

ConnectiCare[®]



Planes Medicare Advantage 2025





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. Muchos planes incluyen beneficios adicionales como:

- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®.
- Copago de \$0 por Teladoc®.
- Asignaciones para accesorios para la vista.
- Tres beneficios dentales suplementarios 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 cobertura dental Preventiva e Integral con un límite anual de hasta **\$2,000**, hasta **\$400** para accesorios para la vista cada año y **\$50** mensuales para artículos de venta libre por pedidos por correo. Este plan no tiene deducible de cobertura médica o de medicamentos con receta.

Plan ConnectiCare Choice 2 (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 Preventiva e Integral con un límite anual de hasta **\$3,000**, hasta **\$3,000** para audífonos cada 3 años, hasta **\$750** 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 **\$152** 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 cobertura dental Preventiva e Integral con un límite anual de hasta **\$2000**, hasta **\$3000** anualmente para audífonos, hasta **\$550** para accesorios para la vista cada año y **\$75** mensuales para artículos de venta libre por pedidos por correo.

Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)

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

- **\$29** si vive en los condados de Hartford, Litchfield, Middlesex o Tolland.
- **\$36** 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. Se aplica un coseguro fuera de la red del 40 % para la mayoría de los servicios.

ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS)

La prima mensual es de **\$93** 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 un Plan de necesidades especiales para personas inscritas tanto en Medicare como en Connecticut State Medicaid (HUSKY).

ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP)

La prima mensual para este 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.

ConnectiCare Choice Dual es para las personas que tienen los beneficios completos de Medicaid:

- Programa completo para beneficiario 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 cada mes en artículos de venta libre elegibles.
- Cobertura de servicios dentales preventivos e integrales con un límite anual de hasta \$3,000.
- Cobertura de medicamentos con receta con copagos bajos.
- Asignación de accesorios para la vista de hasta \$500 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.
- Visitas virtuales en Telesalud y Teladoc®.

Planes Medicare Advantage de ConnectiCare

	CONNECTICARE CHOICE PLAN 3 (HMO-POS)
	Dentro de la red
PRIMA MENSUAL¹	\$0*
DEDUCIBLE MÉDICO	\$0
BENEFICIOS MÉDICOS:	
Visitas médicas (en el consultorio/virtuales)	
Proveedores de atención primaria (PCP)	\$0
Especialista	\$35
Servicios preventivos y de bienestar	
Examen físico anual, estudios de detección y vacunas	\$0
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers ^{®2}	Sí
Cobertura dental	Servicios Preventivos e Integrales incluidos con un límite anual de hasta \$2,000
Examen ocular de rutina (uno por año)	\$0
Accesorios de rutina para la vista	Hasta \$400 de asignación cada año
Examen auditivo de rutina (uno por año)	\$0
Audífonos	Sin cobertura
Artículos de venta libre (OTC)	\$50 por mes (solo pedido por correo)
Atención de emergencia y de urgencia³	
Atención de emergencia dentro de los EE. UU./fuera de los EE. UU.	\$110/\$0
Atención de urgencia dentro de los EE. UU./fuera de los EE. UU.	\$45/\$0
Teladoc [®]	\$0
Otros servicios y suministros para pacientes ambulatorios	
Fisioterapia	\$40
Atención quiropráctica	\$15
Servicios de laboratorio	\$0 en el consultorio o en un centro independiente \$15 en todas las demás ubicaciones
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$30
Radiografías	\$45
Radiología de diagnóstico/avanzada ⁴	\$250
Equipo médico duradero y suministros para personas con diabetes (marcas Abbott y LifeScan)	20 %
Atención hospitalaria y ambulatoria	
Centros quirúrgicos ambulatorios ⁵	\$250
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios ⁵	\$280
Atención hospitalaria para cuidados agudos	\$430 por día para los días del 1 al 4 \$0 para el día 5 en adelante
Centro de enfermería especializada	\$0 por día para los días del 1 al 20 \$214 por día para los días del 21 al 100
Límite de gastos máximo de bolsillo (protección financiera para usted)	\$6,750

¹ Además de su prima mensual de Medicare Parte B.

² Acceso a más de 15,000 centros de acondicionamiento físico de SilverSneakers participantes en los EE. UU. El beneficio incluye cobertura fuera de Connecticut, siempre y cuando el centro se encuentre en la red de SilverSneakers.

³ Sujeto a limitaciones.

⁴ \$0 por mamografía de diagnóstico.

⁵ \$0 por colonoscopia de diagnóstico

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
\$0	\$152	\$0*
\$0	\$0	\$0
\$0	\$10	\$0
\$10	\$30	\$35
\$0	\$0	\$0
Sí	Sí	Sí
Servicios Preventivos e Integrales incluidos con un límite anual de hasta \$3,000	3 opciones con un límite anual de hasta \$3,500**	Servicios preventivos e integrales incluidos con un límite anual de hasta \$2,000
\$0	\$0	\$0
Hasta \$750 de asignación cada año	Sin cobertura	Hasta \$550 de asignación cada año
\$0	\$0	\$0
Hasta \$3,000 cada 3 años	Sin cobertura	Hasta \$3,000 de asignación cada año
\$50 por mes (solo pedido por correo)	Sin cobertura	\$75 por mes (solo pedidos por correo)
\$100/\$100	\$140/\$0	\$110/\$0
\$10/\$100	\$30/\$0	\$50/\$0
\$0	\$0	\$0
\$10	\$30	\$40
\$20	\$20	\$15
\$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
\$25	\$25	\$25
\$15	\$35	\$45
\$175	\$200	\$295
\$0	20 %	20 %
\$100	\$100	\$250
\$200	\$200	\$250
\$295 por día para los días del 1 al 6 \$0 para el día 7 en adelante	\$345 por día para los días del 1 al 5 \$0 para el día 6 en adelante	\$375 por día para los días del 1 al 4 \$0 para el día 5 en adelante
\$0 por día para los días del 1 al 20 \$214 por día para los días del 21 al 100	\$0 por día para los días del 1 al 20 \$214 por día para los días del 21 al 100	\$0 por día para los días del 1 al 20 \$214 por día para los días del 21 al 100
\$6,000	\$4,150	\$6,500

*Reducción de la prima mensual de la Parte B para el plan Choice 3 de \$2 y el plan Passage de \$3.

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

Planes Medicare Advantage de ConnectiCare

	PLAN CONNECTICARE FLEX 3 (HMO-POS)	
PRIMA MENSUAL¹	\$29–\$36 ²	
BENEFICIOS MÉDICOS:	Dentro de la red	Fuera de la red
Visitas médicas (en el consultorio/virtuales)		
Proveedores de atención primaria (PCP)	\$5	40 %
Especialista	\$50	40 %
Servicios preventivos y de bienestar		
Examen físico anual, estudios de detección y vacunas	\$0	\$0
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers ^{®3}	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*
Examen ocular de rutina (uno por año)	\$0	Sin cobertura
Accesorios para la vista de rutina	Hasta \$300 de asignación cada año	Sin cobertura
Examen auditivo de rutina (uno por año)	\$0	40 %
Artículos de venta libre (OTC)	\$50 cada trimestre (solo pedidos por correo)	Sin cobertura
Atención de emergencia y de urgencia⁴		
Atención de emergencia dentro de los EE. UU./ fuera de los EE. UU.	\$125/\$0	\$125/\$0
Atención de urgencia dentro de los EE. UU./ fuera de los EE. UU.	\$55/\$0	\$55/\$0
Teladoc [®]	\$0	Sin cobertura
Otros servicios y suministros para pacientes ambulatorios		
Fisioterapia	\$40	40 %
Atención quiropráctica	\$20	40 %
Servicios de laboratorio	\$0 en el consultorio o en un centro independiente \$15 en todas las demás ubicaciones	40 %
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$25	40 %
Radiografías	\$45	40 %
Radiología de diagnóstico/avanzada ⁵	\$275	40 %
Equipo médico duradero	20 %	40 %
Suministros para personas con diabetes (marcas Abbott y LifeScan)	20 %	40 %
Atención hospitalaria y ambulatoria		
Centros de cirugía ambulatoria ⁶	\$200	40 %
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios ⁶	\$325	40 %
Atención hospitalaria para cuidados agudos	\$495 por día para los días del 1 al 5 \$0 para el día 6 en adelante	40 %
Centro de enfermería especializada	\$0 por día para los días del 1 al 20 \$214 por día para los días del 21 al 100	40 %
Límite de gastos máximo de bolsillo (protección financiera para usted)	\$6,350	\$10,000 ⁴

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 \$29. Si vive en los condados de Fairfield, New Haven, New London o Windham: la prima mensual del plan Flex 3 es de \$36.

³ Acceso a más de 16,000 centros de acondicionamiento físico de SilverSneakers participantes en los 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.

⁵ \$0 por mamografía de diagnóstico dentro de la red.

⁶ \$0 por colonoscopia de diagnóstico dentro de la red.

CONNECTICARE FLEX PLAN 2 (HMO-POS)

\$93

Dentro de la red

Fuera de la red

\$15

\$50

\$35

\$50

\$0

\$0

Sí

Sin cobertura

3 opciones con un límite anual de hasta \$3,500*

3 opciones con un límite anual de hasta \$3,500*

\$0

Sin cobertura

Sin cobertura

Sin cobertura

\$0

\$50

Sin cobertura

Sin cobertura

\$125/\$0

\$125/\$0

\$35/\$0

\$35/\$0

\$0

Sin cobertura

\$35

\$50

\$20

\$50

\$0 en el consultorio o en un centro independiente \$15 en todas las demás ubicaciones

40 %

\$25

40 %

\$40

40 %

\$250

40 %

20 %

40 %

20 %

30 %

\$150

40 %

\$250

40 %

\$375 por día para los días del 1 al 4
\$0 para el día 5 en adelante

30 %

\$0 por día para los días del 1 al 20
\$214 por día para los días del 21 al 100

40 %

\$6,350

\$10,000⁴

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

Plan ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP)

	CONNECTICARE CHOICE DUAL (HMO-POS D-SNP)
	Dentro de la red
PRIMA MENSUAL	\$0
DEDUCIBLE MÉDICO	\$0
BENEFICIOS MÉDICOS:	
Visitas al consultorio médico	
Proveedores de atención primaria (PCP)	\$0
Especialista	\$0
Servicios preventivos y de bienestar	
Examen físico anual, estudios de detección y vacunas	\$0
Cobertura dental	Límite anual de hasta \$3,000 para servicios preventivos e integrales
Examen ocular de rutina (uno por año)	\$0
Examen auditivo de rutina (uno por año)	\$0
Beneficios adicionales	
Medicamentos de venta libre (OTC) y artículos relacionados con la salud	\$60 cada mes
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers ^{®1}	Sí
Asignación para accesorios para la vista	Hasta \$500 de asignación cada año
Asignación para audífonos (dispositivos solamente)	Hasta \$2,500 de asignación cada año
Línea directa de servicios de enfermería las 24 horas	Sí
Atención de emergencia y urgencia en los EE. UU.	
Atención de emergencia	\$0
Atención médica urgente	\$0
Teladoc [®]	\$0
Otros servicios y suministros para pacientes ambulatorios	
Fisioterapia	\$0
Atención quiropráctica	\$0
Servicios de laboratorio	\$0
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$0
Radiografías	\$0
Radiología de diagnóstico/avanzada	\$0
Equipo médico duradero y suministros para personas con diabetes (marcas Abbott y LifeScan)	\$0
Atención hospitalaria y ambulatoria	
Centros de cirugía para pacientes ambulatorios	\$0
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$0
Atención hospitalaria para cuidados agudos	\$0 por día para los días del 1 al 90
Centro de enfermería especializada	\$0 por día para los días del 1 al 100
Límite de gastos máximo de bolsillo (protección financiera para usted)	\$9,350

¹ Acceso a más de 16,000 centros de acondicionamiento físico de SilverSneakers participantes en los 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

La mayoría de los planes agrupan 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 nuestra lista de medicamentos en connecticare.com/medicare.

Dónde puede comprar sus medicamentos con receta

Farmacias minoristas

Compre sus medicamentos de venta bajo receta cubiertos en cualquiera de nuestras farmacias de venta minorista 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
- Walgreens
- Sam’s Club
- Walmart
- Rite Aid

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 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. 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. Usted no paga un deducible por las insulinas y la mayoría de las vacunas de la Parte D.

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

En esta etapa, usted y el plan comparten los costos de algunos de los medicamentos cubiertos hasta que los costos de bolsillo en lo que va del año alcancen \$2,000. Los costos de bolsillo incluyen lo que usted paga cuando obtiene medicamentos con receta Parte D cubiertos, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y pagos realizados por sus medicamentos por Ayuda Adicional de Medicare, un plan de salud de un empleador o sindicato, TRICARE, Servicio de Salud para Indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el sida, organizaciones benéficas y la mayoría de la Asistencia Farmacéutica Estatal.

Usted no paga más de \$35 por el suministro de insulina cubierta para un mes y \$0 por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster y las vacunas requeridas para viajes.

Etapa 3: cobertura contra catástrofes

Después de que sus costos de bolsillo en lo que va del año superen los \$2,000 en el 2025, usted paga \$0.

Los niveles 1, 2 y 6 tienen un copago de \$0 mediante el servicio de pedido por correo preferido en la mayoría de los planes.



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

COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE LA PARTE D	CONNECTICARE CHOICE PLAN 3 (HMO-POS)		CONNECTICARE CHOICE PLAN 1 (HMO-POS)	
	Suministro de 30 días farmacia preferida/ estándar	Suministro de 90 días pedido por correo preferido	Suministro de 30 días farmacia preferida/ estándar	Suministro de 90 días pedido por correo preferido
Deducible anual	\$0		\$300 (para medicamentos de nivel 3, 4 y 5)	
Etapa de cobertura inicial (de \$0 a \$2,000)				
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$2/\$9	\$0	\$2/\$9	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10/\$20	\$0	\$10/\$20	\$0
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	\$42/\$47	\$126	\$42/\$47	\$126
Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	\$95/\$100	\$285	\$95/\$100	\$285
Nivel 5: Especialidad	33%	No disponible en el suministro a largo plazo	27%	No disponible en el suministro a largo plazo
Nivel 6: medicamentos de atención selecta	\$0	\$0	\$0	\$0
Cobertura contra catástrofes (más de \$2,000)	Usted paga \$0			

Usted no paga deducible y no más de \$35 por el suministro de un mes de insulina cubierta y \$0 por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster y algunas de las vacunas requeridas para viajes.

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

	PLAN CONNECTICARE CHOICE DUAL (HMO-POS D-SNP)
Deducible anual	\$0
Etapa de cobertura inicial (de \$0 A \$2,000)	
Todos los medicamentos de la lista de medicamentos	<p>Genéricos: \$0/\$1.60 /\$4.90 De marca: \$0/\$4.80 /\$12.15</p> <p>El importe que usted paga depende del nivel de la Ayuda Adicional que recibe. Consulte su cláusula de subsidio por bajos ingresos (LIS) para obtener más información sobre lo que usted paga.</p>
Cobertura contra catástrofes (superior a \$2,000): Todos los medicamentos de la farmacopea	\$0

\$0 para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster y algunas de las vacunas de viaje.

PLAN CONNECTICARE FLEX 2 (HMO-POS)		CONNECTICARE PASSAGE PLAN 1 (HMO-POS)	
\$300 (para medicamentos de nivel 3, 4 y 5)		\$150 (para medicamentos de nivel 4 y 5)	
Suministro de 30 días farmacia preferida/ estándar	Suministro de 90 días pedido por correo preferido	Suministro de 30 días farmacia preferida/ estándar	Suministro de 90 días pedido por correo preferido
\$2/\$9	\$0	\$0/\$5	\$0
\$10/\$20	\$0	\$10/\$20	\$0
\$42/\$47	\$126	\$42/\$47	\$126
\$95/\$100	\$285	\$95/\$100	\$285
27%	No disponible en el suministro a largo plazo	30%	No disponible en el suministro a largo plazo
\$0	\$0	\$0	\$0
Usted paga \$0			

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

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para el pago de los costos de su plan de medicamentos con receta de Medicare, la prima mensual de su plan será menor que la prima que pagaría si no recibiera Ayuda Adicional de Medicare. El importe de la Ayuda Adicional determinará el total de la prima mensual del plan como miembro de nuestro plan. Para obtener más información sobre el subsidio por bajos ingresos, comuníquese con el Seguro Social al **800-772-1213**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Si es usuario de 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)	\$29.00	\$93.00	\$152.00
100 %	\$11.80	\$53.50	\$128.00

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)	\$36.00	\$93.00	\$152.00
100 %	\$18.80	\$53.50	\$128.00

Cobertura dental

El **plan Flex 3 (HMO-POS)** incluyen beneficios dentales preventivos sin 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 este plan, 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: \$27 Máximo de beneficios por año calendario: \$2,000 Deducible para el año calendario: \$100	O
Prima mensual: \$35 Máximo de beneficios por año calendario: \$3,000 Deducible para el año calendario: \$100	
SERVICIOS DENTALES INTEGRALES	COSTO COMPARTIDO DENTRO DE LA RED PARA MIEMBROS
Servicios de restauración menores: empastes	20 % después del deducible por año calendario de \$100
Servicios importantes (endodoncia, periodoncia, prótesis y cirugía bucal y maxilofacial): incluye Terapia de endodoncia, Raspado periodontal y Alisado radicular, Cirugía periodontal de coronas, Puentes fijos, Dentaduras postizas parciales y completas, Ajuste de dentaduras postizas, Reparaciones de puentes fijos, Recementación de puentes fijos, Coronas e incrustaciones, Extracciones y cirugía bucal, Implantes y mantenimiento.	50 % después del deducible por año calendario de \$100

Si consulta a un dentista fuera de la red, sus costos serán más altos. Usted paga la diferencia entre la asignación fuera de la red y el importe total facturado por el dentista.

OPCIÓN DE INDEMNIZACIÓN	
Prima mensual: \$128 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 **Choice Plan 1 (HMO-POS)** y **Flex Plan 2 (HMO-POS)**, usted tiene la opción de agregar beneficios dentales preventivos e integrales por una prima mensual baja adicional. 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 PARA MIEMBROS DENTRO DE LA RED
Uno cada seis meses: exámenes bucales, limpiezas, fluoruro y radiografías estándar (radiografía interproximal) 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 PARA MIEMBROS DENTRO DE LA RED
Servicios de restauración menores: empastes	20 % después del deducible por año calendario de \$100
Servicios importantes (endodoncia, periodoncia, prótesis y cirugía bucal y maxilofacial): incluye Terapia de endodoncia, Raspado periodontal y Alisado radicular, Cirugía periodontal de coronas, Puentes fijos, Dentaduras postizas parciales y completas, Ajuste de dentaduras postizas, Reparaciones de puentes fijos, Recementación de puentes fijos, Coronas e incrustaciones, Extracciones y cirugía bucal, Implantes y mantenimiento.	50 % después del deducible por año calendario de \$100

Si consulta a un dentista fuera de la red, sus costos serán más altos. Usted paga la diferencia entre la asignación fuera de la red y el importe total facturado por el dentista.

OPCIÓN DE INDEMNIZACIÓN	
Prima mensual: \$128 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.

Los miembros nuevos pueden realizar una elección dentro de los primeros tres meses de la inscripción en el plan. Los miembros existentes pueden cambiar entre cláusulas opcionales desde el 15 de octubre al 31 de marzo. Los miembros pueden cancelar su inscripción en cualquier momento durante el año.

Consulte con un médico desde su hogar

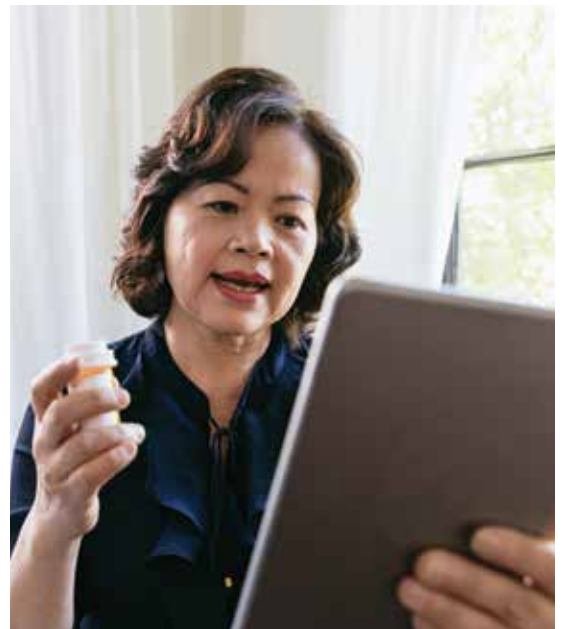
Todos los planes Medicare Advantage de ConnectiCare ahora incluyen **beneficios de telesalud** dentro de la red:

- Visitas médicas virtuales con proveedores de atención primaria (PCP) y especialistas.
- Visitas virtuales individuales 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, está disponible por teléfono o videoconferencia para tratar afecciones que no sean de emergencia. Incluso, de ser necesario, pueden enviar las recetas a su farmacia local. 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 debería ser fácil. 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 en conferencia 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.*

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

Registrarse lo califica para ganar todas sus 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
Evaluación de salud inicial* Cuestionario para ayudarnos a comprender sus necesidades de salud. (Debe completarse en los primeros 90 días).	\$50
Registro en el portal para miembros	\$25
Inscripción al servicio de comunicaciones electrónicas	\$25

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

Beneficio de artículos de venta libre

Muchos de nuestros planes incluyen una asignación para artículos de venta libre (OTC) 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!

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

Nombre del plan	Importe/frecuencia	Pedidos por correo	Tienda de venta minorista	Tarjeta OTC
Passage Plan 1 (HMO-POS)	\$75 cada mes	✓		
Choice Plan 2 (HMO-POS)	\$50 cada mes	✓		
Choice Plan 3 (HMO-POS)	\$50 cada mes	✓		
Flex Plan 3 (HMO-POS)	\$50 cada tres meses	✓		
Choice Dual (HMO-POS D-SNP)	\$60 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 de pedidos por correo de Nations y Convey:



Nations: Plan Passage 1, plan Choice 2, plan Choice 3 y plan Flex 3.



Convey: 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 8:00 a.m. a 8:00 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 PL está limitado a los términos y condiciones de la membresía básica de las PL. 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 siguiente paso para gestionar mejor su atención médica.

Simplemente llame al **877-224-8220** (TTY: **711**). Del 1 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**). SilverSneakers y el logotipo del zapato de SilverSneakers son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. © 2024 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.