

A photograph of an older couple embracing outdoors. The man is in the foreground, smiling broadly, wearing a light blue button-down shirt. The woman is behind him, also smiling, wearing a dark grey textured sweater. They are standing on a sandy beach with a body of water and a cloudy sky in the background.

ConnectiCare[®]

Planes Medicare Advantage 2024





Planes que se adaptan a sus necesidades y presupuesto.

Proporcionamos planes de salud a los residentes de Connecticut desde 1981. Sabemos que las diferentes personas tienen diferentes necesidades. Es por eso que ofrecemos una amplia selección de planes Medicare Advantage de ConnectiCare.

Elija ConnectiCare y descubrirá que somos más que solo una compañía de seguro de salud. Somos personas decididas a apoyar su salud en cada paso del camino.

Planes Medicare Advantage de ConnectiCare

ConnectiCare ofrece una variedad de planes que le brindan todos los beneficios de Original Medicare y mucho más. Puede recibir atención de los miles de médicos y otros proveedores de atención médica de nuestra amplia red que incluye TODOS los hospitales del estado.* Nuestros planes Flex incluyen cobertura para muchos beneficios dentro y fuera de la red. Los planes incluyen beneficios adicionales como:

- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®.
- Copago de \$0 por Teladoc®.
- Asignaciones para accesorios para la vista.
- Tres coberturas dentales suplementarias opcionales (consulte las opciones de planes dentales en las páginas 17 a 18).

ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS)

La prima mensual es de **\$0** además de su prima de Medicare Parte B. Usted pagará:

- **\$0** para ver a su proveedor de atención primaria (PCP).
- **\$35** para ver a un especialista.

Además, obtiene **\$0** para cobertura dental preventiva, hasta **\$500** para accesorios para la vista cada año y **\$70** mensuales para artículos de venta libre mediante pedidos por correo. Sin deducible de la Parte D ni de la cobertura de medicamentos con receta.

ConnectiCare Choice 2 Plan (HMO-POS), sin medicamentos con receta

La prima mensual es de **\$0** además de su prima de Medicare Parte B. Usted pagará:

- **\$0** para ver a su proveedor de atención primaria (PCP).
- **\$10** para ver a un especialista.

Además, obtiene cobertura dental integral y preventiva con un límite anual de hasta **\$3,000**, hasta **\$3,000** para audífonos cada 3 años, hasta **\$500** para accesorios para la vista cada año y **\$50** mensuales para artículos de venta libre mediante pedidos por correo.

ConnectiCare Choice Plan 1 (HMO-POS)

La prima mensual es de **\$160** además de su prima de Medicare Parte B. Usted pagará:

- **\$10** para ver a su proveedor de atención primaria (PCP).
- **\$30** para ver a un especialista.

ConnectiCare Passage Plan 1 (HMO-POS)

La prima mensual es de **\$0** además de su prima de Medicare Parte B. Usted pagará:

- **\$0** para ver a su proveedor de atención primaria (PCP).
- **\$35** para ver a un especialista.

Además, obtiene hasta **\$400** anuales para audífonos, hasta **\$400** para accesorios para la vista cada año y **\$50** mensual para artículos de venta libre mediante pedidos por correo.

ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS)

La prima mensual además de su prima de Medicare Parte B es de:

- **\$30** si vive en los condados de Hartford, Litchfield, Middlesex o Tolland.
- **\$51** si vive en los condados de Fairfield, New Haven, New London o Windham.

Dentro de la red, usted pagará:

- **\$5** para ver a su proveedor de atención primaria (PCP).
- **\$50** para ver a un especialista.

Además, obtiene **\$0** para cobertura dental preventiva dentro de la red, hasta **\$300** para accesorios para la vista cada año y **\$50** mediante pedidos por correo. Existe un coseguro fuera de la red del 35 % para la mayoría de los servicios.

ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS)

La prima mensual es de **\$115** además de su prima de Medicare Parte B. **Dentro de la red**, usted pagará:

- **\$15** para ver a su proveedor de atención primaria (PCP).
- **\$35** para ver a un especialista.

* Con la excepción del Connecticut Children's Medical Center.

Planes ConnectiCare Choice (HMO-POS D-SNP)

ConnectiCare ofrece dos planes de necesidades especiales para personas inscritas tanto en Medicare como en Connecticut State Medicaid (HUSKY).

ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP) y ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO-POS D-SNP).

La prima mensual para cada plan es de \$0 y se paga con la Ayuda Adicional. Esto se proporciona además de su prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid u otro administrador externo la pague. Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid, paga \$0 por los servicios cubiertos en estos planes.

Además, obtiene beneficios adicionales que Original Medicare no cubre. Estos incluyen la cobertura para medicamentos con receta, servicios dentales, artículos de venta libre y mucho más.

Los planes **ConnectiCare Choice Dual y ConnectiCare Choice Dual Vista** son para las personas con beneficios completos de Medicaid:

- Programa de beneficio completo de doble elegibilidad (FBDE, siglas en inglés).
- Programa para beneficiarios específicos de Medicare de bajos ingresos – Plus (SLMB+, siglas en inglés).
- Programa para beneficiarios calificados de Medicare – Plus (QMB+, siglas en inglés).

Beneficios adicionales con ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP)

- \$60 mensuales para artículos de venta libre elegibles, incluidos los artículos de alimentación saludable.
- Cobertura de servicios dentales preventivos e integrales con un límite anual de hasta \$3,000.
- Cobertura de medicamentos con receta con copagos tan bajos como \$0.*
- Asignación de accesorios para la vista de hasta \$750 cada año.
- Asignación para audífonos de hasta \$2,500 cada año.
- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®.
- Línea directa de servicios de enfermería las 24 horas.
- Telesalud y Teladoc®: visitas virtuales.

Beneficios adicionales con ConnectiCare Choice Dual Vista (HMO-POS D-SNP)

- \$150 mensuales para artículos de venta libre elegibles mediante pedidos por correo; AHORA se incluyen artículos de alimentación saludable.
- Cobertura de servicios dentales preventivos e integrales con un límite anual de hasta \$2,000.
- Cobertura de medicamentos con receta con copagos tan bajos como \$0.*
- Asignación de accesorios para la vista de hasta \$750 cada año.
- Asignación para audífonos de hasta \$2,500 cada año.
- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®.
- Línea directa de servicios de enfermería las 24 horas.
- Telesalud y Teladoc®: visitas virtuales.

* Copagos de \$0 en medicamentos de los Niveles 1, 2 y 6.

Planes Medicare Advantage de ConnectiCare

	CONNECTICARE CHOICE PLAN 3 (HMO-POS)	CONNECTICARE CHOICE PLAN 2 (HMO-POS)	CONNECTICARE CHOICE PLAN 1 (HMO-POS)	CONNECTICARE PASSAGE PLAN 1 (HMO-POS)
	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
PRIMA MENSUAL¹	\$0	\$0	\$160	\$0
DEDUCIBLE MÉDICO	\$195 ²	\$0	\$0	\$0
BENEFICIOS MÉDICOS:				
Visitas médicas (en el consultorio/virtuales)				
Proveedores de atención primaria (PCP)	\$0	\$0	\$10	\$0
Especialista	\$35	\$10	\$30	\$35
Servicios preventivos y de bienestar				
Examen físico anual, estudios de detección y vacunas	\$0	\$0	\$0	\$0
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers ³	Sí	Sí	Sí	Sí
Cobertura dental				
	Servicios preventivos incluidos, 3 opciones adicionales con un límite anual de hasta \$3,500*	Servicios preventivos e integrales incluidos con un límite anual de hasta \$3,000	3 opciones con un límite anual de hasta \$3,500*	3 opciones con un límite anual de hasta \$3,500*
Examen ocular de rutina (uno por año)	\$45	\$10	\$30	\$45
Accesorios para la vista de rutina	Hasta \$500 de asignación cada año	Hasta \$500 de asignación cada año	Sin cobertura	Hasta \$400 de asignación cada año
Examen auditivo de rutina (uno por año)	\$45	\$10	\$30	\$45
Audífonos	Sin cobertura	Hasta \$3,000 cada 3 años	Sin cobertura	Hasta \$400 de asignación cada año
Artículos de venta libre (OTC)	\$70 por mes (solo pedidos por correo)	\$50 por mes (solo pedido por correo)	Sin cobertura	\$50 por mes (solo pedido por correo)
Atención de emergencia y urgencia en todo el mundo⁴				
Atención de emergencia	\$100	\$100	\$100	\$100
Atención de urgencia dentro de EE. UU./fuera de EE. UU.	\$45/\$100	\$10/\$100	\$30/\$100	\$50/\$100
Teladoc [®]	\$0	\$0	\$0	\$0
Otros servicios y suministros para pacientes ambulatorios				
Fisioterapia	\$40	\$10	\$30	\$40
Atención quiropráctica	\$15	\$20	\$20	\$15
Servicios de laboratorio	\$0 en el consultorio o en un centro independiente \$15 en todas las demás ubicaciones	\$0 en el consultorio o en un centro independiente \$10 en todas las demás ubicaciones	\$0 en el consultorio o en un centro independiente \$10 en todas las demás ubicaciones	\$0 en el consultorio o en un centro independiente \$15 en todas las demás ubicaciones
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$30	\$25	\$25	\$25
Radiografías	\$45	\$15	\$35	\$45
Radiología de diagnóstico/avanzada	\$295	\$175	\$200	\$295
Equipo médico duradero y suministros para personas con diabetes (marcas Abbott y LifeScan)	20 %	\$0	20 %	20 %
Atención hospitalaria y ambulatoria				
Centros de cirugía para pacientes ambulatorios	\$250	\$100	\$100	\$250
Servicios hospitalarios y de observación para pacientes ambulatorios	\$280 luego del deducible	\$200	\$200	\$250
Atención hospitalaria para cuidados agudos	\$490 por día para los días 1 a 3 \$0 para el día 4 y posteriormente luego del deducible	\$295 por día para los días 1 a 6 \$0 para el día 7 y posteriormente	\$345 por día para los días 1 a 5 \$0 para el día 6 y posteriormente	\$495 por día para los días 1 a 4 \$0 por día para el día 5 y posteriormente
Centro de enfermería especializada	\$0 por día para los días 1 a 20 \$203 por día para los días 21 a 100 luego del deducible	\$0 por día para los días 1 a 20 \$203 por día para los días 21 a 100	\$0 por día para los días 1 a 20 \$203 por día para los días 21 a 100	\$0 por día para los días 1 a 20 \$203 por día para los días 21 a 100
Límite de gastos máximo de bolsillo (protección financiera para usted)	\$8,850	\$6,000	\$3,850	\$8,850

¹ Además de su prima mensual de Medicare Parte B.

² El deducible médico para el plan Choice 3 solo se aplica a los siguientes servicios: servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (agudos y psiquiátricos), centro de enfermería especializada, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (incluida la observación), servicios de diálisis y servicios de radiología terapéutica.

³ Acceso a más de 15,000 centros de acondicionamiento físico de SilverSneakers participantes en EE. UU. El beneficio incluye cobertura fuera de Connecticut, siempre y cuando el centro se encuentre en la red de SilverSneakers.

⁴ Sujeto a limitaciones.

* Beneficio suplementario opcional disponible para servicios (consulte las páginas 17 y 18).

Planes Medicare Advantage de ConnectiCare

	CONNECTICARE FLEX PLAN 3 (HMO-POS)		CONNECTICARE FLEX PLAN 2 (HMO-POS)	
PRIMA MENSUAL ¹	\$30-\$51 ²		\$115	
BENEFICIOS MÉDICOS:	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Visitas médicas (en el consultorio/virtuales)				
Proveedores de atención primaria (PCP)	\$5	35 %	\$15	\$50
Especialista	\$50	35 %	\$35	\$50
Servicios preventivos y de bienestar				
Examen físico anual, estudios de detección y vacunas	\$0	\$0	\$0	\$0
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers ³	Sí	Sin cobertura	Sí	Sin cobertura
Cobertura dental	Servicios preventivos incluidos, 3 opciones adicionales con un límite anual de hasta \$3,500*	Servicios preventivos incluidos, 3 opciones adicionales con un límite anual de hasta \$3,500*	3 opciones con un límite anual de hasta \$3,500*	3 opciones con un límite anual de hasta \$3,500*
Examen ocular de rutina (uno por año)	\$50	Sin cobertura	\$35	Sin cobertura
Accesorios para la vista de rutina	Hasta \$300 de asignación cada año	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Examen auditivo de rutina (uno por año)	\$50	35 %	\$35	\$50
Artículos de venta libre (OTC)	\$50 cada trimestre (solo pedidos por correo)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Atención de emergencia y urgencia en todo el mundo⁴				
Atención de emergencia	\$100	\$100	\$100	\$100
Atención de urgencia dentro de EE. UU./fuera de EE. UU.	\$50/\$100	\$50/\$100	\$35/\$100	\$35/\$100
Teladoc [®]	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura
Otros servicios y suministros para pacientes ambulatorios				
Fisioterapia	\$40	35 %	\$35	\$50
Atención quiropráctica	\$20	35 %	\$20	\$50
Servicios de laboratorio	\$0 en el consultorio o en un centro independiente \$15 en todas las demás ubicaciones	35 %	\$0 en el consultorio o en un centro independiente \$15 en todas las demás ubicaciones	40 %
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$25	35 %	\$25	40 %
Radiografías	\$45	35 %	\$40	40 %
Radiología de diagnóstico/avanzada	\$275	35 %	\$250	40 %
Equipo médico duradero	20 %	35 %	20 %	40 %
Suministros para personas con diabetes (marcas Abbott y LifeScan)	20 %	35 %	20 %	30 %
Atención hospitalaria y ambulatoria				
Centros de cirugía para pacientes ambulatorios	\$200	35 %	\$150	40 %
Servicios hospitalarios y de observación para pacientes ambulatorios	\$325	35 %	\$250	40 %
Atención hospitalaria para cuidados agudos	\$495 por día para los días 1 a 4 \$0 por día para el día 5 y posteriormente	35 %	\$375 por día para los días 1 a 4 \$0 por día para el día 5 y posteriormente	30 %
Centro de enfermería especializada	\$0 por día para los días 1 a 20 \$203 por día para los días 21 a 100	35 %	\$0 por día para los días 1 a 20 \$203 por día para los días 21 a 100	40 %
Límite de gastos máximo de bolsillo (protección financiera para usted)	\$6,350	\$10,000	\$6,350	\$10,000

¹ Además de su prima mensual de Medicare Parte B.

² Si vive en los condados de Hartford, Litchfield, Middlesex o Tolland: la prima mensual del plan Flex 3 es de \$30. Si vive en los condados de Fairfield, New Haven, New London o Windham: la prima mensual del plan Flex 3 es de \$51.

³ Acceso a más de 16,000 centros de acondicionamiento físico de SilverSneakers participantes en EE. UU. El beneficio incluye cobertura fuera de Connecticut, siempre y cuando el centro se encuentre en la red de SilverSneakers.

⁴ Sujeto a limitaciones.

* Beneficio suplementario opcional disponible para servicios (consulte las páginas 17 y 18).

Planes ConnectiCare Choice Dual HMO-POS D-SNP

	CONNECTICARE CHOICE DUAL (HMO-POS D-SNP)	CONNECTICARE CHOICE DUAL VISTA (HMO-POS D-SNP)
	Dentro de la red	Dentro de la red
PRIMA MENSUAL	\$0	\$0
DEDUCIBLE MÉDICO	\$0	\$0
BENEFICIOS MÉDICOS:		
Visitas al consultorio médico		
Proveedores de atención primaria (PCP)	\$0	\$0
Especialista	\$0	\$0
Servicios preventivos y de bienestar		
Examen físico anual, estudios de detección y vacunas	\$0	\$0
Cobertura dental	Límite anual de hasta \$3,000 para servicios preventivos e integrales	Límite anual de hasta \$2,000 para servicios preventivos e integrales
Examen ocular de rutina (uno por año)	\$0	\$0
Examen auditivo de rutina (uno por año)	\$0	\$0
Beneficios adicionales		
Medicamentos y otros artículos de venta libre (OTC) elegibles	\$60 mensuales; se incluyen artículos de alimentación saludable	\$150 mensuales; se incluyen artículos de alimentación saludable (solo pedidos por correo)
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers ¹	Sí	Sí
Asignación para accesorios para la vista	Hasta \$750 de asignación cada año	Hasta \$750 de asignación cada año
Asignación para audífonos (dispositivos solamente)	Hasta \$2,500 de asignación cada año	Hasta \$2,500 de asignación cada año
Línea directa de servicios de enfermería las 24 horas	Sí	Sí
Atención de emergencia y urgencia en EE. UU.		
Atención de emergencia	\$0	\$0
Atención de urgencia	\$0	\$0
Teladoc [®]	\$0	\$0
Otros servicios y suministros para pacientes ambulatorios		
Fisioterapia	\$0	\$0
Atención quiropráctica	\$0	\$0
Servicios de laboratorio	\$0	\$0
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$0	\$0
Radiografías	\$0	\$0
Radiología de diagnóstico/avanzada	\$0	\$0
Equipo médico duradero y suministros para personas con diabetes (marcas Abbott y LifeScan)	\$0	\$0
Atención hospitalaria y ambulatoria		
Centros de cirugía para pacientes ambulatorios	\$0	\$0
Servicios hospitalarios y de observación para pacientes ambulatorios	\$0	\$0
Atención hospitalaria para cuidados agudos	\$0	\$0
Centro de enfermería especializada	\$0	\$0
Límite de gastos máximo de bolsillo (protección financiera para usted)	\$8,850	\$8,850



¹ Acceso a más de 16,000 centros de acondicionamiento físico de SilverSneakers participantes en EE. UU. El beneficio incluye cobertura fuera de Connecticut, siempre y cuando el centro se encuentre en la red de SilverSneakers.

Cobertura de medicamentos con receta de ConnectiCare

Niveles de medicamentos

Nuestros planes agrupan a cada medicamento en una de seis categorías o niveles:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos
- Nivel 2: medicamentos genéricos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos
- Nivel 5: medicamentos de especialidad
- Nivel 6: medicamentos de atención selecta.

Deberá usar la lista de medicamentos de ConnectiCare (también llamada “farmacopea”) para saber en qué nivel se encuentra un medicamento. En la mayoría de los casos, cuanto más baja sea el nivel, más bajo será el costo para usted. Puede encontrar la lista de medicamentos en nuestro sitio web, connecticare.com/medicare.

Dónde puede comprar sus medicamentos con receta

Farmacias minoristas

Compre sus medicamentos con receta cubiertos en cualquiera de nuestras farmacias minoristas participantes. Hay más de 25,000 de estas farmacias, entre las que se incluyen muchas farmacias de cadenas nacionales. Las farmacias de nuestra red incluyen farmacias “estándares” y farmacias “preferidas” donde puede pagar menos por sus medicamentos con receta.

Nuestras **farmacias preferidas** incluyen, entre otras:

- Costco
- Sam’s Club
- Rite Aid
- Walgreens
- Walmart

Farmacia de pedido por correo

Con nuestra farmacia de pedido por correo preferida, Express Scripts, puede recibir medicamentos con receta directamente en su hogar mediante un envío estándar GRATUITO. Puede ahorrar dinero usando el servicio de pedidos por correo para obtener su suministro de 90 días de medicamentos con receta.

Obtenga más información en nuestro sitio web en connecticare.com/medicare.

Ciclo de beneficios de medicamentos con receta

Lo que paga por sus medicamentos con receta cubiertos también dependerá de la etapa del ciclo de beneficios de medicamentos en la que se encuentre. El gobierno federal creó estas etapas y cada año establece un límite en dólares dentro de cada etapa. El importe que pague por sus medicamentos con receta cubiertos puede ser diferente, según la etapa en la que se encuentre. A partir del 1.º de enero de cada año comienza un nuevo ciclo.

Etapa 1: deducible

Este es el importe que deberá pagar antes de que pague el plan.

Etapa 2: límite de cobertura inicial

Usted paga los copagos o un coseguro para medicamentos cubiertos hasta que los costos totales de medicamentos superen los \$5,030 en 2024. Los costos totales de medicamentos incluyen lo que pagó, más lo que ha pagado ConnectiCare desde el comienzo del año.

Etapa 3: interrupción de cobertura (también conocida como período sin cobertura)

Usted paga los copagos o un coseguro para medicamentos cubiertos hasta que los costos de bolsillo reales superen los \$8,000 en 2024. Los gastos de bolsillo reales incluyen los costos que haya pagado más el descuento del fabricante del medicamento de marca.

Etapa 4: cobertura contra catástrofes

Después de que sus costos de bolsillo reales superen los \$8,000 en el 2024, usted paga \$0.

Los Niveles 1, 2 y 6 tienen un copago de \$0 mediante el servicio de pedido por correo preferido.



Cobertura de medicamentos con receta incluida en los planes Medicare Advantage de ConnectiCare

COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE LA PARTE D	CONNECTICARE FLEX PLAN 2 (HMO-POS)							
	CONNECTICARE CHOICE PLAN 3 (HMO-POS)		CONNECTICARE CHOICE PLAN 1 (HMO-POS)		CONNECTICARE FLEX PLAN 3 (HMO-POS)		CONNECTICARE PASSAGE PLAN 1 (HMO-POS)	
Deducible anual	\$0		\$300 (para medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5)		\$300 (para medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5)		\$150 (para medicamentos de los Niveles 4 y 5)	
Límite de cobertura inicial (\$0-\$5,030)	Suministro de 30 días Farmacia preferida/estándar	Suministro de 90 días Farmacia de pedido por correo preferida	Suministro de 30 días Farmacia preferida/estándar	Suministro de 90 días Farmacia de pedido por correo preferida	Suministro de 30 días Farmacia preferida/estándar	Suministro de 90 días Farmacia de pedido por correo preferida	Suministro de 30 días Farmacia preferida/estándar	Suministro de 90 días Farmacia de pedido por correo preferida
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$2/\$9	\$0	\$2/\$9	\$0	\$2/\$9	\$0	\$2/\$9	\$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	\$10/\$20	\$0	\$10/\$20	\$0	\$10/\$20	\$0	\$10/\$20	\$0
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	\$42/\$47	\$126	\$42/\$47	\$126	\$42/\$47	\$126	\$42/\$47	\$126
Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	\$95/\$100	\$285	\$95/\$100	\$285	\$95/\$100	\$285	\$95/\$100	\$285
Nivel 5: medicamentos de especialidad	33%	No disponible en el suministro a largo plazo	27%	No disponible en el suministro a largo plazo	27%	No disponible en el suministro a largo plazo	30%	No disponible en el suministro a largo plazo
Nivel 6: medicamentos de atención selecta	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Interrupción de cobertura (\$5,030-\$8,000)	Suministro de 30 días Farmacia preferida/estándar	Suministro de 90 días Farmacia de pedido por correo	Suministro de 30 días Farmacia preferida/estándar	Suministro de 90 días Farmacia de pedido por correo preferida	Suministro de 30 días Farmacia preferida/estándar	Suministro de 90 días Farmacia de pedido por correo	Suministro de 30 días Farmacia preferida/estándar	Suministro de 90 días Farmacia de pedido por correo
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	25%	25%	\$2/\$9	\$0	25%	25%	25%	25%
Nivel 2: medicamentos genéricos	25%	25%	\$10/\$20	\$0	25%	25%	25%	25%
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
Nivel 5: medicamentos de especialidad	25%	No disponible en el suministro a largo plazo	25%	No disponible en el suministro a largo plazo	25%	No disponible en el suministro a largo plazo	25%	No disponible en el suministro a largo plazo
Nivel 6: medicamentos de atención selecta	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Cobertura contra catástrofes (superior a \$8,000)	Usted paga \$0				Usted paga \$0			

Usted no paga deducible y no paga más de \$35 por el suministro mensual de insulinas cubiertas y \$0 por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

Cobertura de medicamentos con receta incluida en los planes ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP)

	CONNECTICARE CHOICE DUAL PLAN (HMO-POS D-SNP)	PLAN CONNECTICARE CHOICE DUAL VISTA (HMO-POS D-SNP)
Deducible anual	\$0	\$0
Límite de cobertura inicial (\$0-\$8,000)		
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	\$0	\$0
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Genéricos: \$0 / \$1.55 / \$4.50 De marca: \$0 / \$4.60 / \$11.20	Genéricos: \$0 / \$1.55 / \$4.50 De marca: \$0 / \$4.60 / \$11.20
Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos		
Nivel 5: medicamentos de especialidad		
Nivel 6: medicamentos de atención selecta	\$0	\$0
Cobertura contra catástrofes (superior a \$8,000): Todos los medicamentos de la farmacoepa	\$0	\$0

\$0 para vacunas elegibles sin deducible.

Primas de Medicare de ConnectiCare y reducción de prima del Subsidio por bajos ingresos (LIS)

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta de Medicare, su prima mensual del plan será más baja de lo que sería si no recibiera la Ayuda Adicional de Medicare. La cantidad de Ayuda Adicional determinará su prima mensual total del plan como miembro de nuestro plan. Para obtener más información acerca del subsidio por bajos ingresos, llame al Seguro Social al **800-772-1213**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Si utiliza TTY, llame al **800-325-0778**.

Prima mensual si vive en los condados de Hartford, Litchfield, Middlesex o Tolland			
Su nivel de Ayuda Adicional	ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS)	ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS)	ConnectiCare Choice Plan 1 (HMO-POS)
0 % (prima total)	\$30.00	\$115.00	\$160.00
100 %	\$0.00	\$71.50	\$116.50

Prima mensual si vive en los condados de Fairfield, New Haven, New London o Windham			
Su nivel de Ayuda Adicional	ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS)	ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS)	ConnectiCare Choice Plan 1 (HMO-POS)
0 % (prima total)	\$51.00	\$115.00	\$160.00
100 %	\$7.50	\$71.50	\$116.50

Cobertura dental

El plan **ConnectiCare Choice 3 (HMO-POS)** y el plan **Flex 3 (HMO-POS)** incluyen beneficios dentales preventivos sin ninguna prima adicional.

- Copago del miembro por servicios dentro de la red: \$0
- Los servicios cubiertos incluyen:
 - Uno cada seis meses: exámenes bucales, limpiezas, fluoruro y radiografías estándar (radiografía interproximal).
 - Uno cada 36 meses: serie completa de radiografías (Panorex).

Con los **planes ConnectiCare Choice 3 (HMO-POS) y plan Flex 3 (HMO-POS)**, usted tiene la opción de agregar beneficios dentales integrales por una prima mensual adicional. Hay tres opciones de planes dentales: dos POS y una opción de indemnización.

OPCIONES DE POS		
Prima mensual: \$25 Máximo de beneficios por año calendario: \$2,000 Deducible para el año calendario: \$100	O <table border="1"> <tr> <td> Prima mensual: \$32 Máximo de beneficios por año calendario: \$3,000 Deducible para el año calendario: \$100 </td> </tr> </table>	Prima mensual: \$32 Máximo de beneficios por año calendario: \$3,000 Deducible para el año calendario: \$100
Prima mensual: \$32 Máximo de beneficios por año calendario: \$3,000 Deducible para el año calendario: \$100		

Todos los planes dentales integrales incluyen los siguientes servicios cubiertos.

SERVICIOS DENTALES INTEGRALES	COSTO COMPARTIDO DENTRO DE LA RED PARA MIEMBROS
Servicios básicos (servicios de restauración menores): restauraciones (empastes)	20 % después del deducible por año calendario de \$100
Servicios principales (endodoncia, periodoncia y cirugía bucal): incluye coronas; puentes fijos; dentaduras postizas parciales y completas; ajustes de dentaduras postizas; reparaciones de puentes fijos y de dentaduras postizas parciales y completas; recementación de puentes fijos, coronas e incrustaciones; extracciones y cirugía bucal; tratamientos de conducto; implantes; alisado y raspado periodontal; cirugía periodontal y mantenimiento.	50 % después del deducible por año calendario de \$100

Usted paga la diferencia entre la asignación fuera de la red y el importe total facturado por el dentista.

OPCIÓN DE INDEMNIZACIÓN	
Prima mensual: \$69 Máximo de beneficios por año calendario: \$3,500	
Servicios dentales integrales y preventivos	Costo compartido de los miembros: 50 % del costo por los servicios cubiertos

El máximo de beneficios es el monto máximo que pagará ConnectiCare por los servicios cubiertos. Usted será responsable de los costos que superen el máximo de beneficios.

Con el **plan ConnectiCare Passage 1 (HMO-POS)**, el **plan Choice 1 (HMO-POS)** y el **plan Flex 2 (HMO-POS)**, puede agregar beneficios dentales preventivos e integrales por una prima mensual adicional baja. Hay tres opciones de planes dentales: dos POS y una opción de indemnización.

OPCIONES DE POS	
Prima mensual: \$39 Máximo de beneficios por año calendario: \$2,000 Deducible para el año calendario: \$100	O
Prima mensual: \$49 Máximo de beneficios por año calendario: \$3,000 Deducible por año calendario: \$100	

SERVICIOS DENTALES PREVENTIVOS	COSTO COMPARTIDO DENTRO DE LA RED PARA MIEMBROS
Uno cada seis meses: exámenes bucales, limpiezas, fluoruro y radiografías estándar (radiografía de aleta de mordida) Una cada 36 meses: una serie completa de radiografías (Panorex)	\$0 (No sujeto al deducible por año calendario ni al máximo anual)

SERVICIOS DENTALES INTEGRALES	COSTO COMPARTIDO DENTRO DE LA RED PARA MIEMBROS
Servicios básicos (servicios de restauración menores): restauraciones (empastes)	20 % después del deducible por año calendario de \$100
Servicios principales (endodoncia, periodoncia y cirugía bucal): incluye coronas; puentes fijos; dentaduras postizas parciales y completas; ajustes de dentaduras postizas; reparaciones de puentes fijos y de dentaduras postizas parciales y completas; recementación de puentes fijos, coronas e incrustaciones; extracciones y cirugía bucal; tratamientos de conducto; implantes; alisado y raspado periodontal; cirugía periodontal y mantenimiento.	50 % después del deducible por año calendario de \$100

Usted paga la diferencia entre la asignación fuera de la red y el importe total facturado por el dentista.

OPCIÓN DE INDEMNIZACIÓN	
Prima mensual: \$69 Máximo de beneficios por año calendario: \$3,500	
Servicios dentales integrales y preventivos	Costo compartido de los miembros: 50 % del costo por los servicios cubiertos

El máximo de beneficios es el monto máximo que pagará ConnectiCare por los servicios cubiertos. Usted será responsable de los costos que superen el máximo de beneficios.

No se permitirá que los miembros cambien entre cláusulas adicionales en otro momento del año calendario que no sea el período de inscripción abierta (del 1.º de enero al 31 de marzo).

Los miembros podrán inscribirse (y cancelar la inscripción) en cualquier momento durante el año en su cláusula adicional seleccionada originalmente.

Consulte con un médico desde su hogar

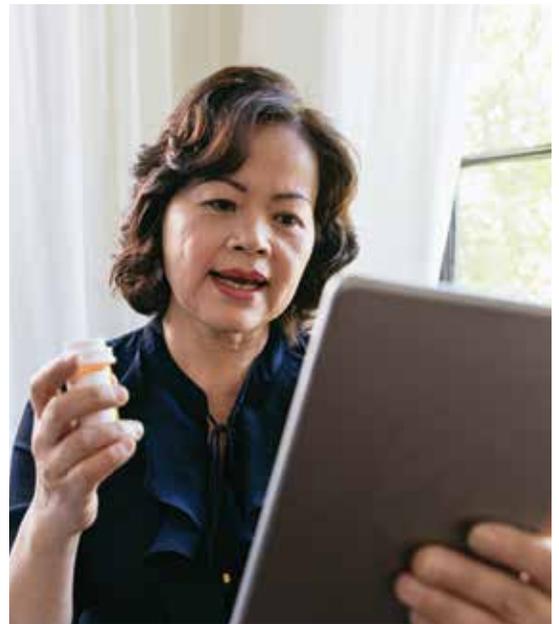
Todos los planes Medicare Advantage de ConnectiCare ahora incluyen **beneficios de telesalud** dentro de la red:

- Visitas médicas virtuales con proveedores de atención primaria (PCP) y especialistas.
- Visitas virtuales individuales para pacientes ambulatorios con proveedores de rehabilitación cardíaca, salud mental y abuso de sustancias.

No todos los proveedores de atención médica ofrecen este servicio, así que asegúrese de consultarlo con ellos.

Los planes Medicare Advantage de ConnectiCare también incluyen **Teladoc**® por un copago de \$0.

El personal de Teladoc, formado por médicos certificados por la junta, está disponible por teléfono o videoconferencia para tratar afecciones que no sean de emergencia. Incluso pueden enviar las recetas a su farmacia local, de ser necesario. Obtenga más información en teladoc.com/connecticare.



Servicio de Atención a Miembros que le da prioridad

La atención médica es fundamental y usar sus beneficios debe ser simple. Estamos aquí para ayudarle con **ConnectiCare Medicare Connect Concierge**, el único número de teléfono al que debe llamar cuando necesita ayuda para satisfacer sus necesidades de atención médica. Podemos ayudarle a:

- Programar una cita con un médico.
- Responder preguntas sobre beneficios.
- Coordinar aprobaciones previas.
- Confirmar sus beneficios para medicamentos de venta libre (OTC).
- Verificar su dirección postal.
- ¡Y mucho más!

No transferiremos su llamada. Los representantes de Medicare Connect Concierge de ConnectiCare permanecerán en la línea y coordinarán llamadas tripartitas para ayudarle.

Únase a ConnectiCare para disfrutar de una mejor experiencia del cliente.

Programa de recompensas para miembros de ConnectiCare

Vale la pena cuidarse.

Usted merece obtener una recompensa por tomar decisiones inteligentes sobre su salud. Como miembro nuevo, puede ganar más de \$100 por recibir servicios como una visita de bienestar anual, una evaluación de salud o registrarse para recibir recompensas en el portal para miembros de ConnectiCare.*

Regístrese y gane su primera recompensa, en línea o por teléfono

Registrarse hace que califique para obtener todas las recompensas. Inicie sesión en **my.connecticare.com**. Seleccione “Manage Your Health” (Administrar su salud) y, luego, “Wellness Rewards” (Recompensas de bienestar) en el menú desplegable para registrarse. Si no tiene acceso a Internet o una dirección de correo electrónico, llámenos para registrarse.

Servicio de salud	Importe de la recompensa
Visita de bienestar anual inicial para beneficiarios nuevos de Medicare** Visite a su médico de atención primaria para crear un plan de prevención personalizado. (Debe completarse en los primeros 90 días).	\$50
Registro en el portal para miembros	\$25
Visita anual: Visita al proveedor de atención primaria (PCP).	\$25
Evaluación de salud inicial* Cuestionario para ayudarnos a comprender sus necesidades de salud. (Debe completarse en los primeros 90 días).	\$25
Inscripción al servicio de comunicaciones electrónicas	\$25

* Debe completar su evaluación/visita dentro de los 90 días posteriores a su inscripción.

Los miembros de Choice Dual (HMO-POS D-SNP) y Choice Dual Vista (HMO-POS D-SNP) pueden ganar hasta \$310 adicionales por año (elegibles después de completar una consulta con un farmacéutico clínico en nuestro Programa de Control de Terapia de Medicamentos (MTM, siglas en inglés) por cada resurtido de medicamentos con receta mensuales para la diabetes, la hipertensión arterial o el colesterol. Puede ganar recompensas por cada resurtido de receta de Medicamentos de atención selecta (Nivel 6).

Beneficio de artículos de venta libre (OTC)

Muchos de nuestros planes incluyen una asignación para medicamentos de venta libre (OTC, siglas en inglés) para gastar en artículos elegibles. Los artículos de salud elegibles incluyen los siguientes:

- Jarabes y comprimidos para la alergia, sinusitis y sus combinaciones.
- Jarabes y comprimidos para la tos, el resfriado y la gripe.
- Productos para el cuidado de la dentadura/boca (hilo dental, cepillos de dientes, pasta de dientes y productos para el cuidado de dentaduras).
- Asientos elevados para el inodoro y accesorios.
- ¡Y más!

Nuestros planes Choice Dual (HMO-POS D-SNP) y Choice Dual Vista (HMO-POS D-SNP) también permiten a los miembros utilizar su beneficio de venta libre para comprar alimentos nutritivos y saludables. Los alimentos elegibles varían según el plan y pueden incluir:

- Cereal caliente y frío.
- Productos lácteos (leche, queso, mantequilla).
- Alimentos secos (frijoles, frutas, pasta) y alimentos congelados.
- Huevos y sustitutos del huevo.
- Cajas de alimentos frescos (productos agrícolas mixtos, frutas y verduras).
- Carne (carne de ave, carne de res, salchicha, carnes frías).
- Arroz, cereales integrales y sopa
- ¡Y más!

Consulte la tabla a continuación para encontrar su plan e información sobre cómo usar su beneficio de venta libre:

Nombre del plan	Importe/frecuencia	Pedidos por correo	Tienda de venta minorista	Alimentos saludables	Tarjeta OTC
Passage Plan 1 (HMO-POS)	\$50 cada mes	✓			
Choice Plan 2 (HMO-POS)	\$50 cada mes	✓			
Choice Plan 3 (HMO-POS)	\$70 cada mes	✓			
Flex Plan 3 (HMO-POS)	\$50 cada tres meses	✓			
Choice Dual (HMO-POS D-SNP)	\$60 cada mes	✓	✓	✓	✓
Choice Dual Vista (HMO-POS D-SNP)	\$150 cada mes	✓		✓	

El importe del beneficio de venta libre debe utilizarse dentro de su frecuencia de beneficios y no se transferirá.

Para obtener información adicional, visite connecticare.com/otc.

Escanee el código QR para ver el catálogo para los pedidos por correo:



Plan Passage 1, plan Choice 2, plan Choice 3, plan Flex 3 y plan Choice Dual Vista.



Choice Dual.

Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®

El ejercicio regular es bueno para su salud, ya que mejora su fortaleza y aumenta la resistencia. Además, puede ayudarle con el equilibrio, el control de afecciones de salud crónicas y el estrés. Disfrute del programa de acondicionamiento físico SilverSneakers que le ayudará a mantenerse activo y seguir una rutina.



SilverSneakers está incluido en la mayoría de los planes sin costo adicional.

SilverSneakers incluye:

- Ubicaciones participantes en todo el país.¹ ¡Puede usarlas todas!
- Clases para todos los niveles de acondicionamiento físico, tanto dentro como fuera del gimnasio.²
- Pesas, equipamiento, piscinas y otros servicios.²
- Videos de ejercicios a pedido, además de consejos sobre salud y nutrición.
- Una aplicación para acondicionamiento físico, para ayudarle a motivarse y moverse.

¡Comience hoy mismo!

Ingresa en silversneakers.com para registrarse, buscar una ubicación de acondicionamiento físico y obtener su número de identificación de SilverSneakers de 16 dígitos. ¡Lleve su número de identificación a la ubicación e inscríbese! También puede obtener su número de identificación de SilverSneakers llamando al **888-423-4632** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Siempre hable con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.

¹ Las ubicaciones participantes (PL, siglas en inglés) no son propiedad de Tivity Health, Inc. o sus filiales, ni están operadas por ellos. El uso de los centros y los servicios de las ubicaciones participantes está limitado a los términos y condiciones de la membresía básica de las ubicaciones participantes. Los centros y los servicios varían.

² La membresía incluye clases grupales de acondicionamiento físico dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen a los miembros clases adicionales. Las clases varían según la ubicación.



Dé el paso siguiente para gestionar mejor su cuidado de salud.

Simplemente llame al **877-224-8220** (TTY: **711**). Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Visítenos en línea en connecticare.com/medicare.

ConnectiCare, Inc. es un plan HMO-POS que tiene un contrato con Medicare. ConnectiCare Insurance Company, Inc. es un plan HMO-POS D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Connecticut Medicaid Program. La inscripción en un plan ConnectiCare Medicare depende de la renovación del contrato. Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio de Atención a Miembros o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a servicios fuera de la red. Los servicios gratuitos de asistencia en idiomas están disponibles llamando al **877-224-8220** (TTY: **711**). Puede obtener esta información gratis en otros formatos, como tamaño de letra grande. Llámenos al número gratuito **877-224-8220** (TTY: **711**). La elegibilidad para los programas Model Benefit o RI en virtud del Modelo de diseño de seguro personalizado basado en el valor (VBID, siglas en inglés) no está garantizada y la determinará la Organización de Medicare Advantage (MAO, siglas en inglés) después de la inscripción, en función de los criterios relevantes (p. ej., diagnósticos clínicos, criterios de elegibilidad, participación en un programa de control del estado de la enfermedad). SilverSneakers y el logotipo del zapato de SilverSneakers son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc y las marcas relacionadas son marcas comerciales de Teladoc Health, Inc. y son utilizadas por ConnectiCare con su autorización.