ConnectiCare

Choice Covered Connecticut Program (87)

Programa de beneficios, Plan Choice Network

Beneficios	Dentro de la red (INET) El miembro paga	Dentro de la red (INET) El estado paga	Fuera de la red (OON) El miembro paga	Fuera de la red (OON) El estado paga
Deducible del plan Individual Familiar	$0 por miembro $0 por familia	$415 por miembro $830 por familia	$0 por miembro $0 por familia	$11,000 por miembro $22,000/familiar
Deducible separado de medicamentos con receta Individual Familiar	$0 por miembro $0 por familia	$50 por miembro $100 por familia	$0 por miembro $0 por familia	$500 por miembro $1,000/familiar
Máximo de gastos de bolsillo Individual Familiar (Incluye deducible, copagos y coseguro para servicios médicos y de farmacia)	$0 por miembro $0 por familia	$3,500 por miembro $7,000/familiar	$0 por miembro $0 por familia	$21,100 por miembro $42,200/familiar
Beneficios	**Dentro de la red (INET) El miembro paga**	**Dentro de la red (INET) El estado paga**	**Fuera de la red (OON) El miembro paga**	**Fuera de la red (OON) El estado paga**
Visitas al consultorio del proveedor				
Visitas preventivas para adultos/ pediátricos	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Coseguro del 40% por visita; no se aplica deducible
Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (incluye servicios por enfermedad, lesión, atención de seguimiento y consultas)	Sin costo	Copago de $35 por visita, no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON

Beneficios	Dentro de la red (INET) El miembro paga	Dentro de la red (INET) El estado paga	Fuera de la red (OON) El miembro paga	Fuera de la red (OON) El estado paga
Visitas al consultorio de un especialista	Sin costo	Copago de $50 por visita, no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Visita al consultorio de salud mental y por trastorno por uso de sustancias ilícitas	Sin costo	Copago de $35 por visita, no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Servicios de diagnóstico para pacientes ambulatorios				
Radiología avanzada (TAC/TEP, RMN)	Sin costo	Copago de $60 por servicio después del deducible INET, hasta un máximo anual combinado de $360 para RMN e imágenes TAC; $400 por TEP	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Servicios de laboratorio	Sin costo	Copago de $25 por servicio, no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Radiología no avanzada (Radiografía, diagnóstico)	Sin costo	Copago de $30 por servicio después del deducible del plan INET	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Mamografía, ecografía (Sin costo para pruebas de detección y diagnóstico si están dentro de las regulaciones estatales o federales)	Sin costo	Copago de $20 por servicio, no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON

Beneficios	Dentro de la red (INET) El miembro paga	Dentro de la red (INET) El estado paga	Fuera de la red (OON) El miembro paga	Fuera de la red (OON) El estado paga
Medicamentos con receta: farmacia minorista (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta)				
Medicamentos genéricos Nivel 1	Sin costo	Copago de $10 por receta; no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después del deducible de medicamentos con receta OON
Medicamentos de marca preferidos Nivel 2	Sin costo	Copago de $25 por receta; no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después del deducible de medicamentos con receta OON
Medicamentos de marca no preferidos Nivel 3	Sin costo	Copago de $40 por receta después del deducible para medicamentos con receta INET	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después del deducible de medicamentos con receta OON
Medicamentos especializados Nivel 4	Sin costo	Coseguro del 20% hasta un máximo de $60 por receta después del deducible de medicamentos con receta INET	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después del deducible de medicamentos con receta OON
Medicamentos recetados: farmacia de pedido por correo (suministro de hasta 90 días por receta)				
Medicamentos genéricos Nivel 1	Sin costo	Copago de $30 por receta; no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después del deducible de medicamentos con receta OON

Beneficios	Dentro de la red (INET) El miembro paga	Dentro de la red (INET) El estado paga	Fuera de la red (OON) El miembro paga	Fuera de la red (OON) El estado paga
Medicamentos de marca preferidos Nivel 2	Sin costo	Copago de $75 por receta; no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después del deducible de medicamentos con receta OON
Medicamentos de marca no preferidos Nivel 3	Sin costo	Copago de $120 por receta después del deducible para medicamentos con receta INET alcanzar el deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible de medicamentos con receta OON alcanzar el deducible
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 terapias del habla, físicas y ocupacionales).				
Terapia del habla	Sin costo	Copago de $20 por visita, no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Fisioterapia y terapia ocupacional	Sin costo	Copago de $20 por visita, no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Otros servicios				
Servicios quiroprácticos (hasta 20 visitas por año calendario)	Sin costo	Copago de $35 por visita, no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON

Beneficios	Dentro de la red (INET) El miembro paga	Dentro de la red (INET) El estado paga	Fuera de la red (OON) El miembro paga	Fuera de la red (OON) El estado paga
Equipos y suministros para la diabetes	Sin costo	Coseguro del 40% por equipo/suministro; no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Equipo médico duradero (DME)	Sin costo	Coseguro del 40% por equipo/suministro; no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Servicios de atención médica domiciliaria (hasta 100 visitas por año calendario)	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Coseguro del 25% por visita después del deducible de $50 por separado
Servicios ambulatorios (en un hospital o en un centro ambulatorio)	Sin costo	Copago de $100 por visita después del deducible INET en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios Copago de $60 por visita después de que se alcance el deducible del plan INET en un centro de cirugía ambulatoria	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON

Beneficios	Dentro de la red (INET) El miembro paga	Dentro de la red (INET) El estado paga	Fuera de la red (OON) El miembro paga	Fuera de la red (OON) El estado paga
Servicios hospitalarios				
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.	Sin costo	Copago de $100 por día hasta un máximo de $400 por admisión después del deducible INET	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Atención de urgencia y emergencia				
Servicios de ambulancia	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Sala de emergencias	Sin costo	Copago de $150 por visita después del deducible INET	Sin costo	Copago de $150 por visita después del deducible INET
Centros de atención de urgencia	Sin costo	Copago de $35 por visita, no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Cuidado dental pediátrico (para miembros menores de 26 años)				
Preventivos y de diagnóstico	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Coseguro del 50% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON

Beneficios	Dentro de la red (INET) El miembro paga	Dentro de la red (INET) El estado paga	Fuera de la red (OON) El miembro paga	Fuera de la red (OON) El estado paga
Servicios básicos	Sin costo	Coseguro del 40% por visita; no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 50% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Servicios importantes	Sin costo	Coseguro del 50% por visita; no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 50% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Servicios de ortodoncia (solo médicamente necesarios)	Sin costo	Coseguro del 50% por visita; no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 50% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Atención de la vista pediátrica (para miembros menores de 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)	Sin costo	Lentes: $0 Marco de colección: $0 Marco que no es de la 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 costo	Coseguro del 50% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON

Beneficios	Dentro de la red (INET) El miembro paga	Dentro de la red (INET) El estado paga	Fuera de la red (OON) El miembro paga	Fuera de la red (OON) El estado paga
Examen de la vista de rutina: Un proveedor de VSP participante debe brindar los servicios para recibir beneficios dentro de la red (un examen por año calendario)	Sin costo	Copago de $50 por visita, no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Servicios cubiertos adicionales				
Inyecciones para la alergia (Sin límite)	Sin costo	Consulte las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria o de un especialista.	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Pruebas de alergias (una visita por año calendario)	Sin costo	Consulte las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria o de un especialista.	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Extremidades artificiales (incluye suministros y equipos asociados)	Sin costo	Coseguro del 20%, no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Terapia de infusión (cuando los servicios se prestan en el consultorio de un especialista o en un centro de infusión independiente)	Sin costo	Copago de $50 por visita, no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Productos alimenticios modificados y fórmulas especializadas	Sin costo	Coseguro del 40%, no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON

Beneficios	Dentro de la red (INET) El miembro paga	Dentro de la red (INET) El estado paga	Fuera de la red (OON) El miembro paga	Fuera de la red (OON) El estado paga
Tratamiento de salud mental, trastorno por uso de alcohol y sustancias ilícitas para pacientes ambulatorios (tratamiento ambulatorio intensivo y hospitalización parcial)	Sin costo	Copago de $60 por visita después del deducible INET	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Clínica minorista	Sin costo	Copago de $35 por visita, no se aplica deducible	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
Servicios de telemedicina (servicios prestados por un proveedor de Teladoc®)	**Servicios médicos y de salud mental generales:** Sin costo	**Servicios médicos y de salud mental generales:** Sin costo	Sin costo	Coseguro del 40% por receta después de alcanzar el deducible del plan OON
INFORMACIÓN IMPORTANTE				

- **La cobertura solo se aplica a los servicios médicamente necesarios**
- Este es un breve resumen del costo de los beneficios del plan para miembros después de que se apliquen los subsidios del programa State Covered Connecticut. ConnectiCare administra los pagos en virtud del programa en nombre del estado. No son parte de la cobertura bajo la **EOC (Evidencia de Cobertura)**. ˜Consulte la EOC 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. Las tarjetas de identificación del miembro indicarán que los proveedores no deben cobrar copagos, ya que estarán cubiertos por el programa Covered Connecticut.
- 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.
- Para obtener más información sobre sus beneficios de **Teladoc®**, comuníquese con **Teladoc®** llamando al 1-800-835-2362 (TTY: 711).
- 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.
- El reembolso fuera de la red se basa en el monto máximo permitido. El estado de CT es responsable de pagar cualquier cargo que exceda 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 los servicios prescritos o prestados por proveedores no participantes, usted puede ser responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en $500 o el 50%, lo que sea menor.
- Para servicios de salud mental y trastorno por uso de alcohol y 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.