientes ambulatorios**

Fuera de la red: 40 % del costo.

## Medicamentos de Medicare Parte D

Nuestro plan agrupa cada medicamento en una de seis “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 minoristas y la entrega a domicilio. No hay deducible para los medicamentos de la categoría 1 (medicamentos genéricos preferidos), la categoría 2 (medicamentos genéricos) y la categoría 6 (medicamentos de atención selecta). Se aplica un deducible para los medicamentos de la categoría 3 (medicamentos de marca preferidos), de la categoría 4 (medicamentos no preferidos) y de la categoría 5 (medicamentos especializados).

### 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 los costos totales de los medicamentos, incluido el deducible, alcancen **\$4,660**. 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 minorista

ConnectiCare Flex Plan 1 (HMO-POS): Suministro de medicamentos para 30 días					
Categoría	Deducible	Cobertura inicial \$0-\$4,660		Interrupción de cobertura \$4,660-\$7,400	Cobertura contra catástrofes superior a \$7,400
	Usted paga	Farmacia preferida	Farmacia estándar	Usted paga	Usted paga el mayor de:
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$2	\$9	\$2/\$9*	5 % o \$4.15
Categoría 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$10	\$20	\$10/\$20*	5 % o \$4.15
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos**	\$300	\$42	\$47	25 %	5 % o \$10.35
Categoría 4: Medicamentos no preferidos		\$95	\$100	25 %	5 % o \$4.15 para medicamentos de diversos laboratorios genéricos/preferidos 5 % o \$10.35 por todos los demás medicamentos
Categoría 5: Medicamentos especializados		27 %	27 %	25 %	5 % o \$4.15 para medicamentos de diversos laboratorios genéricos/preferidos 5 % o \$10.35 por todos los demás medicamentos
Categoría 6: Medicamentos de atención selecta	\$0	\$0	\$0	\$0	5 % o \$4.15 para medicamentos de diversos laboratorios genéricos/preferidos

\*Costo compartido en una farmacia preferida/farmacia estándar

\*\*\$35 para insulinas y \$0 para vacunas elegibles sin deducible

## Costo compartido por pedido por correo preferido

ConnectiCare Flex Plan 1 (HMO-POS)			
Categoría	Deducible	Cobertura inicial \$0-\$4,660	
	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*	\$300	\$42	\$126
Categoría 4: Medicamentos no preferidos		\$95	\$285
Categoría 5: Medicamentos especializados		27 %	No disponible en el suministro a largo plazo
Categoría 6: Medicamentos de atención selecta	\$0	\$0	\$0

\*\$35 para insulinas y \$0 para vacunas elegibles sin deducible por suministro de 30 días

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 minorista 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 **\$4,660**.

Durante la interrupción de cobertura en 2023: Continuará pagando los mismos copagos que pagó en la etapa de Cobertura inicial, copago por medicamentos de la categoría 1, categoría 2 y categoría 6 y el 25 % del costo del plan para los medicamentos de la categoría 3, categoría 4 y categoría 5.

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 contra catástrofes una vez que sus costos de medicamentos de bolsillo reales (TrOOP) anuales superan los **\$7,400**. En esta etapa, usted paga lo que sea mayor: el 5 % del costo o **\$4.15** para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y **\$10.35** 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](https://ssa.gov/benefits/medicare/prescriptionhelp)**.

## Beneficios adicionales

Beneficios	ConnectiCare Flex Plan 1 (HMO-POS)
<p><b>Acupuntura</b> (puede requerir aprobación)</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Cubre hasta 20 visitas por dolor lumbar crónico cada año (máximo de 12 visitas en 90 días)</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p>
<p><b>Atención de los pies</b> (servicios de podología)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento y exámenes de los pies (exámenes de rutina no cubiertos)</li> </ul> <p>Si tiene lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes y/o cumple ciertos criterios, se cubren los tratamientos y los exámenes.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p>
<p><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)</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$20 por visita Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p>
<p><b>Terapia ocupacional, del habla y del lenguaje</b></p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p>
<p><b>Rehabilitación cardíaca</b></p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p>
<p><b>Rehabilitación cardíaca intensiva</b></p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$60 por visita Fuera de la red: 50 % del costo</p>
<p><b>Rehabilitación pulmonar</b> (puede requerir aprobación)</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$20 por visita Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p>
<p><b>Cuidado de salud en el hogar</b> (puede requerir aprobación)</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga nada. Fuera de la red: 40 % del costo</p>
<p><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.</p>	<p>Usted no paga nada.</p>

Otros beneficios	ConnectiCare Flex Plan 1 (HMO-POS)
<p><b>Equipo/suministros médicos</b> (puede requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo médico duradero (p. ej., sillas de rueda, oxígeno)</li> <li>Prótesis (p. ej., férulas, extremidades artificiales)</li> </ul>	<p>Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 40 % del costo</p> <p>Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 40 % del costo</p>
<p><b>Capacitación y suministros para la diabetes</b></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>Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 20 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Usted no paga nada. Fuera de la red: 20 % del costo</p>
<b>Diálisis renal</b>	Usted paga 20 % del costo
<p><b>Programas de bienestar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acondicionamiento físico</li> <li>Educación sobre la salud (incluida la administración de la atención e eMindful: ayuda en línea con el estrés y la ansiedad de todos los días)</li> <li>Teladoc®</li> </ul>	<p>SilverSneakers®: Usted no paga nada. Usted no paga nada.</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$45 por visita Fuera de la red: Sin cobertura</p>
<b>Artículos de venta libre</b>	Sin cobertura
<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 VII-7 para obtener información adicional sobre costos compartidos para servicios de ambulancia.</p>	Copago de \$95 por visita

ConnectiCare, Inc. es un plan HMO/HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato. Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio de Atención a Miembros o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a servicios fuera de la red. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. ©2022 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc y las marcas relacionadas son marcas comerciales de Teladoc Health, Inc. y son utilizadas por ConnectiCare con su autorización. ©2022 ConnectiCare, Inc. & Affiliates

# Lista de verificación previa a la inscripción 2023

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 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

## Información sobre los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante evaluar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. 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 para sus recetas.
- Consulte la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

## 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 o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
- Nuestro plan permite que usted visite proveedores fuera de la red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en casos de emergencia o situaciones urgentes, el proveedor no contratado puede denegar la atención. Además, usted pagará copagos más altos por los servicios que reciba de un proveedor no contratado.