ConnectiCare

Choice Covered Connecticut Program (94)

Plan de beneficios, Choice Network Plan

Beneficios	Dentro de la red (INET) El miembro paga	Dentro de la red (INET) El estado paga	Fuera de la red (OON) El miembro paga	Fuera de la red (OON) El estado paga
Deducible del plan Individual Familiar	$0 por miembro $0 por familia	$0 por miembro $0 por familia	$0 por miembro $0 por familia	$10,000 por miembro $20,000 por familia
Deducible del medicamento recetado por separado Individual Familiar	$0 por miembro $0 por familia	$0 por miembro $0 por familia	$0 por miembro $0 por familia	$500 por miembro $1,000 por familia
Máximo de gastos de bolsillo Individual Familiar (Incluye deducible, copagos y coseguro por servicios médicos y de farmacia)	$0 por miembro $0 por familia	$1,350 por miembro $2,700 por familia	$0 por miembro $0 por familia	$18,200 por miembro $36,400 por familia
Beneficios	**Dentro de la red (INET) El miembro paga**	**Dentro de la red (INET) El estado paga**	**Fuera de la red (OON) El miembro paga**	**Fuera de la red (OON) El estado paga**
Consultas presenciales al proveedor				
Consultas preventivas de pacientes adultos/pediátricos	Sin costo	Sin costo	Sin costo	40 % de coseguro por consulta; no se aplica el deducible
Consultas presenciales al proveedor de atención primaria (incluye servicios por enfermedad, lesión, seguimiento y consultas)	Sin costo	$15 de copago por consulta	Sin costo	40 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON
Consultas presenciales a un especialista	Sin costo	$30 de copago por consulta	Sin costo	40 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON

Beneficios	Dentro de la red (INET) El miembro paga	Dentro de la red (INET) El estado paga	Fuera de la red (OON) El miembro paga	Fuera de la red (OON) El estado paga
Consultas presenciales por salud mental y trastornos por consumo de sustancias	Sin costo	$15 de copago por consulta	Sin costo	40 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON
Servicios de diagnóstico para pacientes ambulatorios				
Radiología avanzada (CT/PET, MRI)	Sin costo	$50 de copago por servicio hasta un máximo anual combinado de $350 para MRI (resonancias magnéticas) y CAT (tomografías computarizadas); $400 por PET (tomografías por emisión de positrones)	Sin costo	40 % de coseguro por servicio después de alcanzar el deducible del plan OON
Servicios de laboratorio	Sin costo	$10 de copago por servicio	Sin costo	40 % de coseguro por servicio después de alcanzar el deducible del plan OON
Radiología no avanzada (Radiografía, diagnóstico)	Sin costo	$25 de copago por servicio	Sin costo	40 % de coseguro por servicio después de alcanzar el deducible del plan OON
Mamografía (Sin costo para pruebas de detección y diagnóstico si está dentro de las normas federales o estatales)	Sin costo	$20 de copago por servicio	Sin costo	40 % de coseguro por servicio después de alcanzar el deducible del plan OON
Medicamentos recetados: farmacia minorista (costo compartido basado en el suministro de 30 días por receta)				

Medicamentos genéricos Nivel 1	Sin costo	$5 de copago por receta	Sin costo	40 % de coseguro por receta después de alcanzar el deducible de medicamentos recetados OON
Beneficios	**Dentro de la red (INET)** **El miembro paga**	**Dentro de la red (INET)** **El estado paga**	**Fuera de la red (OON)** **El miembro paga**	**Fuera de la red (OON)** **El estado paga**
Medicamentos de marca preferidos Nivel 2	Sin costo	$10 de copago por receta	Sin costo	40 % de coseguro por receta después de alcanzar el deducible de medicamentos
Medicamentos de marca no preferidos Nivel 3	Sin costo	$30 de copago por receta	Sin costo	40 % de coseguro por receta después de alcanzar el deducible de medicamentos recetados OON
Medicamentos especializados Nivel 4	Sin costo	20 % de coseguro hasta un máximo de $60 por receta	Sin costo	40 % de coseguro por receta después de alcanzar el deducible de medicamentos recetados OON
Receta: pedidos por correo de farmacia (suministro de hasta 90 días por receta)				
Medicamentos genéricos Nivel 1	Sin costo	$15 de copago por receta	Sin costo	40 % de coseguro por receta después de alcanzar el deducible de medicamentos recetados OON

Medicamentos de marca preferidos Nivel 2	Sin costo	$30 de copago por receta	Sin costo	40 % de coseguro por receta después de alcanzar el deducible de medicamentos recetados OON
Beneficios	**Dentro de la red (INET)** **El miembro paga**	**Dentro de la red (INET)** **El estado paga**	**Fuera de la red (OON)** **El miembro paga**	**Fuera de la red (OON)** **El estado paga**
Medicamentos de marca no preferidos Nivel 3	Sin costo	$90 de copago por receta	Sin costo	40 % de coseguro por receta después de alcanzar el deducible de medicamentos recetados OON
Servicios de tratamiento de rehabilitación y habilitante para pacientes ambulatorios (límite de 40 visitas por año calendario combinadas para rehabilitación de fisioterapia, terapia del habla y ocupacional. 40 visitas individuales por límite de año calendario combinadas para tratamiento habilitante de terapia del habla, fisioterapia y terapia ocupacional).				
Terapia del Habla.	Sin costo	$20 de copago por consulta	Sin costo	40 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON
Fisioterapia y terapia ocupacional	Sin costo	$20 de copago por consulta	Sin costo	40 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON
Otros servicios				
Servicios quiroprácticos (hasta a 20 consultas por año calendario)	Sin costo	$30 de copago por consulta	Sin costo	40 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON

Equipos y suministros para diabéticos	Sin costo	40 % de coseguro por equipo/suministro	Sin costo	40 % de coseguro por equipo/suministro después de alcanzar el deducible del plan OON
Equipo médico duradero (DME)	Sin costo	40 % de coseguro por equipo/suministro	Sin costo	40 % de coseguro por equipo/suministro después de alcanzar el deducible del plan OON
Beneficios	**Dentro de la red (INET) El miembro paga**	**Dentro de la red (INET) El estado paga**	**Fuera de la red (OON) El miembro paga**	**Fuera de la red (OON) El estado paga**
Servicios de atención médica domiciliaria (hasta a 100 consultas por año calendario)	Sin costo	Sin costo	Sin costo	25 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible de $50 por separado
Servicios ambulatorios (en un hospital o centro ambulatorio)	Sin costo	$75 de copago por consulta en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios $45 de copago por consulta en un Centro de Cirugía Ambulatoria	Sin costo	40 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON
Servicios para pacientes internados				

Los servicios hospitalarios para pacientes internados incluyen salud mental, trastorno por abuso de sustancias, maternidad, atención médica para pacientes terminales, centro de enfermería especializada * y todos los entornos de IP (pacientes	Sin costo	$75 de copago por día hasta un máximo de $300 por admisión	Sin costo	40 % de coseguro por admisión después de alcanzar el deducible del plan OON
Atención de emergencia y atención de urgencia				
Servicios de ambulancia	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Beneficios	**Dentro de la red (INET) El miembro paga**	**Dentro de la red (INET) El estado paga**	**Fuera de la red (OON) El miembro paga**	**Fuera de la red (OON) El estado paga**
Sala de emergencias	Sin costo	$50 de copago por consulta	Sin costo	$50 de copago por consulta
Centros de Atención de Emergencia	Sin costo	$25 de copago por consulta	Sin costo	40 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON
Servicios de Odontopediatría (para miembros menores de 26 años)				
Diagnóstico y Prevención	Sin costo	Sin costo	Sin costo	50 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON

Servicios básicos	Sin costo	40 % de coseguro por consulta	Sin costo	50 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON
Servicios especializados	Sin costo	50 % de coseguro por consulta	Sin costo	50 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON
Servicios de ortodoncia (solo por razones médicas)	Sin costo	50 % de coseguro por consulta	Sin costo	50 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON
Beneficios	**Dentro de la red (INET)** **El miembro paga**	**Dentro de la red (INET)** **El estado paga**	**Fuera de la red (OON)** **El miembro paga**	**Fuera de la red (OON)** **El estado paga**
Servicios de Oftalmología Pediátrica (para miembros menores de 26 años)				
Anteojos con receta Los servicios deben ser proporcionados por un proveedor VSP participante para recibir beneficios dentro de la red (un par de marcos y lentes o lentes de contacto por año calendario)	Sin costo	Lentes: $0 Marco de la colección: $0 Marco no de la colección: Los miembros que opten por pasar de un marco de la colección a un marco que no sea de ella, recibirán un crédito sustancialmente igual al costo del marco de la colección y tendrán derecho a cualquier descuento negociado por el asegurador con el	Sin costo	50 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON

Examen de la vista de rutina Los servicios deben ser proporcionados por un proveedor VSP participante para recibir beneficios dentro de la red (un examen por año calendario)	Sin costo	$30 de copago por consulta	Sin costo	40 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON
Servicios Cubiertos Adicionales				
Examen de la vista de rutina para adultos Los servicios deben ser proporcionados por un proveedor VSP participante para recibir beneficios dentro de la red (para miembros mayores de 26 años: un examen por año calendario)	Sin costo	$30 de copago por consulta	Sin costo	40 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON
Beneficios	**Dentro de la red (INET)** **El miembro paga**	**Dentro de la red (INET)** **El estado paga**	**Fuera de la red (OON)** **El miembro paga**	**Fuera de la red (OON)** **El estado paga**
Inyecciones para la alergia (Sin límites)	Sin costo	Ver consultas presenciales al proveedor de atención primaria o a especialistas	Sin costo	40 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON
Pruebas de Alergia (una consulta por año calendario)	Sin costo	Ver consultas presenciales al proveedor de atención primaria o a especialistas	Sin costo	40 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON
Extremidades artificiales (incluye suministros y equipo relacionados)	Sin costo	20% de coseguro	Sin costo	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible del plan OON

Terapia de infusión (cuando los servicios se prestan en el consultorio de un especialista o en un centro de infusión independiente)	Sin costo	$30 de copago por consulta	Sin costo	40 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON
Productos alimenticios modificados y leche maternizada especializada	Sin costo	40 % de coseguro	Sin costo	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible del plan OON
Tratamiento ambulatorio para trastornos de salud mental, alcohol y abuso de sustancias (tratamiento ambulatorio intensivo y	Sin costo	$75 de copago por consulta	Sin costo	40 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON
Clínicas en locales comerciales	Sin costo	$15 de copago por consulta	Sin costo	40 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON
Beneficios	**Dentro de la red (INET)** **El miembro paga**	**Dentro de la red (INET)** **El estado paga**	**Fuera de la red (OON)** **El miembro paga**	**Fuera de la red (OON)** **El estado paga**
Servicios de telemedicina (servicios prestados por un proveedor de Teladoc®)	**Servicios Médicos Generales y de Salud Mental:** Sin costo	**Información médica general y servicios de salud mental:** **Sin costo**	Sin costo	40 % de coseguro por consulta después de alcanzar el deducible del plan OON
INFORMACIÓN IMPORTANTE				

- **La cobertura se aplica solo a servicios médicamente necesarios**
- Este es un breve resumen del costo de los beneficios del plan para miembros después de que se apliquen los subsidios del Programa Cubierto del Estado de Connecticut. ConnectiCare administra los pagos en virtud del programa en nombre del Estado. No forman parte de la cobertura bajo la **Evidencia de Cobertura (EOC, en inglés)**. Consulte su EOC de ConnectiCare Benefits, Inc. para obtener información completa sobre los beneficios, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones. Todos los beneficios descritos son por miembro por año calendario. Las tarjetas de ID de miembro indicarán que los proveedores no deben cobrar copagos, ya que estarán cubiertos por el Covered Connecticut Program.

- El suministro para 90 días de medicamentos de mantenimiento seleccionados está disponible para ser surtido en cualquier farmacia de la red.
- La cobertura de los servicios de pruebas de detección y monitoreo del cáncer de ovario y la información del costo compartido están disponibles en su EOC.
- Pruebas de detección por mamografía, ultrasonidos de mama y MRI (resonancias magnéticas) de mama: consulte la EOC para obtener más información.
- Los medicamentos insulínicos y no insulínicos están cubiertos hasta un costo compartido máximo de $25 por cada suministro de 30 días.
- Los dispositivos para la diabetes y la cetoacidosis diabética están cubiertos hasta un costo compartido máximo de $100 por suministro de 30 días.
- Consulte a su EOC para obtener los máximos de costos compartidos adicionales con respecto a los servicios para diabéticos. Algunos servicios para diabéticos se incluyen en la atención médica preventiva y se puede renunciar a los costos compartidos.
- Un **centro de cirugía ambulatoria** es una instalación que brinda servicios de cirugía ambulatoria exclusivamente a pacientes que no requieren hospitalización y cuya internación esperada en el centro no supera las 24 horas. Los centros de cirugía ambulatoria no pertenecen a un hospital.
- Un **centro hospitalario ambulatorio** ofrece procedimientos quirúrgicos y atención relacionada que, en opinión del médico tratante, se pueden realizar de manera segura sin requerir atención hospitalaria para pacientes internados durante la noche. Las instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios pertenecen a un hospital o sistema hospitalario.
- Para obtener más información sobre sus beneficios de **Teladoc®,** comuníquese con **Teladoc®** en teladochealth.com/connecticarecore o llame al 1-800-835-2362 (TTY: 711).
- Si tiene preguntas con respecto a su plan, visite nuestro sitio web enwww.connecticare.com o llámenos al (860) 674-5757 o al 1-800-251-7722.
- El reembolso fuera de la red se basa en la cantidad máxima permitida. El Estado de CT (Connecticut) es responsable de pagar cualquier cargo que exceda este monto. Consulte su EOC de ConnectiCare Benefits, Inc. para obtener más información.
- En este programa, los medicamentos recetados y los suministros cubiertos se clasifican en categorías (es decir, niveles) para indicar cómo se cubrirán y el costo compartido del miembro. La ubicación de un medicamento o suministro en uno de los niveles es determinada por el Departamento de Servicios de Farmacia de ConnectiCare y aprobada por el Comité de Farmacia y Terapéutica de ConnectiCare en función de la eficacia clínica y el costo de los medicamentos o suministros, no de si se trata de un medicamento o suministro genérico o de un medicamento o suministro de marca.
- Los montos pagados por los miembros porque deben pagar una diferencia de precio por un medicamento de marca no cuentan para cumplir con ningún máximo de deducible, coseguro, copago, coseguro o costo compartido.
- La mayoría de los medicamentos especializados se dispensan a través de farmacias especializadas por correo, hasta un suministro de 30 días. Las farmacias especializadas tienen el mismo costo compartido para miembros que todas las demás farmacias participantes y no forman parte del programa de suministro de días extendidos de ConnectiCare.

- Muchos servicios requieren que obtenga nuestra Autorización Previa antes de recibir atención. Consulte el "*Anexo de Autorizaciones Previas*" en su EOC para obtener una lista detallada de servicios o llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-251-7722. Usted puede ser responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en $500 o el 50 %, lo que sea menor, si no tiene autorización previa para los servicios prescritos o prestados por los proveedores no participantes.
- Para servicios de salud mental, de abuso de alcohol y de abuso de sustancias llame al 1-888-946-4658 para obtener una Autorización Previa.
- Los servicios preventivos y de bienestar dentro de la red, según lo define el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (PSPSTF, en inglés), incluidas las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC, en inglés), y la atención médica preventiva y los exámenes de detección respaldados por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, en inglés), están exentos de todos los costos compartidos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible (PPACA, en inglés). Visite nuestro sitio web en www.connecticare.com para ver una lista de servicios preventivos y de bienestar.