

2025 Resumen de beneficios ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP)

Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Tenga en cuenta lo siguiente: No se requieren referidos para este plan.

La información de beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Es posible que algunos servicios requieran autorización previa. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, incluidos aquellos que requieren autorización previa, solicite la “Evidencia de cobertura”. Puede encontrar este documento en nuestro sitio web connecticare.com/medicare o bien puede llamarnos y le enviaremos una copia.

Inscripción y elegibilidad

Para inscribirse y seguir siendo elegible para el plan **ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP)**, debe:

- Ser elegible para Medicare Parte A.
- Estar inscrito en Medicare Parte B.
- Estar inscrito en el Connecticut Medicaid Program (HUSKY C o HUSKY A), y
- residir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de **Connecticut**: Fairfield, Hartford, Litchfield, Middlesex, New Haven, New London, Tolland y Windham.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

El plan **ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP)** cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no son parte de nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios, excepto en casos de emergencia.

Este plan cubre beneficios dentales dentro y fuera de la red. Es posible que pague más por los servicios dentales cuando utilice dentistas fuera de la red.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede ver la farmacopea del plan completa (lista de medicamentos con receta Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web en connecticare.com/medicare. O bien, llámenos y le enviaremos una copia.

Si recibe una factura de un proveedor por servicios cubiertos por Medicare, no pague la factura. En cambio, envíenos la factura para que la procesemos y determinemos si usted tiene alguna responsabilidad. Su proveedor es responsable de presentar una reclamación al programa Medicaid por su parte de los costos. Consulte el Capítulo 7 de la Evidencia de cobertura de su plan **ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP)** para obtener más información.

Puede ver los directorios de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web **connecticare.com/medicare**. O bien, llámenos y le enviaremos una copia.

Contacto

Para obtener más información sobre los planes de ConnectiCare y para inscribirse, llámenos 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 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., o visite nuestro sitio web en **connecticare.com/medicare**.

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual **“Medicare y Usted”**. Véalo por Internet en **medicare.gov** u obtenga una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Beneficios	ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP)
<p>Prima mensual del plan Debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B, salvo que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B.</p>	Usted paga \$0
<p>Deducible</p>	Este plan no cuenta con un deducible para los servicios médicos cubiertos.
<p>Responsabilidad de gasto máximo de bolsillo (no incluye medicamentos con receta) Este es el máximo que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios cubiertos por Medicare durante el año.</p>	\$9,350
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes internados (podría requerir aprobación).</p>	<p>Usted paga \$0 por día del día uno al día 90. Nuestro plan cubre hasta 90 días por cada período de beneficios. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida” siempre que la estadía esté cubierta bajo el plan.</p>
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios (podría requerir aprobación).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: • Centros de cirugía ambulatoria o de corta estancia: 	<p>Usted paga \$0 Usted paga \$0</p>
<p>Visitas al médico (en el consultorio/virtuales)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de atención primaria (PCP): • Especialista: 	<p>Usted paga \$0 Usted paga \$0 por el examen físico anual. Usted paga \$0</p>
<p>Atención preventiva Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes:</p>	<p>Usted paga \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prueba de densidad ósea. – Examen de detección de cáncer de mama (mamografía). – Examen de chequeo cardiovascular. – Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino. – Examen de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible). – Examen de detección de la depresión. – Examen de detección de la diabetes. – Examen de detección de cáncer de próstata (PSA). – Vacunas incluidas: las vacunas contra la gripe, la hepatitis B, las vacunas antineumocócicas y las vacunas contra el COVID-19. – Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una sola vez) y anual. – Visita de “Bienestar” (todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato tendrán cobertura).

Beneficios	ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP)
Atención de emergencia	Usted paga \$0
Servicios urgentemente necesarios	Usted paga \$0
<p>Servicios diagnósticos/laboratorio/imágenes: (Puede requerir aprobación).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computadas): • Servicios de laboratorio: • Análisis de diagnóstico y procedimientos: • Radiografías para pacientes ambulatorios: 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p>Servicios de audición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio, uno cada año: • Evaluación y ajuste: • Audífonos (límite de dos, ambos oídos combinados): 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Asignación máxima de hasta \$2,500 cada año</p>
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales cubiertos por Medicare: • Servicios dentales preventivos: Incluye exámenes bucales, limpiezas, aplicaciones de fluoruro, radiografías de aleta de mordida y radiografías panorámicas Panorex o serie completa. • Servicios dentales integrales: (podría requerir aprobación). Servicios de restauración menores: empastes. Servicios de restauración principales: (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. 	<p>Máximo de beneficios anuales de \$3,000 para los servicios dentales integrales.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Cubrimos uno cada seis meses: exámenes orales, limpiezas, aplicaciones de fluoruro y radiografías estándares.</p> <p>Cubrimos uno cada 36 meses: una serie completa de radiografías.</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga la diferencia entre la asignación fuera de la red y el importe total facturado por el dentista.</p>

Beneficios	ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP)
<p>Servicios de la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo. Examen ocular de rutina (uno cada año): Accesorios para la vista, de rutina: Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas (debe obtener los accesorios para la vista en un plazo de 12 meses después de la cirugía): 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Asignación de hasta \$500 de accesorios para la vista cada año. Ilimitados hasta la asignación. Los accesorios para la vista de rutina deben ser distribuidos por los proveedores participantes de EyeMed. Visite: connecticare.com/medicare, haga clic en “Find a doctor” (Encontrar un médico). O llame al número gratuito 833-337-3134 (TTY: 711).</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p>Servicios de salud mental (podría requerir aprobación).</p> <ul style="list-style-type: none"> Visita de paciente ingresado: Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios (en el consultorio únicamente): Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios (en consultorio/virtual): 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días por período de beneficios.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida” siempre que la estadía esté cubierta bajo el plan.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para servicios de salud mental del paciente ingresado en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p>Centro de enfermería especializada (SNF, siglas en inglés) (podría requerir aprobación).</p> <p>Un período de beneficios comienza el día en que es internado en un SNF. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria o atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p>

Beneficios	ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP)
Fisioterapia y terapia del habla	Usted paga \$0
Ambulancia (aérea y terrestre) Algunos servicios que no son de emergencia requieren autorización previa	Usted paga \$0
Transporte (no emergencia)	Sin cobertura.

Medicamentos con receta para el plan ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP)

Medicamentos de Medicare Parte B	
Medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B: (Puede requerir aprobación). Estos medicamentos pueden requerir tratamiento escalonado y/o aprobación previa.	Usted paga \$0

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Como miembro de **ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP)**, usted está inscrito automáticamente en la cobertura de medicamentos con receta Parte D de Medicare. Debido a su elegibilidad para Medicaid (HUSKY C y HUSKY A), usted recibirá Ayuda Adicional del gobierno (Subsidio por bajos ingresos) como ayuda para pagar sus medicamentos con receta.

“Ayuda Adicional” significa que usted recibirá ayuda para pagar su prima de Medicare Parte D, el deducible anual (la cantidad que usted paga antes de que su plan comience a pagar) y la participación en los costos de los medicamentos con receta (la cantidad que usted paga por un medicamento cubierto).

Participación en los costos de medicamentos con receta Parte D para un suministro de 30 días de medicamentos cubiertos

Cuánto paga depende de la etapa del beneficio en la que se encuentre y de su nivel de Ayuda Adicional.

Nombre del nivel	Cobertura inicial (de \$0 a \$2,000)	Cobertura contra catástrofes
Todos los medicamentos de la lista de medicamentos	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.60/\$4.90 Medicamentos de marca: \$0/\$4.80/\$12.15 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.	\$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.

Cobertura contra catástrofes

Después de que sus costos de bolsillo del año hasta la fecha alcancen los \$2,000, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Su costo no cambiará sin importar dónde compre sus medicamentos con receta Parte D. Esto incluye nuestras farmacias minoristas, pedidos por correo, atención a largo plazo o infusión en el hogar.

El plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare

El plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos a través de pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero a diciembre). Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.

Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Debido a que usted califica para recibir Ayuda Adicional, es posible que participar en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare no sea la mejor opción para usted. Comuníquese con nosotros o visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov) para obtener más información.

Beneficios adicionales

Beneficios	ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP)
<p>Acupuntura (podría requerir aprobación).</p>	<p>Usted paga \$0 Cubre hasta 20 visitas por dolor lumbar crónico cada año (máximo de 12 visitas en 90 días).</p>
<p>Atención de los pies (servicios de podología) Tratamiento y exámenes de los pies: Si tiene lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes y/o cumple ciertos criterios, se cubren los tratamientos y los exámenes.</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>Atención quiropráctica Se cubre solamente la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de su columna vertebral se salen de su posición).</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>Terapia ocupacional</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>Rehabilitación cardíaca (en consultorio/virtual)</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>Rehabilitación pulmonar (puede requerir aprobación).</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>Cuidado de salud en el hogar (podría requerir aprobación).</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>Hospicio Original Medicare, y no nuestro plan, pagará los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal.</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>Suministros/Equipos médicos (Puede requerir aprobación).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (DME, siglas en inglés) (sillas de rueda, oxígeno): • Prótesis/suministros médicos (férulas, extremidades artificiales): 	<p>Usted paga \$0 Usted paga \$0</p>
<p>Capacitación y suministros para la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para la diabetes (incluyen suministros de control y calzados o plantillas terapéuticos): • Educación sobre enfermedad renal: 	<p>Usted paga \$0 Nuestro plan solo cubre las marcas FreeStyle®, Precision® y LifeScan®/One Touch® de monitores de glucosa y tiras reactivas. Usted paga \$0</p>
<p>Diálisis renal</p>	<p>Usted paga \$0</p>

Beneficios	ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP)
<p>Programas de bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea directa de enfermería: • Educación para la salud: • Acondicionamiento físico: • Teladoc®: 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Incluye un servicio de línea directa de enfermería las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los miembros pueden hablar de manera confidencial y personalizada con un profesional de enfermería registrado, en cualquier momento. El profesional de enfermería está capacitado para brindar orientación telefónica y apoyo clínico con respecto a preguntas y cuestiones cotidianas de salud. Llame al 877-489-0963 (TTY: 711) si tiene preguntas médicas y de salud que no sean de emergencia.</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>SilverSneakers®: Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC) elegibles El importe no utilizado no se transfiere al mes siguiente. Para obtener información adicional, visite connecticare.com/otc.</p>	<p>Cubre hasta \$60 por mes.</p>
<p>Atención urgente/de emergencia en todo el mundo (cobertura fuera de los Estados Unidos y territorios de los EE. UU.)</p>	<p>Sin cobertura.</p>

Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

Declaración de beneficios de Medicaid y protecciones de participación en los costos

Elegibilidad

Los miembros del plan **ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP)** deben estar inscritos en el programa de Medicaid que paga su participación en los costos de Medicare. Estos miembros también son elegibles para recibir los beneficios adicionales de Medicaid que se describen a continuación y en las páginas siguientes.

Participación en los costos y protecciones de participación en los costos para todos los miembros

En un plan **ConnectiCare Choice Dual (HMO-POS D-SNP)**, el programa estatal de Medicaid paga el costo compartido de los servicios médicos cubiertos por Medicare que usted recibe de un proveedor de la red de ConnectiCare que además es un proveedor participante de Medicaid.

Si pierde su elegibilidad para Medicaid o ve a un proveedor que no acepta Medicaid, será responsable de su parte de los costos de los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare.

Beneficio completo de doble elegibilidad (FBDE, siglas en inglés): Puede ayudar a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y otra participación en los costos (como deducibles, coseguro y copagos). Elegible para recibir todos los beneficios de Medicaid.

Beneficiarios calificados de Medicare – Plus (QMB+, siglas en inglés): pago de sus primas de Medicare Parte A y Parte B, deducibles, participación en los costos (excepto los copagos de la Parte D) y los beneficios completos de Medicaid.

Beneficiario específico de Medicare de bajos ingresos con beneficios adicionales (SLMB+, siglas en inglés): Pago de sus primas de Medicare Parte B y los beneficios completos de Medicaid.

Beneficios cubiertos por Medicaid

La información sobre beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubre Medicaid. No incluye todos los servicios que se cubren ni todas las limitaciones o exclusiones. Es posible que algunos servicios requieran autorización previa.

Beneficio	Limitaciones
Acupuntura	Con cobertura si resulta necesario médicamente. Se aplican las reglas de cobertura de Medicaid.
Pruebas/vacunas contra la alergia	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
Ambulancia: Ambulancia terrestre y aérea rotativa de emergencia	Solamente para emergencias (Llame al 911 para pedir una ambulancia terrestre de emergencia).
Ambulancia: Ambulancia aérea que no sea de emergencia	Al proveedor apropiado más cercano para un servicio aprobado. Comuníquese con Veyo, una compañía de Total Transit, al 855-478-7350 o con ct.ridewithveyo.com .

Beneficios cubiertos por Medicaid (continuación)

Beneficio	Limitaciones
<p>Salud del comportamiento (Salud mental y tratamiento por uso de sustancias)</p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios clínicos médicos independientes para pacientes ambulatorios • Servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes ambulatorios • Servicios clínicos independientes de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios • Servicios de hospitalización psiquiátrica de emergencia y para pacientes hospitalizados • Servicios de profesionales individuales • Comuníquese con Connecticut Behavioral Health Partnership en ctbhp.com o al 877-552-8247 (TTY: 711) para obtener información detallada sobre la cobertura de beneficios.
<p>Anticonceptivos</p>	<p>Requiere receta para todos los métodos anticonceptivos obtenidos en una farmacia. Se aplican límites mensuales para los condones. La píldora del día después Plan B también está cubierta con receta.</p>
<p>Cuidados cardíacos (incluye las pruebas de diagnóstico y detección)</p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p>
<p>Programa de rehabilitación cardíaca</p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p>
<p>Quiropráctico</p>	<p>Edades desde el nacimiento hasta los 20 años: Limitado a ciertos servicios específicos proporcionados por un quiropráctico independiente o dentro de una clínica/centro de salud.</p> <p>Mayores de 21 años: Los servicios de quiropráctica aprobados para adultos se pueden realizar en el entorno de un consultorio independiente, así como en centros de salud calificados a nivel federal (FQHC, siglas en inglés) y entornos hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Atención dental</p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p> <p>No todos los procedimientos dentales son beneficios cubiertos, y ciertos servicios dentales cubiertos requieren la autorización previa de su dentista.</p> <p>Comuníquese con Dental Health Partnership en ctdhp.com o al 855-283-3682 (TTY: 711) para obtener información detallada sobre la cobertura de beneficios.</p>
<p>Diálisis</p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p>
<p>Pañales y artículos para la incontinencia en adultos</p>	<p>Edades desde el nacimiento hasta los 2 años: Sin cobertura.</p> <p>3 años o más: Se cubre cuando es necesario por razones médicas. Se requiere receta.</p>
<p>Suministros para diabéticos (como monitor de glucosa en la sangre, toallitas con alcohol, tiras reactivas [orina, sangre o reactivo], lancetas)</p>	<p>Cubierto por el beneficio de farmacia o por el beneficio de equipo médico.</p> <p>En virtud de la cobertura de farmacia, los suministros para diabéticos, como medidores para diabéticos, tiras reactivas y lancetas, así como los artículos auxiliares adicionales, están sujetos a la Lista de productos preferidos de Medicaid.</p> <p>La insulina está cubierta para todas las edades bajo el beneficio de farmacia.</p>

Beneficios cubiertos por Medicaid (continuación)

Beneficio	Limitaciones
Zapatos/insertos para diabéticos	Mayores de 21 años: Se cubren dos pares por año calendario sin autorización previa.
Servicios de emergencia/ atención de urgencia	<p>Dentro del estado: Cubierto por un médico/consultorio de profesional de enfermería registrado de práctica avanzada (APRN, siglas en inglés)/personal de enfermería obstétrica certificado (CNM, siglas en inglés) y asistente médico (PA, siglas en inglés) inscrito o parte de un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p>Fuera del estado: Sin cobertura a menos que la visita sea médicamente necesaria Y el proveedor se inscriba en HUSKY.</p> <p>Fuera del país: Los servicios de emergencia no están cubiertos cuando se reciben fuera de los EE. UU. o de los territorios de los EE. UU.</p>
Planificación familiar (para atención continua; incluye anticonceptivos, exámenes, pruebas y tratamientos para enfermedades de transmisión sexual y VIH. Véase también Anticonceptivos y Maternidad).	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
Pruebas genéticas	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
Ginecología	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
Exámenes de audición	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
Audífonos	HUSKY A, C, D: Un para cada tres años.
Baterías para audífonos	Requiere receta.
Cuidado de salud en el hogar:	
Visitas de enfermería especializada en el hogar	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p> <p>Visitas de maternidad: Se limitan a servicios para mujeres con embarazos de alto riesgo.</p>
Visitas a domicilio de un asistente para atención de la salud en el hogar	<p>Debe proporcionar cuidados físicos prácticos (para alimentar, bañar, ir al baño, vestir o caminar).</p> <p>No se cubren los servicios de custodia ni los servicios domésticos/ de acompañante.</p>
Visitas a domicilio de terapia física (PT), terapia ocupacional (OT) y/o terapia del habla (ST)	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
Visitas extendidas de enfermería especializada en el hogar (turnos de enfermería)	Con cobertura si resulta necesario médicamente.

Beneficios cubiertos por Medicaid (continuación)

Beneficio	Limitaciones
<p>Cuidados de hospicio en el hogar La atención de hospicio tiene como objetivo la comodidad y el alivio de los síntomas de los enfermos terminales. Por lo general, no incluye un tratamiento destinado a curar. Para hospicio para pacientes hospitalizados, consulte Atención para pacientes hospitalizados en un hospicio.</p>	<p>Los servicios de hospicio están disponibles para los miembros a quienes se les diagnostica una enfermedad terminal con una expectativa de vida de seis meses o menos.</p> <p>Edades desde el nacimiento hasta los 20 años: Los miembros pueden recibir tratamiento destinado a la curación al mismo tiempo que reciben atención de hospicio.</p>
<p>Servicios a domicilio de infusión en el hogar (medicamentos intravenosos en el hogar)</p>	<p>Edades desde el nacimiento hasta los 20 años: Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p> <p>Mayores de 21 años: La agencia de atención médica domiciliaria les enseñará a los miembros a administrarse sus propios medicamentos.</p>
<p>Visitas de enfermería en el hogar para afecciones de salud conductual</p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p> <p>Comuníquese con Connecticut Behavioral Health Partnership en ctbhp.com o al 877-552-8247 (TTY: 711) para obtener información detallada sobre la cobertura de beneficios.</p>
<p>Atención de hospicio para pacientes hospitalizados La atención de hospicio tiene como objetivo la comodidad y el alivio de los síntomas de los enfermos terminales. Por lo general, no incluye el tratamiento destinado a curar.</p>	<p>Los servicios de hospicio para pacientes hospitalizados están disponibles para los miembros a quienes se les diagnostica una enfermedad terminal con una expectativa de vida de seis meses o menos.</p>
Atención en hospital:	
<p>Paciente hospitalizado</p>	<p>Las hospitalizaciones y las visitas del médico mientras usted está hospitalizado están cubiertas cuando son necesarias por razones médicas.</p>
<p>Paciente ambulatorio</p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p>
<p>Atención hospitalaria especializada a largo plazo</p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p>
<p>Servicios de laboratorio</p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p>
<p>Centro de enfermería especializada de atención a largo plazo</p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p>
<p>Maternidad (prenatal, parto y posparto) Sacaleche</p>	<p>Nacimientos en el hospital: Sin limitaciones.</p> <p>Nacimientos en el hogar: Cubierto.</p> <p>Sacaleche: Se cubre cuando nace el bebé. Se requiere una receta a nombre de la madre.</p> <p>Nota: Los extractores de leche manuales y eléctricos se pueden entregar antes de una admisión hospitalaria, pero no antes del tercer (3.er) trimestre de embarazo de la miembro.</p> <p>Clases de parto/lamaze: Sin cobertura.</p>

Beneficios cubiertos por Medicaid (continuación)

Beneficio	Limitaciones
<p>Equipo médico (para usar en el hogar) Definición: Equipo reutilizable que puede resistir el uso repetido y que generalmente se utiliza para fines médicos. Incluye artículos como andadores, sillas de ruedas, equipos para la apnea del sueño, sacaleches, etc.</p>	<p>Deben ser médicamente necesarios y cumplir con la definición de equipo médico (consulte Beneficio). Se requiere receta.</p>
<p>Suministros médicos (desechables, es decir, gasa, guantes, jeringas)</p>	<p>Se requiere receta. Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p>
<p>Naturopatía</p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p>
<p>Asesoramiento nutricional</p>	<p>La consejería nutricional está cubierta cuando es recibida por un médico, APRN o asistente médico como parte de una visita al consultorio o cuando es parte de una visita a una clínica, centro de salud comunitario o clínicas inscritas CMAP (incluidos centros de certificación federal [FQHC] y clínicas para paciente ambulatorio). El asesoramiento nutricional con un nutricionista registrado independiente no está cubierto.</p>
<p>Ortopedia Receta de plantillas de soporte hechas a medida para tratar las condiciones de los pies y tobillos</p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p>
<p>Farmacia Medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos</p>	<p>Se requiere una receta incluso para medicamentos de venta libre (vitaminas, medicamentos y suplementos) que están cubiertos; se aplican algunos límites. Algunas recetas requieren autorización previa.</p>
<p>Prótesis Un dispositivo artificial para reemplazar una parte del cuerpo faltante. La parte del cuerpo puede faltar debido a un traumatismo, una enfermedad o una afección congénita.</p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p>
<p>Servicios de rehabilitación: Pacientes ambulatorios: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla Pacientes hospitalizados: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla (para servicios en el hogar, consulte Cuidado de salud en el hogar)</p>	<p>Con cobertura si resulta necesario médicamente.</p>

Beneficios cubiertos por Medicaid (continuación)

Beneficio	Limitaciones
Cirugía:	
Bariátrica	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
Cosmética	La cirugía que se considera cosmética no está cubierta.
Paciente hospitalizado	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
Paciente ambulatorio	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
Reconstructiva	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
Cirugía transgénero/de reasignación	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
Transporte para sus citas médicas.	Debe ser transporte para recibir un servicio que HUSKY C cubra. Comuníquese con Veyo, una compañía de Total Transit, al 855-478-7350 o con ct.ridewithveyo.com .
Atención de urgencia/sin cita previa (dentro del estado)	Con cobertura si resulta necesario médicamente.
Cuidado de la vista, anteojos y lentes de contacto	<p>Anteojos para mayores de 21 años: Se aplican algunos límites al tipo de marcos y lentes. También se aplican límites sobre la frecuencia con la que puede obtener anteojos.</p> <p>Se puede cubrir un par de anteojos cada 24 meses, a menos que sea médicamente necesario un par nuevo.</p> <p>Lentes de contacto: Solo se cubren para ciertos diagnósticos.</p>
Pelucas	Requiere receta. Llame a Servicios de Participación de Miembros al 800-859-9889 (TTY: 711).

Para obtener información sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de Connecticut al **800-859-9889** (TTY: **711**), de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m., o visite **ct.gov/dss**.

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 ConnectiCare 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 al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a servicios fuera de la red. SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas comerciales 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.

Lista de verificación previa a la inscripción 2025

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio de Atención al Cliente al **800-224-2273** (TTY: **711**), del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a sábado de 8 a.m. a 8 p.m.

Información sobre los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante evaluar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite connecticare.com/medicare o llame al **800-224-2273** (TTY: **711**) para ver una copia de la EOC.
- Consulte el Directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que actualmente consulta estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que es probable que deba seleccionar un médico nuevo.
- Consulte el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir una nueva farmacia para sus recetas.
- Consulte la lista de medicamentos para asegurarse de que estén cubiertos.

Información sobre reglas importantes

- Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito/a en un plan de Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience la nueva cobertura de Medicare Advantage. Para obtener más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que quiera cancelar su póliza de Medigap porque pagaría una cobertura que no puede usar.
- Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B. Por lo general, esta prima se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- Nuestro plan permite que usted visite proveedores fuera de la red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos ciertos servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarle. Excepto en casos de emergencia o situaciones urgentes, el proveedor no contratado puede denegar la atención. Además, usted pagará copagos más altos por los servicios que reciba de un proveedor no contratado.
- Este plan es un Plan de necesidades especiales (D-SNP) con doble elegibilidad. Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.