ConnectiCare Benefits, Inc.

Mercado individual

Choice Gold Alternative EPO con cobertura dental y de la vista

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) El miembro paga	Fuera de la red (OON) El miembro paga
Deducible del plan		
Individual	$2,000	N/C
Familiar	$4,000	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	$8,000	N/C
Familiar	$16,000	N/C
Beneficios	**Dentro de la Red (INET)** **El miembro paga**	**Fuera de la red (OON)** **El miembro paga**
Visitas al consultorio del proveedor		
Visita preventiva (adultos/niños)	Copago de $0, no se aplica deducible	Sin cobertura
Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (incluye servicios por enfermedad, lesión, atención de seguimiento y consultas)	Copago de $25 por visita, no se aplica deducible	Sin cobertura
Servicios de telemedicina (servicios prestados por un proveedor de Teladoc®)	**Servicios médicos y de salud mental generales:** copago de $0, no se aplica deducible	Sin cobertura
Visitas al consultorio de un especialista	Copago de $50 por visita, no se aplica deducible	Sin cobertura
Visitas al consultorio de salud mental y por trastorno por uso de sustancias ilícitas	Copago de $25 por visita, no se aplica deducible	Sin cobertura
Servicios de diagnóstico para pacientes ambulatorios		
Radiología avanzada (TAC/TEP, RMN)	Coseguro del 20% por servicio después del deducible INET	Sin cobertura
Servicios de laboratorio	Copago de $10 por servicio, no se aplica deducible	Sin cobertura
Radiología no avanzada (Radiografía, diagnóstico)	Coseguro del 20% por servicio después del deducible INET	Sin cobertura
Mamografía, ecografía/RMN (sin costo para pruebas de detección y diagnóstico si están dentro de las regulaciones estatales o federales)	Coseguro del 20% por servicio después del deducible INET	Sin cobertura
Medicamentos con receta: farmacia minorista (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta)		
Medicamentos genéricos Nivel 1	Copago de $5 por receta; no se aplica deducible	Sin cobertura
Medicamentos de marca preferidos Nivel 2	Copago de $50 por receta; no se aplica deducible	Sin cobertura
Medicamentos de marca no preferidos Nivel 3	Coseguro del 20% por receta después del deducible INET	Sin cobertura

Beneficios	Dentro de la Red (INET) El miembro paga	Fuera de la red (OON) El miembro paga
Medicamentos especializados **Nivel 4**	Coseguro del 30% por receta después del deducible INET	Sin cobertura
Medicamentos con receta: farmacia de pedido por correo (costo compartido basado en un suministro para 90 días por receta)		
Medicamentos genéricos **Nivel 1**	Copago de $15 por receta; no se aplica deducible	Sin cobertura
Medicamentos de marca preferidos **Nivel 2**	Copago de $150 por receta; no se aplica deducible	Sin cobertura
Medicamentos de marca no preferidos **Nivel 3**	Coseguro del 20% por receta después del deducible INET	Sin cobertura
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	Coseguro del 20% por visita después del deducible INET	Sin cobertura
Fisioterapia y terapia ocupacional	Coseguro del 20% por visita después del deducible INET	Sin cobertura
Otros servicios		
Servicios quiroprácticos (hasta 20 visitas por año calendario)	Coseguro del 20% por visita después del deducible INET	Sin cobertura
Equipos y suministros para la diabetes	Coseguro del 20% por equipo/suministro después del deducible INET	Sin cobertura
Equipo médico duradero (DME)	Coseguro del 20% por artículo de DME después del deducible INET	Sin cobertura
Servicios de atención médica domiciliaria (hasta 100 visitas por año calendario)	Coseguro del 20% por visita después del deducible de $50 por separado	Sin cobertura
Servicios ambulatorios (en un hospital o en un centro ambulatorio)	Coseguro del 20% por visita después del deducible INET	Sin cobertura
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) * la estadía en un centro de enfermería especializada se limita a 90 días por año calendario	Coseguro del 20% por admisión después del deducible INET	Sin cobertura
Atención de urgencia y emergencia		
Servicios de ambulancia	Coseguro del 20% por servicio después del deducible INET	Igual que dentro de la red
Sala de emergencias	Coseguro del 20% por visita después del deducible INET	Igual que dentro de la red
Centro de atención de urgencia	Copago de $60 por visita, no se aplica deducible	Sin cobertura
Atención dental pediátrica (miembros cubiertos hasta los 26 años)		
Preventivos y de diagnóstico	Copago de $0, no se aplica deducible	Sin cobertura
Servicios básicos	Coseguro del 50% por visita después del deducible INET	Sin cobertura
Servicios importantes	Coseguro del 50% por visita después del deducible INET	Sin cobertura

Beneficios	Dentro de la Red (INET) El miembro paga	Fuera de la red (OON) El miembro paga
Servicios de ortodoncia (solo médicamente necesarios)	Coseguro del 50% por visita después del deducible INET	Sin cobertura
Atención dental para adultos (para miembros mayores de 26 años)		
Atención dental preventiva para adultos (para miembros mayores de 26 años)	Copago de $0, no se aplica deducible	Sin cobertura
Atención dental de rutina para adultos (para miembros mayores de 26 años)	Copago de $0, no se aplica deducible	Sin cobertura
Atención de la vista pediátrica (personas cubiertas hasta los 26 años)		
Anteojos recetados (Un proveedor de VSP participante debe brindar los servicios para recibir beneficios dentro de la red) (un par de marcos y lentes o lentes de contacto por año calendario)	Lentes: copago de $0; marco de colección: copago de $0; marco que no es de colección: 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 cobertura
Examen de la vista de rutina realizado por un especialista (Un proveedor de VSP participante debe brindar los servicios para recibir beneficios dentro de la red) (un examen por año calendario)	Copago de $0 por visita, no se aplica deducible	Sin cobertura
Servicios de la vista de rutina para adultos (para miembros mayores de 26 años) **Un proveedor de VSP participante debe brindar los servicios para recibir beneficios dentro de la red.**		
Examen integral de la vista (un examen por año calendario)	Copago de $0, no se aplica deducible	Sin cobertura
Prueba de detección rutinaria de la retina	Copago de $39 por examen, no se aplica deducible	Sin cobertura
Marcos para anteojos con receta: Límite de un par de marcos por año calendario (asignación de hasta $150) **Lentes:** Límite de un par por año calendario De visión única de cristal o plástico, bifocal con líneas, trifocal con líneas o lentes lenticulares	Copago de $0, no se aplica deducible	Sin cobertura
Lentes de contacto con receta (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).	Copago de $0, no se aplica deducible	Sin cobertura
Servicios cubiertos adicionales		
Inyecciones para la alergia (Sin límite)	Consulte las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria o de un especialista.	Sin cobertura
Pruebas de alergias (Una visita por año calendario)	Consulte las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria o de un especialista.	Sin cobertura
Extremidades artificiales (incluye suministros y equipos asociados)	Coseguro del 20% después del deducible INET	Sin cobertura

Beneficios	Dentro de la Red (INET) El miembro paga	Fuera de la red (OON) El miembro paga
Terapia de infusión (cuando los servicios se prestan en el consultorio de un especialista o en un centro de infusión independiente)	Copago de $50 por visita, no se aplica deducible	Sin cobertura
Productos alimenticios modificados y fórmulas especializadas	Coseguro del 20% después del deducible INET	Sin cobertura
Tratamiento ambulatorio de salud mental y para trastornos por consumo de alcohol y uso de sustancias ilícitas (tratamiento ambulatorio intensivo y hospitalización parcial)	Coseguro del 20% por visita después del deducible INET	Sin cobertura
Clínica minorista	Copago de $25 por visita, no se aplica deducible	Sin cobertura

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).
- 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.
- 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.