ConnectiCare Benefits, Inc.

Mercado individual

# Choice Bronze Alternative POS con cobertura dental y de la vista (ZCSR)

PROGRAMA DE BENEFICIOS

Plan con red sin niveles

Choice Network: incluye proveedores solo en Connecticut

| Deducible y máximo de gastos de bolsillo | Dentro de la Red (INET)<br>El miembro paga | Fuera de la red (OON)<br>El miembro paga |
|---|---|---|
| **Deducible del plan** | | |
| **Individual** | N/C | N/C |
| **Familiar** | N/C | N/C |
| **Deducible separado de medicamentos con receta** | | |
| **Individual** | N/C | N/C |
| **Familiar** | N/C | N/C |
| **Máximo de gastos de bolsillo** (incluye deducible, copago y coseguro) | | |
| **Individual** | N/C | N/C |
| **Familiar** | N/C | N/C |
| **Beneficios** | **Dentro de la Red (INET)**<br>**El miembro paga** | **Fuera de la red (OON)**<br>**El miembro paga** |
| **Visitas al consultorio del proveedor** | | |
| **Visita preventiva (adultos/niños)** | Sin costo | Sin costo |
| **Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria** (incluye servicios por enfermedad, lesión, atención de seguimiento y consultas) | Sin costo | Sin costo |
| **Servicios de telemedicina** (servicios prestados por un proveedor de Teladoc®) | **Servicios médicos y de salud mental generales:** Sin costo | Sin costo |
| **Visitas al consultorio de un especialista** | Sin costo | Sin costo |
| **Visita al consultorio de salud mental y por trastorno por uso de sustancias ilícitas** | Sin costo | Sin costo |
| **Servicios de diagnóstico para pacientes ambulatorios** | | |
| **Radiología avanzada** (TAC/TEP, RMN) | Sin costo | Sin costo |
| **Servicios de laboratorio** | Sin costo | Sin costo |
| **Radiología no avanzada** (Radiografía, diagnóstico) | Sin costo | Sin costo |
| **Mamografía, ecografía/RMN** (sin costo para pruebas de detección y diagnóstico si están dentro de las regulaciones estatales o federales) | Sin costo | Sin costo |
| **Medicamentos con receta: farmacia minorista (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta)** | | |
| **Medicamentos genéricos Nivel 1** | Sin costo | Sin costo |
| **Medicamentos de marca preferidos Nivel 2** | Sin costo | Sin costo |
| **Medicamentos de marca no preferidos Nivel 3** | Sin costo | Sin costo |
| **Medicamentos especializados Nivel 4** | Sin costo | Sin costo |

| Beneficios | Dentro de la Red (INET)<br>El miembro paga | Fuera de la red (OON)<br>El miembro paga |
|---|---|---|
| **Medicamentos con receta: farmacia de pedido por correo (costo compartido basado en un suministro para 90 días por receta)** | | |
| **Medicamentos genéricos**<br>**Nivel 1** | Sin costo | Sin costo |
| **Medicamentos de marca preferidos**<br>**Nivel 2** | Sin costo | Sin costo |
| **Medicamentos de marca no preferidos**<br>**Nivel 3** | Sin costo | Sin costo |
| **Servicios de rehabilitación y habilitación para pacientes ambulatorios (límite de 40 visitas por año calendario combinado para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional de rehabilitación, límite separado de 40 visitas por año calendario combinado para terapia del habla, fisioterapia y terapia ocupacional de habilitación)** | | |
| **Terapia del habla** | Sin costo | Sin costo |
| **Fisioterapia y terapia ocupacional** | Sin costo | Sin costo |
| **Otros servicios** | | |
| **Servicios quiroprácticos**<br>(hasta 20 visitas por año calendario) | Sin costo | Sin costo |
| **Equipos y suministros para la diabetes** | Sin costo | Sin costo |
| **Equipo médico duradero (DME)** | Sin costo | Sin costo |
| **Servicios de atención médica domiciliaria**<br>(hasta 100 visitas por año calendario) | Sin costo | Sin costo |
| **Servicios ambulatorios**<br>(en un hospital o en un centro ambulatorio) | Sin costo | Sin costo |
| **Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados** | | |
| **Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados** (incluidos servicios de salud mental, trastorno por uso de sustancias ilícitas, maternidad, cuidados paliativos, centro de enfermería especializada* y todos los entornos de IP)<br><br>* la estadía en un centro de enfermería especializada se limita a 90 días por año calendario | Sin costo | Sin costo |
| **Atención de urgencia y emergencia** | | |
| **Servicios de ambulancia** | Sin costo | Sin costo |
| **Sala de emergencias** | Sin costo | Sin costo |
| **Centro de atención de urgencia** | Sin costo | Sin costo |
| **Atención dental pediátrica (miembros cubiertos hasta los 26 años)** | | |
| **Preventivos y de diagnóstico** | Sin costo | Sin costo |
| **Servicios básicos** | Sin costo | Sin costo |
| **Servicios importantes** | Sin costo | Sin costo |
| **Servicios de ortodoncia**<br>**(solo médicamente necesarios)** | Sin costo | Sin costo |

| Beneficios | Dentro de la Red (INET)<br>El miembro paga | Fuera de la red (OON)<br>El miembro paga |
|---|---|---|
| **Atención dental para adultos (para miembros mayores de 26 años)** | | |
| **Atención dental preventiva para adultos**<br>(para miembros mayores de 26 años) | Sin costo | Sin costo |
| **Atención dental de rutina para adultos**<br>(para miembros mayores de 26 años) | Sin costo | Sin costo |
| **Atención de la vista pediátrica (miembros cubiertos hasta los 26 años)** | | |
| **Anteojos recetados**<br>(Un proveedor de VSP participante debe brindar los servicios para recibir beneficios dentro de la red)<br><br>(un par de marcos y lentes o lentes de contacto por año calendario) | Lentes: $0<br>Marco de colección: $0<br>Marco que no es de la colección:<br>Los miembros que decidan pasar de un marco de colección a uno que no sea de colección recibirán un crédito sustancialmente igual al costo del marco de colección y tendrán derecho a cualquier descuento negociado por el transportista con el minorista. | Sin costo |
| **Examen de la vista de rutina realizado por un especialista**<br>(Un proveedor de VSP participante debe brindar los servicios para recibir beneficios dentro de la red)<br><br>(un examen por año calendario) | Sin costo | Sin costo |
| **Servicios de la vista de rutina para adultos (para miembros mayores de 26 años)**<br>**Un proveedor de VSP participante debe brindar los servicios para recibir beneficios dentro de la red.** | | |
| **Examen integral de la vista**<br>(un examen por año calendario) | Sin costo | Sin costo |
| **Prueba de detección rutinaria de la retina** | Sin costo | Sin costo |
| **Marcos para anteojos con receta:**<br>Límite de un par de marcos por año calendario (asignación de hasta $150)<br>**Lentes:**<br>Límite de un par por año calendario<br><br>De visión única de cristal o plástico, bifocal con líneas, trifocal con líneas o lentes lenticulares | Sin costo | Sin costo |
| **Lentes de contacto con receta**<br>(En lugar de los anteojos con receta, los materiales y los servicios se limitan a un par de lentes de contacto hasta $150 por año calendario. Los lentes de contacto médicamente necesarios para afecciones médicas específicas requieren autorización previa). | Sin costo | Sin costo |
| **Servicios cubiertos adicionales** | | |
| **Inyecciones para la alergia**<br>(Sin límite) | Sin costo | Sin costo |
| **Pruebas de alergias**<br>(Una visita por año calendario) | Sin costo | Sin costo |
| **Extremidades artificiales**<br>(incluye suministros y equipos asociados) | Sin costo | Sin costo |

| Beneficios | Dentro de la Red (INET)<br>El miembro paga | Fuera de la red (OON)<br>El miembro paga |
|---|---|---|
| **Terapia de infusión**<br>(cuando los servicios se prestan en el consultorio de un especialista o en un centro de infusión independiente) | Sin costo | Sin costo |
| **Productos alimenticios modificados y fórmulas especializadas** | Sin costo | Sin costo |
| **Tratamiento ambulatorio de salud mental y para trastornos por consumo de alcohol y uso de sustancias ilícitas**<br>(tratamiento ambulatorio intensivo y hospitalización parcial) | Sin costo | Sin costo |
| **Clínica minorista** | Sin costo | Sin costo |

## Información importante

- Este es un breve resumen de los beneficios. Consulte la EOC (Evidencia de Cobertura) de ConnectiCare Benefits, Inc. para obtener detalles completos sobre los beneficios, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones. Todos los beneficios descritos son por miembro por año calendario.
- Hay un suministro para 90 días de medicamentos de mantenimiento seleccionados que se pueden surtir en cualquier farmacia de la red.
- Los detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de las pruebas de detección y los servicios de control de cáncer ovárico están disponibles en su EOC.
- Para obtener más detalles sobre mamografías, ecografías de mamas y RMN de mamas, consulte la EOC.
- Los medicamentos de insulina y que no son de insulina tienen cobertura hasta un costo compartido máximo de $25 por cada suministro para 30 días.
- Los dispositivos para la diabetes y los dispositivos para la cetoacidosis diabética tienen cobertura hasta un costo compartido máximo de $100 por suministro para 30 días.
- Consulte su EOC para conocer los máximos de costos compartidos adicionales con respecto a los servicios para la diabetes. Algunos servicios para la diabetes se incluyen en la atención preventiva y es posible que no se aplique el costo compartido.
- Un **centro de cirugía ambulatoria** es una instalación que brinda exclusivamente servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no excede las 24 horas. Los centros de cirugía ambulatoria no son propiedad de un hospital.
- Un **centro hospitalario para pacientes ambulatorios** ofrece procedimientos quirúrgicos y atención relacionada que, en la opinión del médico tratante, pueden realizarse de manera segura sin requerir atención hospitalaria para pacientes hospitalizados durante la noche. Los centros hospitalarios para pacientes ambulatorios son propiedad de un hospital o sistema hospitalario.
- Si tiene preguntas sobre su plan, visite nuestro sitio web en www.connecticare.com o llámenos al (860) 674-5757 o al 1-800-251-7722.
- Para obtener más información sobre sus beneficios de **Teladoc®**, comuníquese con **Teladoc®** desde teladochealth.com/connecticarecore o llame al 1-800-835-2362 (TTY: 711).
- El reembolso fuera de la red se basa en el monto máximo permitido. Los miembros son responsables de pagar cualquier cargo que supere este monto. Consulte la EOC de ConnectiCare Benefits, Inc. para obtener más información.
- En virtud de este programa, los medicamentos con receta y los suministros cubiertos se clasifican en categorías (es decir, niveles) para determinar cómo se cubrirán y cuál será el costo compartido del miembro. La clasificación de un medicamento o suministro en uno de los niveles la determina el Departamento de Servicios de Farmacia de ConnectiCare y la aprueba el Comité de Farmacia y Terapéutica de ConnectiCare con base en la eficacia clínica y el costo del medicamento o suministro, y no en si se trata de un medicamento o suministro genérico o de marca.
- Los montos pagados por los miembros porque deben pagar una diferencia de precio por un medicamento de marca no se tienen en cuenta para cumplir con ningún deducible, coseguro, copago o máximo de costo compartido.
- La mayoría de los medicamentos especializados se dispensan a través de farmacias especializadas por correo, con un suministro de hasta 30 días. Las farmacias especializadas tienen el mismo costo compartido para el miembro que todas las demás farmacias participantes y no forman parte del programa de suministro de día extendido de ConnectiCare.
- Muchos servicios requieren que usted obtenga nuestra autorización previa antes de recibir atención. Consulte el “Anexo de autorización previa” en su EOC para obtener una lista detallada de los servicios o llame a Servicios para Miembros al 1-800-251-7722. Sin autorización previa para servicios cubiertos médicamente necesarios, recetados o prestados por proveedores no participantes, los beneficios pueden reducirse entre $500 y un 50%, lo que sea menor.

- Para servicios de salud mental y trastorno por uso de sustancias ilícitas, llame al 1-888-946-4658 para obtener una autorización previa.
- Los servicios preventivos y de bienestar dentro de la red, según la definición del USPSTF (Grupo de Trabajo de Servicios Médicos Preventivos de Estados Unidos), incluidas las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades), y la atención preventiva y las pruebas de detección respaldadas por la HRSA (Administración de Recursos y Servicios de Salud) están exentos de todos los costos compartidos según la Ley PPACA (Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio). Visite nuestro sitio web en www.connecticare.com para ver una lista de los servicios preventivos y de bienestar.