



## ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS) ofrecido por ConnectiCare, Inc.

### Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente está inscrito/a como miembro de ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [connecticare.com/medicare](https://connecticare.com/medicare). También puede llamar al Servicio de Atención a Miembros para pedir que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

- **Tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

---

### Qué debe hacer ahora

#### 1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si estos le afectan.
  - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
  - Revise los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
  - Compare la información del plan de 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos se está cambiando a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a diferentes restricciones, como autorización previa, tratamiento escalonado o un límite de cantidad, para 2025.
- Revise si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Revise si califica para recibir ayuda con el pago de los medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare.

- Piense si está satisfecho con nuestro plan.
2. **COMPARE:** Conozca otras opciones de planes
- Revise la cobertura y los costos de planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare/](http://www.medicare.gov/plan-compare/) o consulte la lista que se encuentra al dorso de su manual *Medicare y Usted 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
  - Cuando reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.
3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan
- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS).
  - Para cambiar a **otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS).
  - Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó recientemente fuera de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de pasarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

### Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible en español de forma gratuita.
- Comuníquese con el número del Servicio de Atención a Miembros al **1-800-224-2273** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábado, del 1.º de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- También podemos proporcionar información de manera que le sea útil a usted (información en formatos alternativos). Comuníquese con el Servicio de Atención a Miembros llamando al número que se indicó anteriormente si necesita información del plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura conforme a este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC, siglas en inglés)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, siglas en inglés). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, siglas en inglés) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

**Acerca de ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS)**

- ConnectiCare, Inc. es un plan HMO-POS que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato.
  - Cuando en este documento diga “nosotros”, “nos” o “nuestro” hace referencia a ConnectiCare, Inc. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS).
- 

H3528\_202485CY25\_M

## **Aviso anual de cambios para 2025**

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2025.....</b>	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....</b>	<b>8</b>
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual.....	8
Sección 1.2: Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo .....	9
Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias .....	9
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	10
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta Parte D.....	14
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 3 Qué plan elegir .....</b>	<b>18</b>
Sección 3.1: Si desea permanecer en ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS) .....	18
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan .....	19
<b>SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan.....</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare .....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta .</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>22</b>
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS).....	22
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	22

## Resumen de costos importantes para 2025

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2024 y los costos de 2025 de ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
*Su prima puede ser mayor que este importe. Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles.		
<b>Deducible</b>	<b>\$195</b>	<b>\$0</b>
<b>Importe de gasto máximo de bolsillo</b>	<b>\$8,850</b>	<b>\$6,750</b>
Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para conocer los detalles).		
<b>Visitas al consultorio médico</b>	Visitas de atención primaria: Copago de <b>\$0</b> por visita  Visitas a especialistas: Copago de <b>\$35</b> por visita	Visitas de atención primaria: Copago de <b>\$0</b> por visita  Visitas a especialistas: Copago de <b>\$35</b> por visita
<b>Estancias hospitalarias de pacientes ingresados</b>	Días 1 a 3: copago de <b>\$490</b> por día; después de pagar su deducible de <b>\$195</b> . Copago de <b>\$0</b> por día por cada día adicional, por ingreso.  Sin límite de días.  Se requiere autorización previa.	Días 1 a 4: copago de <b>\$430</b> por día; después de pagar su deducible de <b>\$0</b> . Copago de <b>\$0</b> por día por cada día adicional, por ingreso.  Sin límite de días.  Se requiere autorización previa.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta Parte D</b></p>	<p>Deducible: <b>\$0</b></p>	<p>Deducible: <b>\$0</b></p>
<p>(Consulte la Sección 1.5 para conocer los detalles).</p>	<p>Copago o coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p>	<p>Copago o coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p>
<p></p>	<p>Medicamentos de nivel 1: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$9</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$2</b> por medicamento con receta.</p>	<p>Medicamentos de nivel 1: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$9</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$2</b> por medicamento con receta.</p>
<p></p>	<p>Medicamentos de nivel 2: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$20</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$10</b> por medicamento con receta.</p>	<p>Medicamentos de nivel 2: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$20</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$10</b> por medicamento con receta.</p>
<p></p>	<p>Medicamentos de nivel 3: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$47</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$42</b> por medicamento con receta.</p>	<p>Medicamentos de nivel 3: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$47</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$42</b> por medicamento con receta.</p>
<p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Usted paga <b>\$35</b> por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Usted paga <b>\$35</b> por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta Parte D (continuación)</b></p>	<p>Medicamentos de nivel 4: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$100</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$95</b> por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de nivel 5: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el <b>33 %</b> del costo total. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el <b>33 %</b> del costo total.</p> <p>Medicamentos de nivel 6: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta.</p> <p>Cobertura contra catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga todo el costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</li> </ul>	<p>Medicamentos de nivel 4: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$100</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$95</b> por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de nivel 5: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el <b>33 %</b> del costo total. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el <b>33 %</b> del costo total.</p> <p>Medicamentos de nivel 6: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta.</p> <p>Cobertura contra catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga todo el costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</li> </ul>

**SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año**

**Sección 1.1: Cambios en la prima mensual**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Prima mensual</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
(También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).		
<b>Reducción en la prima de la Parte B</b>	Sin reducción en la prima de la Parte B	Reducción de <b>\$2</b> por mes en su estado de cuenta de la prima de la Parte B.

- Su prima mensual del plan será *mayor* si usted debe pagar una penalidad por inscripción tardía a la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que tenga, como mínimo, la misma calidad de la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si sus ingresos son mayores, es posible que deba pagar un importe adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 para obtener información sobre la “Ayuda Adicional” de Medicare.

## Sección 1.2: Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo para el año. Este límite se denomina importe de gasto máximo de bolsillo. Cuando alcanza este importe, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Importe de gasto máximo de bolsillo</b>	<b>\$8,850</b>	<b>\$6,750</b>
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos y los deducibles) se tienen en cuenta para su importe de gasto máximo de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo.		Cuando haya pagado <b>\$6,750</b> de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

## Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Es posible que los importes que usted paga por los medicamentos con receta dependan de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se llenan en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con una participación en los costos preferida, que pueden ofrecerle una participación en los costos más baja que la participación en los costos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para determinados medicamentos.

Puede encontrar los directorios actualizados en nuestro sitio web [connecticare.com/medicare](https://connecticare.com/medicare). También puede llamar al Servicio de Atención a Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un directorio, que le enviaremos por correo dentro de los tres días hábiles.

El próximo año se aplicarán cambios en nuestra red de proveedores. **Revise el *Directorio de proveedores de 2025* en [connecticare.com/medicare](https://connecticare.com/medicare) para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

El próximo año no se aplicarán cambios en nuestra red de farmacias.

Es importante que sepa que podemos implementar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicio de Atención a Miembros para que podamos ayudarle.

## Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Acupuntura</b>	Usted paga un copago de <b>\$30</b> por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de <b>\$35</b> por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.
<b>Centros quirúrgicos ambulatorios</b>	Usted paga un copago de <b>\$250</b> por una visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.  Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de <b>\$250</b> por una visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. <b>\$0</b> por colonoscopia de diagnóstico. Se requiere autorización previa.
<b>Servicios dentales</b>	Los servicios dentales integrales no están cubiertos.	<b>Dentro de la red:</b> Después de pagar el deducible de <b>\$100</b> : Usted paga el <b>20 %</b> del costo total de los servicios dentales básicos. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restauraciones</li> <li>• Diagnóstico</li> <li>• No de rutina.</li> </ul> Usted paga el <b>50 %</b> del costo total de los servicios dentales mayores. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Extracciones</li> <li>• Prostodoncia</li> <li>• Cirugía bucal</li> <li>• Dentaduras postizas parciales y completas</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> Después de su costo compartido dentro de la red, usted paga la diferencia entre la tarifa del plan y los cargos del dentista.

(continúa en la siguiente página)

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Servicios dentales (continuación)</b>		<p>Nuestro plan cubre un máximo anual de <b>\$2,000</b> para servicios dentales integrales.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<b>Radiología de diagnóstico</b>	<p>Usted paga un copago de <b>\$295</b> para los servicios de radiología de diagnóstico.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de <b>\$250</b> para los servicios de radiología de diagnóstico.</p> <p><b>\$0</b> por mamografía de diagnóstico.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<b>Atención de emergencia/Servicios posteriores a la estabilización</b>	<p>Usted paga un copago de <b>\$100</b> por atención de emergencia/servicios posteriores a la estabilización cubiertos por Medicare.</p> <p>No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.</p>	<p>Usted paga un copago de <b>\$110</b> por atención de emergencia/servicios posteriores a la estabilización cubiertos por Medicare.</p> <p>No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.</p>
<b>Servicios de audición</b>	<p>Usted paga un copago de <b>\$45</b> por un examen auditivo de rutina por año.</p>	<p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> por un examen auditivo de rutina por año.</p>
<b>Estancias hospitalarias de pacientes ingresados</b>	<p>Días 1 a 3: copago de <b>\$490</b> por día. Copago de <b>\$0</b> por cada admisión para cada día adicional; para cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Días 1 a 4: copago de <b>\$430</b> por día. Copago de <b>\$0</b> por cada admisión para cada día adicional; para cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<b>Estadías de paciente ingresado en un hospital psiquiátrico</b>	<p>Usted paga un copago de <b>\$1,937</b> por cada estadía de paciente ingresado en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de <b>\$2,036</b> por cada estadía de paciente ingresado en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva</b>	Usted paga un copago de <b>\$55</b> por los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de <b>\$45</b> por los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.
<b>Servicios de terapia ocupacional</b>	Usted paga un copago de <b>\$40</b> por terapia ocupacional.	Usted paga un copago de <b>\$35</b> por terapia ocupacional.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga un copago de <b>\$280</b> por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.  Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de <b>\$280</b> por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.  <b>\$0</b> por colonoscopia de diagnóstico.  Se requiere autorización previa.
<b>Servicios de observación para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga un copago de <b>\$280</b> por servicios de observación para pacientes ambulatorios.  <b>Se requiere</b> autorización previa.	Usted paga un copago de <b>\$280</b> por servicios de observación para pacientes ambulatorios.  <b>No se requiere</b> autorización previa.
<b>Artículos de venta libre (OTC, siglas en inglés)</b>	Nuestro plan cubrirá <b>\$70 por mes</b> para artículos <b>únicamente de pedido por correo</b> aprobados por Medicare.  <b>Este importe no se transfiere de mes a mes y vencerá el último día de cada período mensual.</b>	Nuestro plan cubrirá <b>\$50 por mes</b> para artículos <b>únicamente de pedido por correo</b> aprobados por Medicare.  <b>Este importe no se transfiere de mes a mes y vencerá el último día de cada período mensual.</b>
<b>Atención en un Centro de enfermería especializada (SNF, siglas en inglés)</b>	Usted paga un copago de <b>\$0</b> por día por servicios cubiertos por Medicare para los días 1 a 20; un copago de <b>\$203</b> por día por servicios cubiertos por Medicare para los días 21 a 100, en cada período de beneficios.  Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de <b>\$0</b> por día por servicios cubiertos por Medicare para los días 1 a 20; un copago de <b>\$214</b> por día por servicios cubiertos por Medicare para los días 21 a 100, en cada período de beneficios.  Se requiere autorización previa.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Servicios de terapia de ejercicio supervisado</b>	<p>Usted paga un copago de <b>\$25</b> por los servicios de terapia de ejercicio supervisado cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de <b>\$20</b> por los servicios de terapia de ejercicio supervisado cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<b>Atención de la vista</b>	<p>Usted paga un copago de <b>\$45</b> por un examen de la vista de rutina cada año.</p> <p>Nuestro plan cubrirá una <b>asignación de \$500 cada año</b> por un par de anteojos o lentes de contacto de rutina, hasta la asignación.</p>	<p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> por un examen de la vista de rutina cada año.</p> <p>Nuestro plan cubrirá una <b>asignación de \$400 cada año</b> por anteojos o lentes de contacto de rutina, hasta la asignación.</p>
<b>Servicios de emergencia en todo el mundo</b>	<p>Usted paga un copago de <b>\$100</b> por servicios de emergencia en todo el mundo.</p> <p><b>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de urgencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.</b></p> <p>No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.</p>	<p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> por servicios de emergencia en todo el mundo.</p> <p><b>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de urgencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.</b></p> <p>No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.</p>
<b>Ambulancia terrestre en todo el mundo</b>	<p>Usted paga un copago de <b>\$385</b> por cada viaje en ambulancia terrestre en todo el mundo.</p> <p><b>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y atención médica urgente en todo el mundo.</b></p> <p>No se exime el copago si el paciente queda internado.</p>	<p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> por cada viaje en ambulancia terrestre en todo el mundo.</p> <p><b>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y atención médica urgente en todo el mundo.</b></p> <p>No se exime el copago si el paciente queda internado.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Atención de urgencia en todo el mundo</b>	Usted paga un copago de <b>\$100</b> por atención de urgencia en todo el mundo.	Usted paga un copago de <b>\$0</b> por atención de urgencia en todo el mundo.
	<b>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.</b>	<b>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.</b>
	No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.	No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.

## Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta Parte D

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Farmacopea o Lista de medicamentos. Se proporciona una copia de la Lista de medicamentos por vía electrónica.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, lo que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o trasladarlos a un nivel de participación en los costos diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento se ha trasladado a un nivel diferente de participación en los costos.**

La mayor parte de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el inicio de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afecten durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos de forma mensual para proporcionar la lista de medicamentos más reciente. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso para informarle.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Para obtener más información, comuníquese con el Servicio de Atención a Miembros.

### Cambios en los costos de los beneficios de medicamentos con receta

**Nota:** Si se encuentra en un programa que ayuda con el pago de sus medicamentos (“Ayuda

Adicional”), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta **Parte D no se aplique a usted**. Le enviamos un folleto por separado, denominado *Cláusula de la Evidencia de cobertura para quienes reciben “Ayuda Adicional” para sus medicamentos con receta* (también denominada *Cláusula de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula LIS, siglas en inglés*), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este folleto antes del 30 de septiembre de 2024, llame al Servicio de Atención a Miembros y solicite la *Cláusula LIS*.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos**: la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura contra catástrofes. La etapa de interrupción de cobertura y el Programa de descuento de interrupción de cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuento de interrupción de cobertura también será reemplazado por el Programa de descuento del fabricante. En virtud del Programa de descuento del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura contra catástrofes. Los descuentos que los fabricantes paguen en virtud del Programa de descuento del fabricante no cuentan para los costos de bolsillo.

**Cambios en la etapa de deducible**

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Etapa 1: Una vez al año Etapa de deducible</b>	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.

**Cambios en la participación en los costos en la etapa de cobertura inicial**

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Etapa 2: Cobertura inicial Etapa</b> Durante esta etapa, el plan paga su participación en los costos de sus medicamentos y usted <b>paga la participación en los costos que le corresponde.</b> (continúa en la siguiente página)	Su costo de un suministro de un mes en una farmacia de la red:  <b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</b> <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$9</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$2</b> por medicamento con receta.	Su costo de un suministro de un mes en una farmacia de la red:  <b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</b> <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$9</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$2</b> por medicamento con receta.
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b>	Usted paga <b>\$2</b> por medicamento con receta.	Usted paga <b>\$2</b> por medicamento con receta.

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p><b>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga <b>\$20</b> por medicamento con receta.  <i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga <b>\$10</b> por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 3 (marca preferido):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga <b>\$47</b> por medicamento con receta.</p> <p>Usted paga <b>\$35</b> por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga <b>\$42</b> por medicamento con receta.</p> <p>Usted paga <b>\$35</b> por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p><b>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga <b>\$20</b> por medicamento con receta.  <i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga <b>\$10</b> por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 3 (marca preferido):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga <b>\$47</b> por medicamento con receta.</p> <p>Usted paga <b>\$35</b> por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga <b>\$42</b> por medicamento con receta.</p> <p>Usted paga <b>\$35</b> por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

(continúa en la siguiente página)

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b>                      Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p><b>Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga <b>\$100</b> por medicamento con receta.  <i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga <b>\$95</b> por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 5 (nivel de especialidad):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga el <b>33 %</b> del costo total.  <i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga el <b>33 %</b> del costo total.</p> <p><b>Nivel 6 (medicamentos de atención selecta):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta.  <i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Cuando el total de sus costos de medicamentos sea de <b>\$5,030</b>, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa de interrupción de cobertura).</p>	<p><b>Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga <b>\$100</b> por medicamento con receta.  <i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga <b>\$95</b> por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 5 (nivel de especialidad):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga el <b>33 %</b> del costo total.  <i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga el <b>33 %</b> del costo total.</p> <p><b>Nivel 6 (medicamentos de atención selecta):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta.  <i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado <b>\$2,000</b> de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura contra catástrofes).</p>

**Cambios en la etapa de cobertura contra catástrofes**

La etapa de cobertura contra catástrofes es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de

marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura contra catástrofes. Los descuentos que los fabricantes paguen en virtud del Programa de descuento del fabricante no cuentan para los costos de bolsillo.

Para obtener información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura contra catástrofes, consulte el Capítulo 6, Sección 6 de su *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Receta de Medicare</b> <b>Plan de pago</b>	No corresponde	<p>El plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos a través de <b>pagos mensuales que varían a lo largo del año</b> (enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al <b>1-866-845-1803</b> o visite Medicare.gov.</p>

## SECCIÓN 3 Qué plan elegir

### Sección 3.1: Si desea permanecer en ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS)

**Si desea permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada.** Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS).

---

## Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

---

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar de planes para 2025, siga estos pasos:

### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare o no. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible penalidad por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes Medicare, utilice el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, llame a su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Recordatorio: ConnectiCare ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los importes de participación en los costos.

### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el plan nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe hacer lo siguiente:
  - Envíenos una solicitud de cancelación de inscripción por escrito. Comuníquese con Servicio de Atención a Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - *O BIEN*, comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2025.

## ¿Hay otros momentos del año para efectuar un cambio?

En determinadas situaciones, también se permite hacer cambios en otros momentos del año. Los ejemplos incluyen las personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda Adicional” en el pago de sus medicamentos, aquellas que tienen o dejan la cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2025 y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte) en cualquier momento. Si se mudó recientemente fuera de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de pasarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia con seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En Connecticut, el SHIP se llama **CHOICES** (programa de Connecticut para asistencia con el seguro de salud, difusión, información y derivación, consejería, detección de elegibilidad [Connecticut’s program for Health insurance assistance, Outreach, Information and referral, Counseling, Eligibility Screening]).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería **gratuita** local sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los consejeros de CHOICES pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a CHOICES al 1-800-994-9422. Para obtener más información sobre CHOICES, visite el sitio web ([www.ct.gov/agingservices](http://www.ct.gov/agingservices)).

## SECCIÓN 6 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta

Puede calificar para recibir ayuda con el pago de los medicamentos con receta.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir “Ayuda Adicional” a fin de pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta un 75 % o

más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de sus medicamentos con receta, coseguro y deducibles anuales. Además, quienes califiquen no estarán sujetos a la penalidad por inscripción tardía. Para saber si califica, llame:

- al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (las 24 horas del día, los 7 días de la semana).
  - a la Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes por un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
  - a la oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con la participación en los costos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que ayudan a salvar vidas. Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben satisfacer determinados criterios, lo que incluye prueba de residencia en el estado y estado con respecto al VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y condición de persona sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA califican para la asistencia de participación en los costos de medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Connecticut (Connecticut AIDS Drug Assistance Program, CADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al CADAP al 1-800-424-3310. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre o el número de póliza de su plan Medicare Parte D.
  - **El plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a controlar sus costos de bolsillo de los medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos a través de **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de los Programas SPAP y ADAP, para quienes califican, tienen más ventajas que la participación en el plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al **1-866-845-1803** o visite Medicare.gov.

## SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Servicio de Atención a Miembros al 1-800-224-2273 (solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábado, del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2025* (esta contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para conocer los detalles, busque ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS) en la *Evidencia de cobertura de 2025*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Allí se explican sus derechos y las reglas que debe cumplir para obtener los medicamentos con receta y los servicios cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en [connecticare.com/medicare](http://connecticare.com/medicare). También puede llamar al Servicio de Atención a Miembros para pedir que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [connecticare.com/medicare](http://connecticare.com/medicare). A modo de recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra *lista de medicamentos cubiertos* (*Farmacopea/Lista de medicamentos*).

### Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

#### **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar 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.

**Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Este incluye información sobre costos, cobertura y calificaciones Estrella de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en área. Para ver la información acerca de los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

**Lea *Medicare y Usted 2025***

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Cada otoño, este documento se envía por correo postal a las personas que tienen Medicare. Allí se incluye un resumen de las protecciones, los derechos y los beneficios de Medicare, y respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o puede llamar 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.