ConnectiCare Benefits, Inc.

Mercado individual

Value Gold Alternative POS

PROGRAMA DE BENEFICIOS

Plan con red sin niveles

Value 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	$7,000
Familiar	$4,000	$14,000
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	$17,000
Familiar	$16,000	$34,000
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	Coseguro del 50%, no se aplica deducible
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	Coseguro del 50% por visita después del deducible OON
Servicios de telemedicina (servicios prestados por un proveedor de Teladoc®)	**Servicios médicos y de salud mental generales:** copago de $0, no se aplica deducible	Coseguro del 30% por visita después del deducible OON
Visitas al consultorio de un especialista	Copago de $50 por visita, no se aplica deducible	Coseguro del 50% por visita después del deducible OON
Visitas al consultorio de salud mental y por trastorno por uso de sustancias ilícitas	Copago de $25 por visita, no se aplica deducible	Coseguro del 50% por visita después del deducible OON
Servicios de diagnóstico para pacientes ambulatorios		
Radiología avanzada (TAC/TEP, RMN)	Coseguro del 20% por servicio después del deducible INET	Coseguro del 50% por servicio después del deducible OON
Servicios de laboratorio	Copago de $10 por servicio, no se aplica deducible	Coseguro del 50% por servicio después del deducible OON
Radiología no avanzada (Radiografía, diagnóstico)	Coseguro del 20% por servicio después del deducible INET	Coseguro del 50% por servicio después del deducible OON
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	Coseguro del 50% por servicio después del deducible OON
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	Coseguro del 50% por receta después del deducible OON
Medicamentos de marca preferidos Nivel 2	Copago de $50 por receta; no se aplica deducible	Coseguro del 50% por receta después del deducible OON
Medicamentos de marca no preferidos Nivel 3	Coseguro del 20% por receta después del deducible INET	Coseguro del 50% por receta después del deducible OON

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	Coseguro del 50% por receta después del deducible OON
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	Coseguro del 50% por receta después del deducible OON
Medicamentos de marca preferidos **Nivel 2**	Copago de $150 por receta; no se aplica deducible	Coseguro del 50% por receta después del deducible OON
Medicamentos de marca no preferidos **Nivel 3**	Coseguro del 30% por receta después del deducible INET	Coseguro del 50% por receta después del deducible OON
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	Coseguro del 50% por visita después del deducible OON
Fisioterapia y terapia ocupacional	Coseguro del 20% por visita después del deducible INET	Coseguro del 50% por visita después del deducible OON
Otros servicios		
Servicios quiroprácticos (hasta 20 visitas por año calendario)	Coseguro del 20% por visita después del deducible INET	Coseguro del 50% por visita después del deducible OON
Equipos y suministros para la diabetes	Coseguro del 20% por equipo/suministro después del deducible INET	Coseguro del 50% por equipo/ suministro después del deducible OON
Equipo médico duradero (DME)	Coseguro del 20% por artículo de DME después del deducible INET	Coseguro del 50% por artículo de DME después del deducible OON
Servicios de atención médica domiciliaria (hasta 100 visitas por año calendario)	Coseguro del 20% por visita después del deducible de $50 por separado	Coseguro del 25% por visita después del deducible de $50 por separado
Servicios ambulatorios (en un hospital o en un centro ambulatorio)	Coseguro del 20% por visita después del deducible INET	Coseguro del 50% por visita después del deducible OON
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	Coseguro del 50% por admisión después del deducible OON
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	Coseguro del 50% por visita después del deducible OON
Atención dental pediátrica (miembros cubiertos hasta los 26 años)		
Preventivos y de diagnóstico	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios básicos	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios importantes	Sin cobertura	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)	Sin cobertura	Sin cobertura
Atención de la vista pediátrica (miembros cubiertos 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: $0; marco de colección: $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.	Coseguro del 50% por visita después del deducible OON
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	Coseguro del 50% por visita después del deducible OON
Servicios cubiertos adicionales		
Inyecciones para la alergia (Sin límite)	Consulte las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria o de un especialista.	Coseguro del 50% por visita después del deducible OON
Pruebas de alergias (Una visita por año calendario)	Consulte las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria o de un especialista.	Coseguro del 50% por visita después del deducible OON
Extremidades artificiales (incluye suministros y equipos asociados)	Coseguro del 20% después del deducible INET	Coseguro del 50% después del deducible OON
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	Coseguro del 50% por visita después del deducible OON
Productos alimenticios modificados y fórmulas especializadas	Coseguro del 20% después del deducible INET	Coseguro del 50% después del deducible OON
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	Coseguro del 50% por visita después del deducible OON
Clínica minorista	Copago de $25 por visita, no se aplica deducible	Coseguro del 50% por visita después del deducible OON

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.