

**Plan ConnectiCare Choice 1 (HMO)**  
**Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)**  
**Plan ConnectiCare Choice 3 (HMO)**

Planes Medicare Advantage

# **Resumen de beneficios 2020**

Este es un resumen de servicios de salud y medicamentos cubiertos por ConnectiCare, Inc., del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020.



# Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

ConnectiCare, Inc. es un plan HMO/HMO-POS de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato. La información sobre 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 a los números de teléfono que se indican a continuación y le enviaremos una copia.

## ¿Quién puede unirse?

Para unirse a un plan ConnectiCare Choice, debe ser elegible para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare 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.

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

**El plan ConnectiCare Choice 1 (HMO) y el plan ConnectiCare Choice 3 (HMO)** cuentan con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no son parte de nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios, excepto en casos de emergencia o situaciones urgentes.

El plan ConnectiCare Choice 1 y el plan ConnectiCare Choice 3 cubren los medicamentos de la Parte D. Además, cubren medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede ver el formulario del plan completo (lista de medicamentos de venta bajo receta de la 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.

Generalmente, debe usar farmacias de la red para surtir sus recetas de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Algunas de nuestras farmacias de la red tienen costo compartido preferido. Es posible que pague menos si usa estas farmacias. Puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web [connecticare.com/medicare](https://connecticare.com/medicare). O bien llámenos y le enviaremos una copia.

**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 el plan no pague estos servicios. 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](https://connecticare.com/medicare).

Número de teléfono gratuito: 1-877-224-8220. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del este, hora estándar del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del este.

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Plan ConnectiCare Choice 1 (HMO)</b>	<b>Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)</b>
Prima del plan mensual: <i>(Para todos los condados de Connecticut)</i>	\$182	\$0
Deducible médico	No paga nada	No paga nada
Monto máximo de gastos de bolsillo <i>(no incluye medicamentos de venta bajo receta)</i>	\$3,400 por año	\$6,000 por año
Cobertura de pacientes hospitalizados	Copago de \$345 por día, del día 1 al 5, por estadía  No paga nada por día, del día 6 en adelante, por estadía	Copago de \$295 por día, del día 1 al 6, por estadía  No paga nada por día, del día 7 en adelante, por estadía
Cobertura de pacientes ambulatorios:		
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <i>(incluidos servicios de observación)</i>	Copago de \$200	Copago de \$200
Centros de cirugía ambulatoria	Copago de \$100	Copago de \$100

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Plan ConnectiCare Choice 3 (HMO)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Choice 1, Choice 2 y Choice 3
\$0	Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Las primas pueden reducirse basadas en el nivel del Subsidio por bajos ingresos (LIS) o la ayuda adicional.
Deducible del plan de \$250	<p>El plan Choice 1 y el plan Choice 2 NO tienen deducible para beneficios médicos.</p> <p>El plan Choice 3 SÍ tiene un deducible para beneficios médicos. El deducible se aplica solo a los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes internados - Agudos</li> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes internados - Psiquiátricos</li> <li>• Centro de enfermería especializada</li> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de observación para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de diálisis</li> <li>• Radioterapia</li> <li>• Radiografías</li> </ul>
\$6,700 por año	Este es el máximo que paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos durante el año.
<p>Copago de \$479 por día, del día 1 al 3, por estadía después de pagar su deducible del plan</p> <p>No paga nada por día, del día 4 en adelante, por estadía</p>	El costo compartido se aplica cada vez que es internado en un hospital. Cada estadía hospitalaria requiere autorización previa.
<p>Copago de \$350 después de que usted paga el deducible de su plan</p> <p>Copago de \$300</p>	<p>Algunos servicios requieren autorización previa</p> <p>Algunos servicios requieren autorización previa</p>

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Choice 1 (HMO)	Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)
Visitas médicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de atención primaria (PCP)</li> <li>• Especialistas</li> </ul>	En un Sanitas Medical Center: No paga nada Para todos los demás proveedores de atención primaria: Copago de \$10 por visita  Copago de \$30 por visita	No paga nada   Copago de \$10 por visita
Atención preventiva	No paga nada	No paga nada
Atención de emergencia	Copago de \$90 por visita dentro de los Estados Unidos	Copago de \$90 por visita dentro de los Estados Unidos
Servicios de atención urgente	Copago de \$30 por visita dentro de los Estados Unidos	Copago de \$10 por visita dentro de los Estados Unidos
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes: <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 pruebas de diagnóstico</li> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios</li> </ul>	Copago de \$200  Copago de \$10 Copago de \$25  Copago de \$35	Copago de \$175  Copago de \$10 Copago de \$25  Copago de \$35
Servicios de audición: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de audición</li> </ul>	Copago de \$30 por visita	Copago de \$10 por visita

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Plan ConnectiCare Choice 3 (HMO)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Choice 1, Choice 2 y Choice 3
<p>No paga nada</p> <p>Copago de \$45 por visita</p>	<p>No se necesitan derivaciones para consultar con especialistas.</p>
<p>No paga nada</p>	<p>Incluye su examen físico anual, vacuna contra la gripe, examen de detección de cáncer colorrectal, mamografía de detección y cualquier otro tipo de atención preventiva aprobada por Medicare.</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 1 día, no debe pagar su parte del costo por la atención de emergencia.</p>
<p>Copago de \$45 por visita dentro de los Estados Unidos</p>	<p>Si usted es internado en un hospital en el plazo de 1 día, debe pagar su parte del costo por la atención de urgencia.</p>
<p>Copago de \$275</p> <p>Copago de \$15</p> <p>Copago de \$25</p> <p>Copago de \$45 después de que usted paga el deducible de su plan</p>	<p>Se requiere autorización previa</p> <p>Algunos servicios requieren autorización previa</p> <p>Algunos servicios requieren autorización previa</p> <p>Algunos servicios requieren autorización previa</p>
<p>Copago de \$45 por visita</p>	<p>Usted tiene cobertura para un examen de audición de rutina por año y para exámenes de diagnóstico y tratamiento de problemas de audición y equilibrio.</p>

# Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Choice 1 (HMO)	Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)
<p>Servicios dentales:</p> <p>Servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p><b>Servicios dentales preventivos y de diagnóstico:</b> Incluye exámenes bucales, limpiezas, radiografías de aleta de mordida y radiografías panorámicas Panorex o serie completa</p> <p><b>Beneficio complementario opcional</b></p> <p><b>Servicios dentales preventivos: (Para el plan Choice 1)</b></p> <p><b>Servicios dentales integrales:</b> Servicios básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración</li> </ul> <p>Servicios dentales complejos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endodoncia, periodoncia, extracciones</li> <li>• Prótesis, otras cirugías bucales/ maxilofaciales, otros servicios</li> </ul>	<p>Copago de \$30 por visita</p> <p>Sin cobertura. Puede contratar servicios dentales preventivos junto con servicios dentales integrales como un beneficio complementario opcional (véase a continuación)</p> <p><b>Servicios dentales preventivos e integrales:</b></p> <p>Prima mensual de \$39</p> <p>Deducible para el año calendario de \$100 (los servicios preventivos no están sujetos al deducible para el año calendario)</p> <p>Máximo de beneficios anuales de \$2,000</p> <p>No paga nada para exámenes orales, limpiezas y radiografías (se aplican limitaciones)</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>Copago de \$10 por visita</p> <p>No paga nada Cubre hasta un examen bucal y una limpieza cada 6 meses</p> <p>Cubre radiografías de aleta de mordida, una vez cada 6 meses y una serie completa (radiografías panorámicas Panorex) cada 36 meses</p> <p>Puede contratar servicios dentales integrales como un beneficio complementario opcional</p> <p><b>Servicios dentales integrales:</b></p> <p>Prima mensual de \$29</p> <p>Deducible para el año calendario de \$100</p> <p>Máximo de beneficios anuales de \$2,000</p> <p>Incluido como beneficio del plan (ver arriba)</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>

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Plan ConnectiCare Choice 3 (HMO)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Choice 1, Choice 2 y Choice 3
<p>Copago de \$45 por visita</p> <p>No paga nada</p> <p>Cubre hasta un examen bucal y una limpieza cada 6 meses</p> <p>Cubre radiografías de aleta de mordida, una vez cada 6 meses y una serie completa (radiografías panorámicas Panorex) cada 36 meses</p> <p>Puede contratar servicios dentales integrales como un beneficio complementario opcional</p> <p><b>Servicios dentales integrales:</b></p> <p>Prima mensual de \$29</p> <p>Deducible para el año calendario de \$100</p> <p>Máximo de beneficios anuales de \$2,000</p> <p>Incluido como beneficio del plan (ver arriba)</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>Solamente servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Para el plan Choice 2 y el plan Choice 3, se incluyen los servicios dentales preventivos como un beneficio del plan.</p> <p>Cubre lo siguiente: Restauraciones (empastes)</p> <p>Los servicios complejos incluyen lo siguiente: coronas; puentes fijos; prótesis dentales parciales y completas; ajustes de prótesis dentales; reparaciones de puentes fijos y prótesis dentales parciales y completas; recementación de puentes fijos, coronas e incrustaciones; extracciones y cirugía bucal; tratamientos de conducto; implantes; alisado y raspado periodontal; cirugía periodontal y mantenimiento</p>



## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Choice 1 (HMO)	Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)
Servicios de la visión: <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de la visión</li> <li>Anteojos, de rutina</li> <li>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> </ul>	Copago de \$30 por visita  Sin cobertura  No paga nada	Copago de \$10 por visita  Sin cobertura  No paga nada
Servicios de salud mental: <ul style="list-style-type: none"> <li>Visita de pacientes hospitalizados</li> <li>Visita de pacientes ambulatorios</li> </ul>	\$1,763 por internación  Copago de \$30 por visita	\$1,763 por internación  Copago de \$10 por visita
Centros de enfermería especializada (SNF)	No paga nada por día, del día 1 al 20, por período de beneficios Copago de \$178 por día, del día 21 al 100, por período de beneficios	No paga nada por día, del día 1 al 20, por período de beneficios Copago de \$178 por día, del día 21 al 100, por período de beneficios
Terapia física	Copago de \$30 por visita	Copago de \$10 por visita
Ambulancia (podría requerir aprobación; no se dispensa en caso de internación) <ul style="list-style-type: none"> <li>Terrestre</li> <li>Aérea</li> </ul>	Copago de \$200  20 % del costo	Copago de \$50  20 % del costo
Transporte	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	10 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare <b>en el hogar</b>  20 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare <b>dispensados en una farmacia minorista, en una farmacia de pedido por correo, en el consultorio del médico y en un centro ambulatorio</b>	10 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare <b>en el hogar</b>  20 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare <b>dispensados en una farmacia minorista, en una farmacia de pedido por correo, en el consultorio del médico y en un centro ambulatorio</b>

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Plan ConnectiCare Choice 3 (HMO)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Choice 1, Choice 2 y Choice 3
<p>Copago de \$45 por visita</p> <p>Asignación de \$200 cada dos años</p> <p>No paga nada</p>	<p>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.</p> <p>Debe obtener los anteojos en un plazo de 12 meses después de la cirugía.</p>
<p>\$1,763 por internación después de pagar su deducible del plan</p> <p>Copago de \$40 por visita</p>	<p>El costo compartido se aplica cada vez que es hospitalizado en un centro psiquiátrico. Se requiere autorización previa</p>
<p>Después de que usted paga el deducible de su plan, usted abona:</p> <p>Nada por día, del día 1 al 20, por período de beneficios</p> <p>Copago de \$178 por día, del día 21 al 100, por período de beneficios</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <p>Se requiere autorización previa</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. No se aplican límites a la cantidad de períodos de beneficios.</p>
<p>Copago de \$40 por visita</p>	
<p>Copago de \$385</p> <p>20 % del costo</p>	<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 urgente y servicios de ambulancia terrestre de emergencia fuera de los Estados Unidos. Algunos servicios que no son de emergencia requieren autorización previa.</p> <p>No tiene cobertura para servicios de ambulancia aérea fuera de los Estados Unidos.</p>
<p>Sin cobertura</p>	
<p>10 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare <b>en el hogar</b></p> <p>20 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare <b>dispensados en una farmacia minorista, en una farmacia de pedido por correo, en el consultorio del médico y en un centro ambulatorio</b></p>	<p>Cubrimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su médico.</p> <p>Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa</p>

# Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

## Medicamentos de venta bajo receta para los planes ConnectiCare Choice 1 (HMO) y Choice 3 (HMO)

Nuestro plan agrupa a cada medicamento en uno de cinco "niveles". Tendrá que usar el formulario (la lista de medicamentos cubiertos) para saber a qué nivel pertenece un medicamento.

### Cuatro etapas de cobertura de medicamentos

#### Deducible

El deducible es el monto que usted paga antes de que su plan comience a pagar. Este deducible es para farmacias minoristas y entrega a domicilio. No hay deducible para los medicamentos del Nivel 1 (genéricos preferidos) y del Nivel 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 (nivel de especialidad).

#### Cobertura inicial

Después de que alcance el deducible, ingresará en la fase de cobertura inicial.

En esta fase, usted y el plan comparten los costos de algunos de los medicamentos cubiertos hasta que sus costos totales de medicamentos, incluido el deducible, superen \$4,020. Los costos totales de medicamentos que paga usted y nuestro plan de la Parte D lo ayudarán a llegar a la brecha de cobertura.

#### Costo compartido minorista

Planes ConnectiCare Choice 1 y ConnectiCare Choice 3 Suministro de medicamentos para 30 días							
Nivel	Deducible		Cobertura inicial \$0-\$4,020:		Brecha de cobertura \$4,021-\$6,350		Catastrófico Más de \$6,350
	Plan Choice 1 Usted paga	Plan Choice 3 Usted paga	Farmacia estándar	Farmacia estándar	Plan Choice 1 Usted paga	Plan Choice 3 Usted paga	Usted paga el mayor de:
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$2	\$9	\$2/\$9*	25 %	5 % o \$3.60
Nivel 2: medicamentos genéricos	\$0	\$0	\$10	\$20	\$10/ \$20*	25 %	5 % o \$3.60
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	\$300	\$435	\$42	\$47	25 %	25 %	5 % o \$8.95
Nivel 4: medicamentos no preferidos			\$95	\$100	25 %	25 %	5 % o \$8.95
Nivel 5: nivel de especialidad			27 % para el plan Choice 1 25 % para el plan Choice 3	27 % para el plan Choice 1 25 % para el plan Choice 3	25 %	25 %	5 % o \$3.60 para medicamentos de especialidad genéricos 5 % o \$8.95 para medicamentos de especialidad de marca

\*Costo compartido en una farmacia preferida/farmacia estándar

# Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

## Costo compartido de pedido por correo

Planes ConnectiCare Choice 1 y ConnectiCare Choice 3		
Nivel	Cobertura inicial \$0-\$4,020	
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	\$10	\$25
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	\$42	\$126
Nivel 4: medicamentos no preferidos	\$95	\$285
Nivel 5: nivel de especialidad	27 % para el plan Choice 1 25 % para el plan Choice 3	No disponible en un suministro a largo plazo

Si usted vive en un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.

### Brecha de cobertura

La brecha 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 \$4,020.

Durante la brecha de cobertura en 2020:

- Para el plan Choice 1, seguirá pagando sus copagos establecidos para los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2, y el 25 % del costo del plan para los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.
- Para el plan Choice 3, pagará el 25 % del costo del plan para todos los medicamentos.

Usted ingresa en la etapa de cobertura en caso de catástrofe una vez que sus costos de bolsillo reales (TrOOP) anuales superan \$6,350. Los costos que usted paga y el pago del descuento del fabricante para los medicamentos de marca se computan para sus costos de bolsillo reales y lo ayudan a salir de la brecha de cobertura. **No todos llegan al período sin cobertura.**

### Cobertura en caso de catástrofe

Después de que sus costos de bolsillo reales anuales por medicamentos superen **\$6,350**, usted pagará la suma que resulte mayor entre: el 5 % del costo o **\$3.60** para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y **\$8.95** para todos los demás medicamentos.

### Cómo calificar para recibir Ayuda adicional o Subsidio por bajos ingresos (LIS)

Si usted califica para recibir Ayuda adicional para los costos del plan de medicamentos de venta bajo receta de Medicare, el monto que usted paga por el seguro todos los meses y el costo en la farmacia serán inferiores.

El monto del nivel de Ayuda adicional o Subsidio por bajos ingresos (LIS) decidirá el monto que usted pagará por el seguro todos los meses como miembro de nuestro plan.

Para obtener más información sobre los subsidios disponibles de la Parte D de Medicare (el dinero que entrega el gobierno para ayudar a pagar los medicamentos de la Parte D), llame a:

- ConnectiCare al 1-877-224-8220 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre.
- Seguro Social al 800-772-1213 (TTY: 800-325-0778), de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. O visite **ssa.gov**. El Seguro Social también puede proporcionarle una solicitud.

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Otros beneficios	Plan ConnectiCare Choice 1 (HMO)	Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO)
Atención de los pies (servicios de podología): • Tratamiento y exámenes de los pies (Exámenes de rutina no cubiertos)	Copago de \$30 por visita	Copago de \$10 por visita
Atención quiropráctica	Copago de \$20 por visita	Copago de \$20 por visita
Terapia ocupacional, del habla y del lenguaje	Copago de \$30 por visita	Copago de \$10 por visita
Terapia cardíaca	Copago de \$30 por visita	Copago de \$10 por visita
Terapia cardíaca intensiva	Copago de \$100 por visita	Copago de \$100 por visita
Terapia pulmonar	Copago de \$30 por visita	Copago de \$10 por visita
Atención de la salud en el hogar	No paga nada	No paga nada
Cuidados paliativos	No paga nada	No paga nada
Equipo y suministros médicos: • Equipo médico duradero (p. ej., sillas de rueda, oxígeno) • Prótesis (p. ej., férulas, extremidades artificiales)	20 % del costo  20 % del costo	No paga nada  No paga nada
Capacitación y suministros para la diabetes: • Suministros para la diabetes (incluyen suministros de control y calzados o plantillas terapéuticos) • Educación sobre nefropatía	20 % del costo  No paga nada	No paga nada  No paga nada
Programas de bienestar: • Acondicionamiento físico • Teladoc®	No paga nada  Copago de \$45 por visita	No paga nada  Copago de \$45 por visita
Atención urgente y de emergencia en todo el mundo (cobertura fuera de los Estados Unidos)	Copago de \$90	Copago de \$90

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual "**Medicare y usted**". Véalo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos como braille, letra grande o audio.

## Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Choice

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

<b>Plan ConnectiCare Choice 3 (HMO)</b>	<b>Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Choice 1, Choice 2 y Choice 3</b>
Copago de \$45 por visita	Tratamiento y exámenes si tiene lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes y/o cumple ciertos criterios
Copago de \$20 por visita	Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de su columna vertebral se salen de su posición)
Copago de \$40 por visita	
Copago de \$45 por visita Copago de \$100 por visita Copago de \$30 por visita	Se requiere autorización previa
No paga nada	Se requiere autorización previa
No paga nada	Tiene cobertura para cuidados paliativos en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Medicare Original, y no nuestro plan, pagará los servicios paliativos. Es posible que deba pagar parte del costo de medicamentos y atención de relevo.
20 % del costo	Algunos servicios requieren autorización previa
20 % del costo	Algunos servicios requieren autorización previa
20 % del costo  No paga nada	
No paga nada Copago de \$45 por visita	Incluye el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®
Copago de \$90	Existe un límite anual de \$50,000 combinado para atención de emergencia, atención urgente 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 I-9 para obtener información adicional sobre costos compartidos para servicios de ambulancia.

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. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al 1-877-224-8220 (TTY: 711). Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de cada año. El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Le avisaremos cuando sea necesario. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Hay otros proveedores disponibles en nuestra red. SilverSneakers® es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. ©2020 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. ©2019 Teladoc Health, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc es una marca comercial registrada de Teladoc Health, Inc. y no puede utilizarse sin un permiso por escrito. ConnectiCare cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-224-2273 (TTY: 711). ©2019 ConnectiCare, Inc. & Affiliates

# Lista de verificación previa a la inscripción 2020

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al Cliente al 1-877-224-8220 (TTY: 711). Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del este, hora estándar del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del este.

## Comprenda los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente en relación con aquellos servicios por los cuales habitualmente consulta a un médico. Visite [connecticare.com/medicare](https://connecticare.com/medicare) o llame al 1-877-224-8220 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que el médico que lo trata ahora forme parte de la red. Si no figura allí, significa que probablemente deba seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para obtener sus medicina de venta bajo receta forme parte de la red. Si la farmacia no figura allí, significa que probablemente deba seleccionar una nueva farmacia donde obtener sus medicamentos.

## Comprenda las reglas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. La prima, por lo general, se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2021.
- Excepto en casos de emergencia o situaciones urgentes, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).

**ConnectiCare**



ConnectiCare, Inc. es un plan HMO/HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato. ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-224-2273 (TTY: 711).  
©2019 ConnectiCare, Inc. & Affiliates