

2026

# **Aviso anual de cambios**

**ConnectiCare Flex Plan 2  
(HMO-POS)**

**Connecticut H3528-015-000\_ES**

A partir del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

H3528\_26\_015\_CT\_ANOC\_M  
CT-H3528-15-AC-ES-26-L

**ConnectiCare**<sup>®</sup>





***ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS) ofrecido por ConnectiCare, Inc.***

## **Aviso anual de cambios de 2026**

Actualmente, está inscrito como miembro de ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
- Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en ConnectiCare Flex Plan 2.
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o consulte la lista al dorso de su manual *Medicare y Usted 2026*.
- Cabe destacar que este es solamente un resumen de los cambios. En la *Evidencia de Cobertura* encontrará más información sobre los costos, los beneficios y las reglas. Obtenga una copia en [Connecticare.com/Medicare](http://Connecticare.com/Medicare) o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* que le enviamos por separado para saber si le afectan otros cambios en los beneficios o en los costos.

## Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en inglés.
- Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.
- Puede obtener este documento de forma gratuita en otros idiomas o en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al (800) 224-2273, (los usuarios de TTY deben llamar al 711). La llamada es gratuita.

## Acerca de ConnectiCare Flex Plan 2

- ConnectiCare, Inc. es un plan HMO-POS con un contrato Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato.
  - Cuando en este material se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a ConnectiCare, Inc. . Cuando en este material se mencionen las palabras “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a ConnectiCare Flex Plan 2.
  - **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, quedará inscrito automáticamente en** ConnectiCare Flex Plan 2. Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de los medicamentos recetados a través de ConnectiCare Flex Plan 2. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y las fechas límites para realizar un cambio.
-

## ***Aviso anual de cambios de 2026***

### **Índice**

|                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para 2026 .....</b>                              | <b>5</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>     | <b>9</b>  |
| Sección 1.1 Cambios en su prima mensual del plan .....                            | 9         |
| Sección 1.2 Cambios en la suma máxima de su bolsillo .....                        | 10        |
| Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores .....                                | 12        |
| Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias .....                                  | 13        |
| Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....     | 14        |
| Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D ..... | 20        |
| Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados .....    | 21        |
| <b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>                                    | <b>26</b> |
| <b>SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes .....</b>                                     | <b>27</b> |
| Sección 3.1 Fecha límite para cambiarse de planes .....                           | 28        |
| Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año? .....             | 29        |
| <b>SECCIÓN 4 Cómo obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados .....</b>   | <b>30</b> |
| <b>SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas? .....</b>                                          | <b>32</b> |
| Sección 5.1 Cómo obtener ayuda de ConnectiCare Flex Plan 2 ..                     | 32        |

---

Sección 5.2    Cómo obtener asesoramiento gratuito sobre  
                 Medicare ..... 33

Sección 5.3    Cómo obtener ayuda de Medicare ..... 34

## Resumen de costos importantes para 2026

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2025 y los costos de 2026 para ConnectiCare Flex Plan 2 en diversas áreas importantes. **Cabe destacar que este es solamente un resumen de los costos.**

|                                                                                                                                                                                                                                 | 2025 (este año)                                                                        | 2026 (el próximo año)                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br><br>* Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Diríjase a la Sección 1.1 para obtener más información.                                                                            | \$93                                                                                   | \$119                                                                                  |
| <b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b><br><br>Este es el <u>máximo</u> que pagará de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.<br>(Diríjase a la Sección 1.2 para obtener más información). | <b><u>Dentro de la red</u></b><br>\$6,350<br><b><u>Fuera de la red</u></b><br>\$10,000 | <b><u>Dentro de la red</u></b><br>\$6,750<br><b><u>Fuera de la red</u></b><br>\$10,000 |
| <b>Consultas a un médico de atención primaria</b>                                                                                                                                                                               | <b><u>Dentro de la red</u></b><br>Usted paga \$15 de copago por consulta               | <b><u>Dentro de la red</u></b><br>Usted paga \$15 de copago por consulta               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                | 2026 (el próximo año)                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Usted paga \$50 de copago por consulta                                                                                                                        | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Usted paga \$50 de copago por consulta                                                                                                                        |
| <b>Visitas al consultorio del médico especialista</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b><u>Dentro de la red</u></b><br>Usted paga \$35 de copago por consulta                                                                                                                       | <b><u>Dentro de la red</u></b><br>Usted paga \$35 de copago por consulta                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Usted paga \$50 de copago por consulta                                                                                                                        | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Usted paga \$50 de copago por consulta                                                                                                                        |
| <b>Internación en hospital</b><br><br>Incluye internación hospitalaria para afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de | <b><u>Dentro de la red</u></b><br>Días 1-4: \$375 de copago por día. \$0 de copago por día por cada día adicional; por cada hospitalización. Días ilimitados. Se requiere autorización previa. | <b><u>Dentro de la red</u></b><br>Días 1-4: \$375 de copago por día. \$0 de copago por día por cada día adicional; por cada hospitalización. Días ilimitados. Se requiere autorización previa. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Usted paga el 30% del costo total por                                                                                                                         | <b><u>Fuera de la red</u></b><br>Usted paga el 30% del costo total por cada hospitalización.                                                                                                   |

|                                                                                                                                                                                                        | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                             | 2026 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| un médico. El día previo a ser dado de alta es el último día como paciente internado.                                                                                                                  | cada hospitalización.<br>Días ilimitados.<br>Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                               | Días ilimitados.<br>Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D</b><br><br>(Vaya a la Sección 1.6 para obtener más información).                                                                            | \$300, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.                                                                                                                                             | \$200, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.                                                                                                                                            |
| <b>Cobertura de medicamentos de la Parte D</b><br><br>(Vaya a la Sección 1.6 para obtener más información, incluidos el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica). | Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamentos 1: \$9</li> <li>• Nivel de medicamentos 2: \$20</li> <li>• Nivel de medicamentos 3: \$47</li> </ul> Usted paga \$35 por un suministro | Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamentos 1: \$1</li> <li>• Nivel de medicamentos 2: \$10</li> <li>• Nivel de medicamentos 3: 25%</li> </ul> Usted paga \$35 por un suministro |

|  | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2026 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nivel de medicamentos 4: \$100</li><li>• Nivel de medicamentos 5: 27%</li><li>• Nivel de medicamentos 6: \$0</li></ul> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</li></ul> | <p>de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nivel de medicamentos 4: 28%</li><li>• Nivel de medicamentos 5: 30%</li><li>• Nivel de medicamentos 6: \$0</li></ul> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los 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 su prima mensual del plan

|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2025 (este año) | 2026 (el próximo año) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>(Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Part B).                                                                                                                                                                                      | \$93            | \$119                 |
| <b>Prima adicional para beneficios suplementarios opcionales</b><br><br>Si se ha inscrito en un paquete opcional de beneficios suplementarios, pagará esta prima además de la prima mensual del plan anterior.<br><br>(Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Part B). |                 |                       |
| <b>• POS Dental Plan con un máximo de \$2,000 por año calendario</b>                                                                                                                                                                                                                      | \$39            | \$33                  |

|                                                                            | 2025 (este año) | 2026 (el próximo año) |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| • <b>POS Dental Plan con un máximo de \$3,000 por año calendario</b>       | \$49            | \$39                  |
| • <b>Indemnity Dental Plan con un máximo de \$3,500 por año calendario</b> | \$128           | \$157                 |

## Factores que podrían cambiar el monto de su prima de la Parte D

- Penalidad por inscripción tardía: su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos más altos: si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al Gobierno por su cobertura de medicamentos de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si va a recibir una “Ayuda Extra (Extra Help)” para sus costos de medicamentos recetados. Consulte la Sección 4 sobre “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare.

## Sección 1.2 Cambios en la suma máxima de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que debe pagar en gastos de bolsillo durante el año. Este límite se denomina

monto máximo de gastos de bolsillo. Una vez que haya pagado este monto, en general, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2025 (este año)                                                                                            | 2026 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b><br><br>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) <b>cuentan</b> para su monto máximo de gastos de bolsillo. La prima de nuestro plan y sus costos por medicamentos recetados <b>no cuentan</b> para su monto máximo de gastos de bolsillo. | <b><u>Servicios dentro de la red</u></b><br>\$6,350<br><b><u>Servicios fuera de la red</u></b><br>\$10,000 | <b><u>Servicios dentro de la red</u></b><br>\$6,750<br>Una vez que haya pagado \$6,750 de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.<br><b><u>Servicios fuera de la red</u></b><br>\$10,000<br>Una vez que haya pagado \$10,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos fuera de la red de la |

|  | 2025 (este año) | 2026 (el próximo año)                                                                                                                            |
|--|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                 | Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos fuera de la red de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario. |

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el año próximo. Revise el *Directorio de Proveedores* del 2026 en [Connecticare.com/Medicare](https://Connecticare.com/Medicare) para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están incluidos en nuestra red. A continuación se indica cómo obtener un *Directorio de Proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en [Connecticare.com/Medicare](https://Connecticare.com/Medicare).
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener

ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red se retira de nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3, de su *Evidencia de Cobertura*.

## **Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias**

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden variar según la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de Farmacias* de 2026 en [Connecticare.com/Medicare](https://Connecticare.com/Medicare) para ver qué farmacias están incluidas en nuestra red. A continuación se indica cómo obtener un *Directorio de Farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en [Connecticare.com/Medicare](https://Connecticare.com/Medicare).
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El próximo año, haremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.

|                                    | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2026 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios de telesalud adicionales | <div>Usted paga de \$15 a \$30 de copago por ciertos servicios de telesalud, incluidos los siguientes:</div> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de rehabilitación cardíaca</li><li>• Servicios médicos de atención primaria</li><li>• Servicios de especialistas médicos</li></ul> | <div>Usted paga de \$15 a \$35 de copago por ciertos servicios de telesalud, incluidos los siguientes:</div> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de rehabilitación cardíaca</li><li>• Servicios médicos de atención primaria</li><li>• Servicios quiroprácticos</li><li>• Servicios de terapia ocupacional</li></ul> |

|  | <b>2025 (este año)</b>                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>2026 (el próximo año)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sesiones individuales para servicios especializados en salud mental</li><li>• Sesiones individuales para servicios psiquiátricos</li><li>• Sesiones individuales para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de especialistas médicos</li><li>• Sesiones individuales para servicios especializados en salud mental</li><li>• Sesiones grupales para servicios especializados en salud mental</li><li>• Servicios de podología</li><li>• Otro profesional de atención médica</li><li>• Sesiones individuales para servicios psiquiátricos</li></ul> |

|                                 | <b>2025 (este año)</b>                                           | <b>2026 (el próximo año)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                 |                                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sesiones grupales para servicios psiquiátricos</li><li>• Servicios de fisioterapia y patología del habla/lenguaje</li><li>• Servicios del programa de tratamiento por opioides</li><li>• Sesiones individuales para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</li><li>• Sesiones grupales para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</li></ul> |
| <b>Servicios quiroprácticos</b> | <b><u>Dentro de la red:</u></b><br>Usted paga \$20 de copago por | <b><u>Dentro de la red:</u></b><br>Usted paga \$15 de copago por                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                               | <b>2025 (este año)</b>                                                                                                                                                                                         | <b>2026 (el próximo año)</b>                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               | <p>consulta para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b><br/>Usted paga \$50 de copago por consulta para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p>   | <p>consulta para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b><br/>Usted paga \$50 de copago por consulta para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p>   |
| <b>Atención de emergencia</b> | <p>Usted paga \$125 de copago por los servicios de atención de emergencia/ posteriores a la estabilización cubiertos por Medicare.</p> <p>El copago se cancela si el paciente es admitido dentro de 1 día.</p> | <p>Usted paga \$130 de copago por los servicios de atención de emergencia/ posteriores a la estabilización cubiertos por Medicare.</p> <p>El copago se cancela si el paciente es admitido dentro de 1 día.</p> |

|                                                       | <b>2025 (este año)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>2026 (el próximo año)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva</b> | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b><br/>Usted paga \$55 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b><br/>Usted paga el 50% del costo total por servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p> | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b><br/>Usted paga \$50 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b><br/>Usted paga el 50% del costo total por servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p> |
| <b>Medicamentos recetados de Medicare Part B</b>      | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b><br/>Usted paga \$35 de copago por el suministro de insulina para un mes.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b><br/>Usted paga \$35 de copago por el</p>                                                                                                             | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b><br/>Usted paga del 0% al 20% del coseguro por todos los medicamentos de la Parte B, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limite. Su costo</p>                                                                                     |

|                                                     | <b>2025 (este año)</b>                                                                                                                                                                                                                    | <b>2026 (el próximo año)</b>                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                     | suministro de insulina para un mes.                                                                                                                                                                                                       | compartido de insulina de la Parte B no excederá los \$35 para un suministro de un mes de cualquier insulina en nuestro formulario.<br><br><b><u>Fuera de la red:</u></b><br>Usted paga \$35 de copago por el suministro de insulina para un mes.   |
| <b>Otros servicios de profesionales de la salud</b> | <b><u>Dentro de la red:</u></b><br>Usted paga \$35 de copago por consulta por otros servicios de profesionales de atención médica.<br><br><b><u>Fuera de la red:</u></b><br>Usted paga \$50 de copago por consulta por otros servicios de | <b><u>Dentro de la red:</u></b><br>Usted paga de \$15 a \$35 de copago por consulta por otros servicios de profesionales de atención médica.<br><br><b><u>Fuera de la red:</u></b><br>Usted paga \$50 de copago por consulta por otros servicios de |

|  | 2025 (este año)                                                                      | 2026 (el próximo año)                                                                |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|  | profesionales de atención médica.<br>Es posible que se requiera autorización previa. | profesionales de atención médica.<br>Es posible que se requiera autorización previa. |

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos  
recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o Lista de Medicamentos. Una copia de la Lista de Medicamentos se encuentra disponible de forma electrónica.

Realizamos cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”, los que pueden incluir la eliminación o adición de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o el traslado a un nivel de distribución de costos.

**Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento se ha trasladado a un nivel de distribución de costos diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio

que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en su cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico recetante para conocer sus opciones, como solicitar un suministro provisional, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

## **Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados**

### **¿Recibe usted “Ayuda Extra (Extra Help)” para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?**

Si tiene un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Extra [Extra Help]”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique en su caso.** Hemos incluido un material individual, denominado Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben “Ayuda Extra (Extra Help)” para Pagar Medicamentos Recetados, que le explica los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Extra (Extra Help)” y no recibió este material con este paquete, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información y solicitar la *Cláusula Adicional LIS*.

## **Etapas de pago de medicamentos**

Hay **3 etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducibles Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. La Etapa de Brecha en la Cobertura y el Programa de Descuentos por Brecha en la Cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: Deducible Anual***

Usted comienza esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos del hasta alcanzar el deducible anual.

- ***Etapa 2: Cobertura Inicial***

Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo. Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos del año a la fecha alcanzan \$2,100.

- ***Etapa 3: Cobertura Catastrófica***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de Descuentos por Brecha en la Cobertura se reemplazó por el Programa de Descuentos de Fabricantes. Conforme al Programa de Descuentos de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los

medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

**Costos de medicamentos en la etapa 1: Deducible Anual**

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

|                 | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                           | 2026 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Deducible Anual | <p>El deducible es \$300.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por medicamentos del Nivel 1 y Nivel 6 y el costo total por medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> | <p>El deducible es \$200.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$1 por medicamentos del Nivel 1, \$0 por medicamentos del Nivel 6 y el costo total por medicamentos en el Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> |

**Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura Inicial**

Para los medicamentos de Marca Preferidos de Nivel 3, Medicamentos No Preferidos de Nivel 4, la distribución de costos en la etapa de cobertura inicial cambiará de copago a coseguro.

Consulte la siguiente tabla para ver los cambios desde el 2025 hasta el 2026.

|  | 2025 (este año)                                                                                                 | 2026 (el próximo año)                                                                                           |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | La cantidad de días en un suministro de un mes es de 31 días.                                                   | La cantidad de días en un suministro de un mes es de 31 días.                                                   |
|  | Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con distribución de costos estándar es: | Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con distribución de costos estándar es: |
|  | <b>Nivel 1: Genéricos Preferidos:</b>                                                                           | <b>Nivel 1: Genéricos Preferidos:</b>                                                                           |
|  | \$9                                                                                                             | \$1                                                                                                             |
|  | <b>Nivel 2: Genéricos:</b>                                                                                      | <b>Nivel 2: Genéricos:</b>                                                                                      |
|  | \$20                                                                                                            | \$10                                                                                                            |
|  | <b>Nivel 3: Marca Preferida:</b>                                                                                | <b>Nivel 3: Marca Preferida:</b>                                                                                |
|  | \$47                                                                                                            | 25% del costo total.                                                                                            |
|  | Usted paga \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina                                        | Usted paga \$35 por un suministro de un mes de cada                                                             |

|  | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2026 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <div>cubierto en este nivel.</div> <div><b>Nivel 4:</b></div> <div><b>Medicamento No Preferido:</b></div> <div>\$100</div> <div><b>Nivel 5:</b></div> <div><b>Medicamentos Especializados:</b></div> <div>27% del costo total.</div> <div><b>Nivel 6:</b></div> <div><b>Medicamentos de Cuidados Seleccionados:</b></div> <div>\$0</div> <div></div> | <div>producto de insulina cubierto en este nivel.</div> <div><b>Nivel 4:</b></div> <div><b>Medicamento No Preferido:</b></div> <div>28% del costo total.</div> <div><b>Nivel 5:</b></div> <div><b>Medicamentos Especializados:</b></div> <div>30% del costo total.</div> <div><b>Nivel 6:</b></div> <div><b>Medicamentos de Cuidados Seleccionados:</b></div> <div>\$0</div> <div></div> |

Cambios en la Etapa de Cobertura Catastrófica

Si llega a la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de Cobertura Catastrófica, vaya a la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Estamos realizando cambios administrativos para el próximo año. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.

|                                                                  | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                       | 2026 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HealthPlex ya no es un proveedor contratado para el 2026.</b> | Sus beneficios dentales fueron administrados por HealthPlex.                                                                                                                                                                          | Liberty Dental Plan es el proveedor dental contratado para el 2026.                                                                                                                                                                      |
| <b>Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare</b>        | El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó a estar vigente este año para ayudarle a administrar los gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a | <b>Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente durante el 2026. Para obtener más información sobre esta opción de</b> |

|                                                                      | <b>2025 (este año)</b>                                                                                    | <b>2026 (el próximo año)</b>                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                      | lo largo del año calendario (enero a diciembre). Es posible que esté participando en esta opción de pago. | <b>pago, llámenos al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a>.</b> |
| <b>Administrador de beneficios de farmacia</b>                       | Express Scripts administra sus beneficios de farmacia.                                                    | CVS Caremark administra sus beneficios de farmacia.                                                                                                |
| <b>SilverSneakers ya no es un proveedor contratado para el 2026.</b> | SilverSneakers administró sus beneficios de acondicionamiento físico/gimnasio.                            | Silver&Fit es el proveedor de acondicionamiento físico/gimnasio contratado para el 2026.                                                           |

### **SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes**

**Para permanecer en ConnectiCare Flex Plan 2, no debe hacer nada.** Excepto que se inscriba en un plan diferente o cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en ConnectiCare Flex Plan 2.

Si desea cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan médico de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. La inscripción a ConnectiCare Flex Plan 2 se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. La inscripción a ConnectiCare Flex Plan 2 se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) O bien llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se le anule la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (vaya a la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes Medicare**, visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov), consulte el manual *Medicare y Usted 2026*, llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

### **Sección 3.1 Fecha límite para cambiarse de planes**

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage al 1 de enero de 2026, y no le agrada el plan que ha elegido, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o a Medicare Original (ya sea con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

### **Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?**

En ciertas situaciones, es posible que las personas tengan otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Los ejemplos incluyen personas que:

- tienen Medicaid;
- obtienen Ayuda Extra (Extra Help) para pagar los medicamentos;
- tienen o dejarán la cobertura del empleador;
- salen del área de servicio de nuestro plan.

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

## **SECCIÓN 4 Cómo obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados**

---

Usted puede ser elegible para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir Ayuda Extra (Extra Help) para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare podría pagar hasta 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que son elegibles no tendrán período sin cobertura ni multa por afiliación tardía. Para saber si es elegible, 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.
  - Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
  - Su Oficina estatal de Medicaid.

- **Asistencia para costos compartidos de los medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, incluidos la prueba de residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de no asegurado/ con seguro insuficiente. Los medicamentos del Medicare Part D que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos de los medicamentos recetados a través de 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 en el programa cómo continuar recibiendo ayuda, llame al (800) 424-3310. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 4 p.m.. Cuando llame, asegúrese de indicar su plan de Medicare Part D o el número de póliza.
- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los costos de desembolso directo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más conveniente que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en la opción de pago del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

## **SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?**

---

### **Sección 5.1 Cómo obtener ayuda de ConnectiCare Flex Plan 2**

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 224-2273. (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

El horario de atención para llamadas telefónicas es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura 2026***

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura 2026* para ConnectiCare Flex Plan 2. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada y legal de los beneficios de nuestro plan. En ella, se explican sus derechos y las normas que debe respetar para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web

en (800) 224-2273 o llame al (800) 224-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar que le enviemos una copia por correo.

- Visite [Connecticare.com/Medicare](https://connecticare.com/Medicare)

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (formulario/Lista de medicamentos)*.

## **Sección 5.2 Cómo obtener asesoramiento gratuito sobre Medicare**

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Connecticut, el SHIP se llama Connecticut's Program for Health Insurance Assistance, Outreach, Information and Referral, Counseling, Eligibility Screening (CHOICES).

Llame a Connecticut's Program for Health Insurance Assistance, Outreach, Information and Referral, Counseling, Eligibility Screening (CHOICES) para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros médicos. Pueden ayudarle a entender sus opciones sobre un plan Medicare y responder las preguntas que tenga acerca de un posible cambio de plan. Llame a Connecticut's Program for Health Insurance Assistance, Outreach, Information and Referral, Counseling, Eligibility Screening (CHOICES) al (800) 994-9422. Obtenga más información sobre Connecticut's Program for Health Insurance Assistance, Outreach, Information and Referral, Counseling, Eligibility Screening (CHOICES) visitando [https://portal.ct.gov/ads/programs-and-services/choices?language=en\\_US](https://portal.ct.gov/ads/programs-and-services/choices?language=en_US).

## Sección 5.3 Cómo obtener ayuda 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.

- **Chatee en vivo en [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)**

Puede chatear en vivo en [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

También puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)**

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y la Clasificación por Estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y Usted 2026***

En otoño de cada año, se envía el manual *Medicare y Usted 2026* por correo postal a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responden las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## **Información adicional importante sobre la atención médica y los recursos para miembros**

- **Aviso Electrónico (ELN): Cómo obtener documentos importantes**
- **Aviso de Disponibilidad (NOA): Servicios de asistencia lingüística**
- **Aviso de No Discriminación (NDN): Sección 1557**
- **Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP)**

# Cómo obtener documentos importantes del plan



¡Usted es importante para nosotros! Le facilitamos la información que necesita. En línea, puede ver documentos importantes de su plan y encontrar un proveedor de la red. También puede buscar sus medicamentos recetados en cualquier momento, en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo. Los documentos de su plan para el 2026, como su Evidencia de Cobertura, Formulario y Directorio de Proveedores, estarán disponibles en línea el 15 de octubre del 2025.

## Conozca los documentos de su plan

- **Evidencia de Cobertura (EOC):** una guía sobre lo que cubre su plan. Contiene detalles sobre los beneficios y la cobertura de su plan, los derechos de los miembros y más información.
- **Formulario (Lista de Medicamentos):** una lista de medicamentos cubiertos por su plan.
- **Directorio de proveedores:** una lista de médicos y especialistas de la red con números de teléfono y direcciones. Puede encontrar un proveedor de la red en nuestro directorio en línea en [ConnectiCare.com/Providers/Resources](https://ConnectiCare.com/Providers/Resources).
- **Aviso de prácticas de privacidad:** este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. Esto se encuentra en nuestro sitio web en [ConnectiCare.com/content/dam/connecticare/pdfs/legal/privacy\\_notice.pdf](https://ConnectiCare.com/content/dam/connecticare/pdfs/legal/privacy_notice.pdf).

# ¿Cómo puedo ver o solicitar una copia de un documento del plan?



## En línea en el [MyConnectiCarePortal.com](https://MyConnectiCarePortal.com)

Vea o descargue una copia de sus documentos del plan en línea, en cualquier momento y en cualquier lugar. Puede utilizar cualquier dispositivo: una computadora, una tablet o un teléfono celular. Los documentos de su plan para el 2026 estarán disponibles en línea el 15 de octubre de 2025.



## En línea en el [MyConnectiCarePortal.com](https://MyConnectiCarePortal.com).

Utilice el portal de autoservicio para miembros a fin de ver sus documentos del plan en línea disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, o bien para encontrar un proveedor de la red. Inicie sesión o configure una cuenta en el Portal para Miembros en [MyConnectiCarePortal.com](https://MyConnectiCarePortal.com). Haga clic en “Create an Account” (Crear una cuenta) y siga las instrucciones paso a paso para registrarse.



## Llame sin costo

Infórmenos si no tiene acceso a la computadora o si prefiere que le enviemos por correo una copia impresa de la EOC, del Formulario o del Directorio de Proveedores. Si desea solicitar una copia impresa de un documento del plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que **aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.**

## **Estamos aquí para ayudar**

Si tiene preguntas sobre sus beneficios o necesita ayuda para encontrar un proveedor de red, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito **que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.**

## **Notice of Availability**

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

### **English**

**ATTENTION:** If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

### **Spanish**

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma.

También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles.

Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

## **Simplified Chinese**

注意：如果您说 中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提供商。

## **Traditional Chinese**

注意：如果您說 台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

## **Russian**

**ВНИМАНИЕ!** Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки.

Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

## **Haitian Creole**

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

## **Korean**

주의:한국어 를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

## **Italian**

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

## Yiddish

אַכטונג: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פריי פאר דיר. פאָסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאַרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

## Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

## Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

## Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

## French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d'adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

## Urdu

### اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

## **Tagalog**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

## **Greek**

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

## **Albanian**

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

## **German**

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

## **Pennsylvania Dutch**

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deitsch schwetzscht, Schprooch Hilfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

## **Vietnamese**

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

## **Somali**

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan. Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

## **Japanese**

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

## **Ukrainian**

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

## Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

## Amharic

ማስታወሻ፡ አማርኛ የምናገሩ ከሆነ፡ ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፡ በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመረጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በነፃ ይኖራሉ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ በለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

## Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย  
เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้  
ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่  
เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลข  
ฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้  
ให้บริการของคุณ

## Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک‌های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت‌های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

## Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le totogia mo oe. Fesoasoani fa'aopopo talafeagai ma auaunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua i limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le totogia. Vala'au le Auaunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

## Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

## **Gujarati**

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

## **Portuguese**

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

## **Hindi**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

## Khmer

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ  
សេវាកម្មជំនួយភាសាភាគតិចត្រូវតែមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ  
និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ  
ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន  
ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។  
ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID  
របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

## Laotian

ឡើងឧបៈ វ៉ាវាវ៉ាន់ វ៉ាវាវ៉ាន់ ឡាវ,  
ຈະມີបំລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ  
ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາ  
ມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້.  
ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື  
ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

## Karen

ဟ်သျှဉ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညိကျိၣ် အယိ, တၢ်အိၣ်ဒီး  
ကျိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢ်ဘျဉ်လၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး  
တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူၤပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြးအဘၣ်  
လၢကဟ့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၣ် လၢတၢ်မၤန့ၢ်အိၣ်သ့တဖၣ်  
လၢတလၢ်ဘျဉ်လၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရၢဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ  
အလီၤတဲစိနီၣ်ဂံၢ်လၢ အိၣ်ဖဲန့ၢ်လံာ်အုၣ်သး (ID) ခးက့အလီၤ မ့တမ့ၢ်  
တဲတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်ကွၢ်ထွဲန့ၣ် တက့ၢ်.

## **Swahili**

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

## **Serbian**

PAŽNJA: Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške. Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup. Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poledini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

## **Croatian**

PAŽNJA: Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno. Nazovite broj Službe za članove na poledini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

## Nepali

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए डाक्टरसँग कुरा गर्नुहोस्।

## Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá n sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ ìrànlowọ̀ èdè ọ̀fẹ́ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò ìrànlowọ̀ àti àwọn isẹ́ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọ̀rùn ló wà lófẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ́ Ọmọ ẹgbẹ́ tó wà ní ẹ̀yìn káàdì ìdánimọ́ rẹ̀ tàbí bá olùpèsè rẹ̀ sọ̀rò.

## Tamil

கவனிக்கவும்: நீங்கள் தமிழ் பேசுபவர் என்றால், உங்களுக்கு இலவச மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கும். அணுகல் வசதிக் கேற்ற வடிவங்களில் தகவலை வழங்குவதற்கான தகுந்த, கூடுதல் உதவி அம்சங்களும் சேவைகளும் கூட கட்டணமின்றிக் கிடைக்கும். உங்கள் வழங்குநரிடம் பேச, உங்கள் ஐடி கார்டின் பின்பக்கமுள்ள உறுப்பினர் சேவை மைய எண்ணை அழைக்கவும்.

## **Navajo**

SHOOH: Diné bizaad yiniłti', t'áá jiił'ehgo saad bee áká'ánída'awo'ígíí t'áá hadoohkáát nihá kée' hólq. T'áá ajikii íiyisí át'éego nihá át'éego bee haz'ánígíí dóó t'áá ádáhodoonígíí biniyé t'áá jiił'eh nihá kée' hólq Member Services béesh bee hane'í bikáá' dah naaznil doo ID card ni' dooleet ná'ádoolwołígíí bikáá' nihá át'é.

## **Shoshone**

NENKAHI: Uuiss en taikw Sosohni, yu yowk taikwa tuwahntsawaiyn mahhpittsiyahnkuuk en. To kwain tuwahntsawaiyn tes tuwahntsawaiyn uut uutinantuuinkehn uukuup tsa taw natehpop suwait mampittsiyankunk yuyowk nai nimeht. Nimai suun suhmah tuwahntsawaiyn tetehtsep piinak tehpop en nuwaiyn en taikw uhmah natsu tainepeh tes waipéh.

## **Choctaw**

KULLÓSHI: Chi Chahta anumpa ish anumpuli hosh, aiittola towa la hosh chi chiahullo li. Himona, achukma ut ish anumpuli hinla ia, il im anumpuli holisso kapvchi shulush isht ia, towa la hosh chi. Chi ID holisso okpulo bok aiittola na isht ia hosh pisa, il chi isht ia isht iachi pisa.

# Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਤੁਹਾਡੇ ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

## Syriac

# AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN POLÍTICA



## La discriminación va en contra de la ley

ConnectiCare cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, incluidas las características sexuales, incluidos los rasgos intersexuales; embarazo o afecciones relacionadas; orientación sexual; identidad de género y estereotipos sexuales. ConnectiCare no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

### ConnectiCare:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y asistencia y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados en lengua de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, y asistencia y servicios auxiliares adecuados o servicios lingüísticos, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles llamando a Medicare Connect Concierge al 800-224-2273 (TTY: 711, del 1 de octubre al

31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a sábado).

Si considera que ConnectiCare no ha logrado brindar estos servicios o ha discriminado de cualquier otro modo según la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Coordinador de Derechos Civiles escribiendo a ConnectiCare Grievance and Appeals Department, P.O. Box 4010, Farmington, CT 06034-4010; envíelas por fax al 800-867-6674; o llame a Medicare Connect Concierge al 800-224-2273. (Marque 711 para servicios TTY). Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o a través del portal seguro para miembros. Si necesita ayuda para presentar una queja, Grievance and Appeals Department de ConnectiCare está disponible para proporcionarle asistencia.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Department of Health and Human Services de EE. UU. de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **[OCRportal.HHS.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://OCRportal.HHS.gov/ocr/portal/lobby.jsf)**, o por correo o teléfono utilizando la siguiente información: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 800-368-1019 (TTY: 800-537-7697).

Los formularios de reclamo se encuentran disponibles en **[HHS.gov/ocr/office/file/index.html](https://HHS.gov/ocr/office/file/index.html)**.

Este aviso está disponible en el sitio web de ConnectiCare en **[ConnectiCare.com/Legal/Nondiscrimination](https://ConnectiCare.com/Legal/Nondiscrimination)**.

# AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.**

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de los planes de salud afiliados a Molina Healthcare (en este documento denominados “**Molina**”, “**nosotros**” o “**nuestro**”). Usamos y compartimos información médica protegida (“**PHI**”) sobre usted para brindarle sus beneficios de salud como miembro de Molina. Usamos y compartimos su PHI para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su PHI por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información médica en privado y cumplir con los términos de este Aviso. La fecha de vigencia de este Aviso es el 1 de enero de 2026.

La PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es usada o compartida por nosotros. La PHI incluye información médica sobre trastornos por uso de sustancias e información biométrica (como una huella de voz).

## **¿Por qué usamos o compartimos su PHI?**

Usamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI también se usa o comparte para tratamientos, pagos y funciones de atención médica.

## **Para tratamientos**

Podemos usar o compartir su PHI para brindarle o facilitar su atención médica. Este tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección con un especialista. Esto ayuda a que el especialista converse acerca del tratamiento con su médico.

*En vigor a partir del 1 de enero de 2026*  
Multi-State-Y0050-NP-ES-26-L

## Para pagos

Podemos usar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a pagos. Esto puede incluir quejas, autorizaciones para tratamientos y decisiones sobre necesidades médicas. Es posible que en la factura aparezca su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. Asimismo, le informaríamos al médico la cantidad de la factura que nosotros pagaríamos.

## Para funciones de atención médica

Podemos usar o compartir su PHI para implementar nuestros planes médicos. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamación para informarle sobre algún programa de salud que pudiera ayudarle. También podemos usar o compartir su PHI para resolver sus inquietudes. Su PHI también se puede usar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias. Esto incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

- Mejorar la calidad.
- Realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como asma).
- Realizar o facilitar revisiones médicas.
- Brindar servicios legales, que incluyen la detección de fraude y abuso, y los programas de enjuiciamiento.
- Realizar acciones que nos permiten cumplir con la ley.
- Satisfacer las necesidades de los miembros, entre las que se incluyen la solución de reclamos y quejas.

Compartiremos su PHI con otras compañías (“**asociados comerciales**”) que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestros planes médicos. Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para darle información sobre otros tratamientos u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

## **¿Cuándo podemos usar o compartir su PHI sin obtener una autorización (aprobación) por escrito de su parte?**

Además de los tratamientos, los pagos y las funciones de atención médica, la ley permite o requiere que Molina utilice y comparta su PHI para diversos fines, que incluyen lo siguiente:

### **Requisitos legales**

Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera el Secretario del Department of Health and Human Services (HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

### **Salud pública**

Su PHI se puede usar o compartir para actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a las agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

### **Supervisión de la atención médica**

Su PHI se puede usar o compartir con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

### **Investigación**

Su PHI se puede usar o compartir para investigación en ciertos casos, como cuando se aprueba por una comisión revisora institucional o de privacidad.

### **Procedimientos legales o administrativos**

Su PHI se puede usar o compartir para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

## **Cumplimiento de la ley**

Su PHI se puede usar o compartir con la policía con el fin de hacer cumplir la ley, como para ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

## **Salud y seguridad**

Su PHI se puede compartir para prevenir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

## **Funciones gubernamentales**

Su PHI se puede compartir con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo puede ser la protección del Presidente.

## **Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica**

Su PHI se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o abandono.

## **Indemnización de trabajadores**

Su PHI se puede usar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

## **Divulgación con otros fines**

Su PHI se puede compartir con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarles a cumplir con su trabajo.

## **Restricciones adicionales de uso y divulgación.**

Algunas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restrinjan el uso y la divulgación de ciertos tipos de información médica. Estas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: trastornos por consumo de alcohol y sustancias, información biométrica, abuso o negligencia infantil o de adultos, incluida la agresión sexual, enfermedades transmisibles, información genética, HIV/AIDS, salud mental, información de menores, recetas, salud reproductiva y

enfermedades de transmisión sexual. Seguiremos la ley más estricta cuando sea aplicable a nosotros.

**Información sobre el trastorno de consumo de sustancias (SUD).** Si bien no somos un programa de tratamiento de trastorno de consumo de sustancias según la ley federal (un “Programa SUD”), podemos recibir información de un Programa SUD sobre usted. No podemos divulgar información de SUD para su uso en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra a menos que tengamos (i) su consentimiento por escrito, o (ii) una orden judicial acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a la divulgación emitida después de que nosotros y usted recibimos notificación y la oportunidad de ser escuchados.

**¿Cuándo necesitamos su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su PHI?**

Necesitamos su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en este Aviso.

Necesitamos su autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones para propósitos de marketing; y (3) usos y divulgaciones que involucren la venta de PHI. Usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya dado. Su cancelación no aplicará a las acciones que ya hayamos tomado como resultado de la autorización que nos dio.

**¿Cuáles son sus derechos de información médica?**

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones para el uso o la divulgación de PHI (compartir su PHI)**

Puede pedirnos que no compartamos su PHI para realizar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede pedir que no

compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas designadas por usted que participen de su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**

Usted puede pedirle a Molina que le entregue su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener confidencial su PHI. Cumpliremos con solicitudes razonables, si usted nos informa de qué manera la divulgación de la totalidad o parte de su PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

- **Revisión y copia de su PHI**

Usted tiene derecho a evaluar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para tomar decisiones sobre cobertura, quejas y otros asuntos sobre usted como nuestro miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. *Nota importante: no tenemos copias completas de su historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*

- **Enmendar su PHI**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

- **Recibir un resumen de las divulgaciones de PHI (compartir su PHI)**

Puede solicitar que le brindemos una lista de determinadas partes con las que hayamos compartido su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:

- Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica.
- A personas sobre su propia PHI.
- La información compartida con su autorización.
- La información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable.
- La PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para propósitos de inteligencia.
- Como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si usted la solicita más de una vez en un periodo de 12 meses. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p.m, hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

### **¿Qué puede hacer si no se han protegido sus derechos?**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja ante el Department of Health and Human Services. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

*Puede presentar una queja ante nosotros en:*

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p.m, hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O escribanos a:

Molina Healthcare  
Attn: Appeals and Grievances  
P.O. Box 22816  
Long Beach, CA 90801-9977

*Puede presentar una queja ante el Secretario del Department of Health and Human Services de EE. UU. a la siguiente dirección:*

U.S. Department of Health &  
Human Services Office for Civil  
Rights  
200 Independence  
Ave., S.W. Suite  
509F, HHH Building  
Washington, D.C.  
20201  
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

### **¿Cuáles son nuestras obligaciones?**

Estamos obligados a:

- Mantener su PHI en privado.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso, sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad en relación con su PHI.

- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su PHI no protegida.
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripciones de seguros.
- Cumplir con los términos de este Aviso.

## **Este Aviso está sujeto a cambios**

**Nos reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este Aviso. Si lo hacemos, las nuevas condiciones y normas se aplicarán a toda la PHI que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier modificación importante, publicaremos el Aviso revisado en nuestra página web y enviaremos el Aviso revisado, o bien enviaremos información acerca del cambio importante y de cómo obtener el Aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por nosotros. Este Aviso se encuentra disponible en nuestra página web en [www.molinahealthcare.com](http://www.molinahealthcare.com).**

## **Información de contacto**

Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con nosotros.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O escriba a Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en letra grande, sistema braille o audio. Llame al (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

PO Box 298  
Monroe, WI 53566-0298  
Attn: Enrollment Accounting

Información importante de Molina Healthcare

ConnectiCare®



CTACES26L00343