

Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)
Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)
Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)

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 Flex

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, o bien puede llamarnos a los números de teléfono que se indican a continuación y le enviaremos unacopia.

¿Quién puede unirse?

Para unirse a un plan Flex de ConnectiCare, 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?

Los planes ConnectiCare Flex cuentan con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Para algunos servicios, usted puede usar proveedores inscritos en Medicare que no se encuentran 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 al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a servicios fuera de la red. Si recibe atención de un proveedor fuera de la red o no contratado, pagaremos los mismos servicios que cubrimos dentro de la red, siempre y cuando 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 Servicios para los Miembros es 1-800-224-2273 (TTY: 711) y está disponible los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del este.

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos 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. 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. 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: 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.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-224-2273 (TTY: 711).

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)
Prima del plan mensual:		
Para beneficiarios de Medicare que viven en los condados de Hartford, Litchfield, Middlesex y Tolland	\$240	\$133
Para beneficiarios de Medicare que viven en los condados de Fairfield, New Haven, New London y Windham	\$240	\$133
Deducible médico	No paga nada	No paga nada
Monto máximo de gastos de bolsillo <i>(no incluye medicamentos de venta bajo receta)</i>	Dentro de la red: \$5,300 por año Fuera de la red: \$10,000 por año	Dentro de la red: \$6,000 por año Fuera de la red: \$10,000 por año
Cobertura de pacientes hospitalizados	Dentro de la red: Copago de \$285 por día, del día 1 al 6, por estadía No paga nada por día, del día 7 en adelante, por estadía Fuera de la red: Copago de \$450 por día, del día 1 al 6, por estadía No paga nada por día, del día 7 en adelante, por estadía	Dentro de la red: Copago de \$375 por día, del día 1 al 4, por estadía No paga nada por día, del día 5 en adelante, por estadía Fuera de la red: 30 % del costo por día

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3
\$49	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.
\$69	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.
No paga nada	Estos planes no cuentan con un deducible para beneficios médicos.
<p>Dentro de la red: \$5,500 por año</p> <p>Fuera de la red: \$10,000 por año</p>	Este es el máximo que paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos durante el año.
<p>Dentro de la red: Copago de \$465 por día, del día 1 al 4, por estadía</p> <p>No paga nada por día, del día 5 en adelante, por estadía</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por día</p>	El costo compartido se aplica cada vez que es internado en un hospital. Cada estadía hospitalaria requiere autorización previa.

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)
<p>Cobertura de pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <i>(incluidos servicios de observación)</i> • Centros de cirugía ambulatoria 	<p>Dentro de la red: Copago de \$200</p> <p>Fuera de la red: 20 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$100</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$250</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$250</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$150</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo</p>
<p>Visitas médicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de atención primaria (PCP) • Especialistas 	<p>Dentro de la red: En un Sanitas Medical Center: No paga nada Para todos los demás proveedores de atención primaria: Copago de \$15 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p>	<p>Dentro de la red: En un Sanitas Medical Center: No paga nada Para todos los demás proveedores de atención primaria: Copago de \$15 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$50 por visita</p>
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

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3
<p>Dentro de la red: Copago de \$325</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$200</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p>	<p>Algunos servicios requieren autorización previa</p> <p>Algunos servicios requieren autorización previa</p>
<p>Dentro de la red: En un Sanitas Medical Center: No paga nada Para todos los demás proveedores de atención primaria: Copago de \$5 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo 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>

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)
Servicios de atención urgente	Copago de \$30 por visita dentro de los Estados Unidos	Copago de \$35 por visita dentro de los Estados Unidos
<p>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="82 632 630 737">• Servicio de radiología de diagnóstico (p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI]) <li data-bbox="82 842 443 873">• Servicios de laboratorio <li data-bbox="82 1052 477 1125">• Procedimientos y pruebas de diagnóstico <li data-bbox="82 1262 501 1335">• Radiografías para pacientes ambulatorios 	<p>Dentro de la red: Copago de \$200</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$10</p> <p>Fuera de la red: 20 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$25</p> <p>Fuera de la red: 20 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$35</p> <p>Fuera de la red: 20 % del costo</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$250</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$15</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$25</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$40</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo</p>
<p>Servicios de audición:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="82 1629 407 1661">• Examen de audición 	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$50 por visita</p>

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3
<p>Copago de \$50 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>Dentro de la red: Copago de \$275</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$20</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$25</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$45</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</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>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo 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 Flex

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

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)
<p>Servicios dentales: Servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios dentales preventivos y de diagnóstico: Incluye exámenes bucales, limpiezas, radiografías de aleta de mordida y radiografías panorámicas Panorex o serie completa</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$40 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>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$50 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>Beneficio complementario opcional</p>	<p>Servicios dentales preventivos e integrales: Prima mensual de \$39 Deducible para el año calendario de \$100 (los servicios preventivos no están sujetos al deducible para el año calendario) Máximo de beneficios anuales de \$2,000</p>	<p>Servicios dentales preventivos e integrales: Prima mensual de \$39 Deducible para el año calendario de \$100 (los servicios preventivos no están sujetos al deducible para el año calendario) Máximo de beneficios anuales de \$2,000</p>
<p>Servicios dentales preventivos (para planes Flex 1 y Flex 2)</p>	<p>No paga nada para exámenes orales, limpiezas y radiografías (se aplican limitaciones)</p>	<p>No paga nada para exámenes orales, limpiezas y radiografías (se aplican limitaciones)</p>
<p>Servicios dentales integrales: Servicios básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración <p>Servicios dentales complejos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endodoncia, periodoncia, extracciones • Prótesis, otras cirugías bucales/ maxilofaciales, otros servicios 	<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>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 Flex

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

Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3
<p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p> <p>No paga nada Cubre hasta un examen bucal y una limpieza cada 6 meses</p> <p>Cubre una radiografía estándar cada 6 meses y una serie completa (radiografías panorámicas Panorex) cada 36 meses</p> <p>Puede contratar servicios dentales integrales como un beneficio complementario opcional (véase a continuación)</p> <p>Servicios dentales integrales:</p> <p>Prima mensual de \$29 Deducible para el año calendario de \$100</p> <p>Máximo de beneficios anuales de \$2,000 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>El plan Flex 3 incluye 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 Flex

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

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)
<p>Servicios de la visión:</p> <p>Examen de la visión</p> <p>Anteojos, de rutina</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Dentro de la red: No paga nada</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Dentro de la red: No paga nada</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p>
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de pacientes hospitalizados • Visita de pacientes ambulatorios 	<p>Dentro de la red: \$1,763 por internación</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo por visita</p>	<p>Dentro de la red: \$1,763 por internación</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo por visita</p>
<p>Centros de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>Dentro de la red: no paga 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>Fuera de la red: 40 % del costo por día, del día 1 al 100, por período de beneficios</p>	<p>Dentro de la red: No paga 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>Fuera de la red: 40 % del costo por día, del día 1 al 100, por período de beneficios</p>

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3
<p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p> <p>Dentro de la red: Asignación de \$300 por año calendario</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p> <p>Dentro de la red: No paga nada</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</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>Dentro de la red: \$1,763 por internación</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$40 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p>	<p>El costo compartido se aplica cada vez que es hospitalizado en un centro psiquiátrico.</p> <p>Se requiere autorización previa</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Dentro de la red: No paga 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>Fuera de la red: 50 % del costo por día, del día 1 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>

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Primas y beneficios	Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)
Terapia física	Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Fuera de la red: Copago de \$40 por visita	Dentro de la red: Copago de \$35 por visita Fuera de la red: Copago de \$50 por visita
Ambulancia (podría requerir aprobación; no se dispensa en caso de internación) <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="82 657 235 688">• Terrestre <li data-bbox="82 940 191 972">• Aérea 	Dentro de la red: Copago de \$200 Fuera de la red: Copago de \$200 Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 20 % del costo	Dentro de la red: Copago de \$300 Fuera de la red: Copago de \$300 Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 20 % del costo
Transporte	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	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 pedido por correo, en el consultorio del médico y en un centro ambulatorio Fuera de la red: 40 % del costo	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 pedido por correo, en el consultorio del médico y en un centro ambulatorio Fuera de la red: 40 % del costo

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3
<p>Dentro de la red: Copago de \$40 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p>	
<p>Dentro de la red: Copago de \$325</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$325</p> <p>Dentro de la red: 20 % del costo</p> <p>Fuera de la red: 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.</p> <p>Algunos servicios que no son de emergencia requieren autorización previa.</p> <p>Los servicios de ambulancia aérea fuera de los Estados Unidos no están cubiertos.</p>
Sin cobertura	
<p>Dentro de la red: 10 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare en el hogar</p> <p>20 % del costo de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare dispensados en una farmacia minorista, en una farmacia de pedido por correo, en el consultorio del médico y en un centro ambulatorio</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</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 Flex

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

Medicamentos de venta bajo receta para los planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3 (HMO-POS)

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 Flex 1, Flex 2 y Flex 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
	Usted paga	Farmacia preferida	Farmacia estándar	En el Plan Flex 1 usted paga	En los Planes Flex 2 y Flex 3 usted paga	Usted paga el mayor de:
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$2	\$9	\$2/\$9*	25 %	5 % o \$3.60
Nivel 2: medicamentos genéricos	\$0	\$10	\$20	\$10/ \$20*	25 %	5 % o \$3.60
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	\$300	\$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 %	27 %	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 Flex

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

Costo compartido de pedido por correo

Planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 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 %	No disponible en el 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 Flex 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 los planes Flex 2 y Flex 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 Flex

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

Otros beneficios	Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)
<p>Atención de los pies (servicios de podología)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento y exámenes de los pies (exámenes de rutina no cubiertos) 	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$50 por visita</p>
Atención quiropráctica	<p>Dentro de la red: Copago de \$20 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$20 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$50 por visita</p>
Terapia ocupacional, del habla y del lenguaje	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$50 por visita</p>
<p>Terapia cardíaca</p> <p>Terapia cardíaca intensiva</p> <p>Terapia pulmonar</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$100 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$100 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$50 por visita</p>
Atención de la salud en el hogar	<p>Dentro de la red: No paga nada</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo</p>	<p>Dentro de la red: No paga nada</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo</p>

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3
<p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p>	<p>Tratamiento y exámenes si tiene lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes y/o cumple ciertos criterios</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$20 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p>	<p>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 \$40 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p>	
<p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$100 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p>	<p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Dentro de la red: No paga nada</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p>	<p>Se requiere autorización previa</p>

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Otros beneficios	Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS)	Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS)
Cuidados paliativos	No paga nada	No paga nada
Equipo y suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (p. ej., sillas de rueda, oxígeno) Prótesis (p. ej., férulas, extremidades artificiales) 	Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 40 % del costo Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 40 % del costo	Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 40 % del costo Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 40 % del costo
Capacitación y suministros para la diabetes: <ul style="list-style-type: none"> Suministros para la diabetes (incluyen suministros de control y calzados o plantillas terapéuticos) Educación sobre nefropatía 	Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 20 % del costo Dentro de la red: No paga nada Fuera de la red: 20 % del costo	Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 30 % del costo Dentro de la red: No paga nada Fuera de la red: 20 % del costo
Programas de bienestar: <ul style="list-style-type: none"> Acondicionamiento físico Teladoc® 	No paga nada Dentro de la red: Copago de \$45 por visita Fuera de la red: Sin cobertura	No paga nada Dentro de la red: Copago de \$45 por visita Fuera de la red: Sin cobertura
Atención urgente y de emergencia en todo el mundo (cobertura fuera de los Estados Unidos)	Copago de \$90 por visita	Copago de \$90 por visita

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual **"Medicare y usted"**. Consúltelo en línea en <http://www.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.

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

Resumen de beneficios: planes ConnectiCare Flex

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

Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debe saber acerca de los planes ConnectiCare Flex 1, Flex 2 y Flex 3
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.
<p>Dentro de la red: 20 % del costo</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p> <p>Dentro de la red: 20 % del costo</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p>	<p>Algunos servicios requieren autorización previa</p> <p>Algunos servicios requieren autorización previa</p>
<p>Dentro de la red: 20 % del costo</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p> <p>Dentro de la red: No paga nada</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p>	
<p>No paga nada</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$45 por visita</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p>	Incluye el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®
Copago de \$90 por visita	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 III- 13 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). Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de ConnectiCare, excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a servicios fuera de la red. 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

- 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 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.
- Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos ciertos servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en casos de emergencia o situaciones urgentes, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. Asimismo, usted pagará un copago más alto por los servicios que reciba de proveedores no contratados.

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