

2025 Resumen de beneficios

ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS)

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

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.

¿Quiénes pueden inscribirse?

Para inscribirse en un **plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)**, debe ser elegible para Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir 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 Flex 3 (HMO-POS)** cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Para algunos servicios, puede utilizar proveedores que están inscritos en Medicare, que no figuran en nuestra red. Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de ConnectiCare, Inc., excepto en casos de emergencia. Llame al número de Medicare Connect Concierge de ConnectiCare o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red. Si usted recibe atención de un proveedor fuera de la red/no contratado, nosotros pagaremos los mismos servicios que cubrimos dentro de la red, siempre que los servicios sean médicamente necesarios. Para saber si cubriremos un servicio fuera de la red, usted o su

proveedor pueden pedirnos una determinación de la organización previa al servicio. Nuestro número de Medicare Connect Concierge es el **800-224-2273** (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 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

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.

En la mayoría de las situaciones, deberá usar farmacias de la red para llenar sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D. Algunas de nuestras farmacias de la red tienen participación en los costos preferida. Es posible que pague menos si utiliza estas farmacias.

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.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 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 “Medicare y Usted”. Véalo por Internet en [medicare.gov](https://www.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**.

Primas y beneficios	ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS)
Prima mensual del plan	
Para beneficiarios de Medicare que viven en los condados de Hartford, Litchfield, Middlesex y Tolland.	\$29 Además, debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B. Las primas pueden reducirse basadas en el nivel del Subsidio por bajos ingresos (LIS) o la Ayuda Adicional.
Para beneficiarios de Medicare que viven en los condados de Fairfield, New Haven, New London y Windham.	\$36 Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B. Las primas pueden reducirse basadas en el nivel del Subsidio por bajos ingresos (LIS) o la Ayuda Adicional.
Deducible médico	Usted paga \$0
Responsabilidad de gasto máximo de bolsillo (no incluye medicamentos con receta) Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	Dentro de la red: \$6,350 anuales. Fuera de la red: \$10,000 anuales. Una vez que alcance el límite de gasto máximo de bolsillo, pagaremos el costo total de los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados (podría requerir aprobación).	Dentro de la red: Copago de \$495 por día, del día uno al día cinco, por ingreso. Usted no paga nada por día, del día seis en adelante, por ingreso. Fuera de la red: 40 % del costo de cada ingreso.
Cobertura de atención hospitalaria de paciente ambulatorio (podría requerir aprobación). <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de observación para pacientes ambulatorios: • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: • Centros de cirugía ambulatoria o de corta estancia: 	Dentro de la red: Copago de \$325. Fuera de la red: 40 % del costo. Dentro de la red: Copago de \$325. \$0 para colonoscopia de diagnóstico. Fuera de la red: 40 % del costo. Dentro de la red: Copago de \$200. \$0 para colonoscopia de diagnóstico. Fuera de la red: 40 % del costo.
Visitas al médico (en el consultorio/virtuales) <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de atención primaria (PCP): • Especialista: 	Dentro de la red: Copago de \$5 por visita. Fuera de la red: 40 % del costo. Usted no paga nada por el examen físico anual. Dentro de la red: Copago de \$50 por visita. Fuera de la red: 40 % del costo.

Primas y beneficios	ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS)
Atención preventiva	<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). - Visita de “Bienestar” (todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato tendrán cobertura).
Atención de emergencia	<p>Copago de \$125 por visita dentro de los Estados Unidos.</p> <p>Si usted ingresa en el hospital en un plazo de un día, no tiene que pagar su participación en el costo por la atención de emergencia.</p>
Servicios urgentemente necesarios (no se exige si es internado).	Copago de \$55 por visita dentro de los Estados Unidos.
Imágenes/Análisis de laboratorio/ Servicios diagnósticos (podría requerir aprobación). <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: • Servicios de radiología terapéutica (como tratamientos de radiación para el cáncer): 	<p>Dentro de la red: Copago de \$275. \$0 para mamografías de diagnóstico.</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo.</p> <p>Dentro de la red: \$0 en el consultorio del médico o en un centro independiente, \$15 en todas las demás ubicaciones.</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo.</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$25.</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo.</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$45.</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo.</p> <p>Dentro de la red: 20 % del costo.</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo.</p>

Primas y beneficios	ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS)
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio. Examen auditivo de rutina (uno cada año): 	<p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita. Fuera de la red: 40 % del costo.</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$0 por visita. Fuera de la red: 40 % del costo</p>
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales cubiertos por Medicare: Servicios dentales preventivos: Incluye exámenes bucales, limpiezas, radiografías de aleta de mordida, tratamientos con fluoruro, y series completas (radiografías panorámicas Panorex) 	<p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita. Fuera de la red: 40 % del costo.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 Cubre hasta un examen bucal, una limpieza y un tratamiento con fluoruro cada seis meses. Cubre una radiografía estándar cada seis meses y una serie completa (radiografías panorámicas Panorex) cada 36 meses. Puede contratar servicios dentales integrales como un beneficio suplementario opcional (vea a continuación).</p>
<p>Beneficio suplementario opcional</p> <p>Opciones de POS</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales integrales (podrían requerir aprobación). Servicios de restauración menores: empastes. Servicios de restauración mayores: (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>Prima mensual de \$27. Deducible para el año calendario de \$100. Máximo de beneficios anuales de \$2,000. o Prima mensual de \$35. Deducible para el año calendario de \$100. Máximo de beneficios anuales de \$3,000.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga 20 % del costo después de alcanzar el deducible para el año calendario de \$100. 50 % del costo después de alcanzar el deducible para el año calendario de \$100. Fuera de la red: Usted paga la diferencia entre la asignación fuera de la red y el importe total facturado por el dentista, además de su parte del costo dentro de la red.</p>

Primas y beneficios	ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS)
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Opción de indemnización</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales preventivos e integrales: 	<p>Prima mensual de \$128.</p> <p>Máximo de beneficios anuales de \$3,500.</p> <p>Usted paga el 50 % del costo por todos los servicios cubiertos.</p>
<p>Servicios de la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo. Examen ocular de rutina (uno cada año): Accesorios para la vista de rutina: Usted tiene cobertura para un par de accesorios para la vista por año. 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>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita.</p> <p>Fuera de la red: no cubierto.</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Fuera de la red: no cubierto.</p> <p>Dentro de la red: hasta \$300 de asignación por año calendario. 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” (Buscar un médico) o llame al número gratuito 833-337-3134 (TTY: 711).</p> <p>Fuera de la red: no cubierto.</p> <p>Dentro de la red: usted paga \$0.</p> <p>Fuera de la red: no cubierto.</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): 	<p>Dentro de la red: \$2,290 por ingreso.</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días por estadía de salud mental del paciente ingresado. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida” siempre que la estadía esté cubierta bajo el plan. 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>El costo compartido se aplica cada vez que es hospitalizado en un centro psiquiátrico.</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$40 por visita.</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo.</p>

Primas y beneficios	ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS)
<p><i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios (en consultorio/virtual): 	<p>Dentro de la red: Copago de \$40 por visita. Fuera de la red: 40 % del costo.</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 obtenido 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>Dentro de la red: Usted no paga nada por día, del día uno al 20, por período de beneficios. Copago de \$214 por día, del día 21 al 100, por período de beneficios.</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo por día, del día uno al 100, por período de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p>
<p>Fisioterapia y terapia del habla</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$40 por visita. Fuera de la red: 40 % del costo.</p>
<p>Ambulancia (podría requerir aprobación; no se exime si es admitido).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terrestre: • Aérea: • Ambulancia terrestre en todo el mundo: <p>Usted tiene cobertura para servicios de ambulancia terrestre en todo el mundo. Existe un límite anual de \$50,000 combinado para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia terrestre de emergencia fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$325. Fuera de la red: Copago de \$325.</p> <p>Dentro de la red: 20 % del costo. Fuera de la red: 20 % del costo.</p> <p>Copago de \$0.</p>
<p>Transporte (no emergencia)</p>	<p>Sin cobertura.</p>

Medicamentos con receta para el Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS)

MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B

Medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B (podría requerir aprobación).
Estos medicamentos pueden requerir tratamiento escalonado y/o aprobación previa.

Dentro de la red:
Usted paga entre el 0 % y el 10 % en función del ajuste reembolsable de la Parte B para los medicamentos de la Parte B **en el hogar**.
Usted paga entre el 0 % y el 20 % en función del ajuste reembolsable de la Parte B para los medicamentos de la Parte B que sean **dispensados en una farmacia minorista, una farmacia de pedidos por correo, un consultorio médico y un centro para pacientes ambulatorios**.
No paga más de \$35 por el suministro de insulina para un mes.
Fuera de la red: 40 % del costo.

Cobertura de medicamentos de Medicare Parte D

Nuestro plan agrupa cada medicamento en una de seis “categorías” (niveles). Tendrá que usar la farmacopea (lista de medicamentos cubiertos) para saber en qué nivel se encuentra un medicamento.

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta depende del nivel en el que se encuentre su medicamento y en qué etapa del beneficio usted se encuentre. Hay tres etapas en su cobertura de medicamentos con receta Parte D.

Tres etapas de la cobertura de medicamentos

Deducible

El deducible es el importe que usted paga antes de que su plan comience a pagar. Este deducible se aplica a farmacias minoristas y la entrega a domicilio. No hay deducible para los medicamentos del nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), el nivel 2 (medicamentos genéricos), el nivel 6 (medicamentos de atención selecta), las insulinas y la mayoría de las vacunas. Se aplica un deducible de \$300 para los medicamentos del nivel 3 (de marca preferidos), del nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del nivel 5 (medicamentos de especialidad).

Cobertura inicial

Después de alcanzar su deducible, pasará a una 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 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 los Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal (SPAP, siglas en inglés).

Etapa de cobertura inicial: de \$0 a \$2,000					
Nivel	Deducible	Costo compartido minorista		Pedidos por correo	
		Farmacia preferida: suministro de 30 días	Farmacia estándar: suministro de 30 días	Preferida: suministro de 30 días	Preferida: suministro de 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$2	\$9	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$10	\$20	\$0	\$0
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$300	\$42	\$47	\$42	\$126
Nivel 4: Medicamentos no preferidos		\$95	\$100	\$95	\$285
Nivel 5: Especialidad		27%	27%	27%	No disponible en el suministro a largo plazo
Nivel 6: Medicamentos de atención selecta	\$0	\$0	\$0	\$0	\$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.

Si vive en un centro de cuidados a largo plazo o usa una farmacia de pedidos por correo no preferida, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.

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.

Obtenga ayuda para pagar sus medicamentos con receta

Ayuda Adicional

Ayuda Adicional es un programa de Medicare gratuito conocido como Subsidio por bajos ingresos (LIS, siglas en inglés). Ayuda a las personas de ingresos y recursos bajos o limitados a pagar los costos del plan de medicamentos de Medicare Parte D.

¿Qué obtiene con la Ayuda Adicional?

- Pago del 75 % o más de los costos de sus medicamentos. Entre ellos se incluyen la prima mensual de sus medicamentos con receta **(la cantidad que usted paga cada mes)**.
- Pago de su deducible anual **(la cantidad que usted paga antes de que su plan comience a pagar)**.
- Pago de gastos de coseguro **(el porcentaje que usted paga por sus medicamentos con receta)**.

Califica automáticamente para recibir Ayuda Adicional si:

- Tiene cobertura total de Medicaid.
- Obtiene ayuda a través del programa Medicaid estatal para pagar sus primas de la Parte B, en un programa de ahorros de Medicare.
- Recibe beneficios del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, siglas en inglés).

Muchas otras personas con ingresos bajos o limitados también califican para recibir Ayuda Adicional y no lo saben.

Puede solicitar estos programas sin costo. Comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **800-772-1213** (TTY: **800-325-0778**). También puede hacer su solicitud en línea en **ssa.gov/benefits/medicare/prescriptionhelp**.

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.

La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de los Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal (SPAP, siglas en inglés) y del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, siglas en inglés) para quienes califican, pueden ser más ventajosos que la participación en el plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare. 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. Comuníquese con nosotros o visite **medicare.gov** para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Beneficios adicionales

Otros beneficios	ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS)
<p>Acupuntura (podría requerir aprobación).</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita. Cubre hasta 20 visitas por dolor lumbar crónico cada año (máximo de 12 visitas en 90 días). Fuera de la red: no cubierto.</p>
<p>Atención de los pies (servicios de podología)</p> <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento y exámenes de los pies (exámenes de rutina no cubiertos): <p>Si tiene lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes y/o cumple ciertos criterios, se cubren los tratamientos y los exámenes.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita. Fuera de la red: 40 % del costo.</p>
<p>Atención quiropráctica Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de su columna vertebral se salen de su posición).</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$20 por visita. Fuera de la red: 40 % del costo.</p>
<p>Terapia ocupacional</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$40 por visita. Fuera de la red: 40 % del costo.</p>
<p>Rehabilitación cardíaca</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita al consultorio/virtual. Fuera de la red: 40 % del costo.</p>
<p>Rehabilitación cardíaca intensiva</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$55 por visita. Fuera de la red: 40 % del costo.</p>
<p>Rehabilitación pulmonar (podría requerir aprobación).</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$15 por visita. Fuera de la red: 40 % del costo.</p>
<p>Cuidado de salud en el hogar (podría requerir aprobación).</p>	<p>Dentro de la red: usted paga \$0. Fuera de la red: 40 % del costo.</p>
<p>Hospicio Tiene cobertura para atención de hospicio en un hospicio certificado por Medicare. Original Medicare, y no nuestro plan, pagará los servicios de hospicio. Es posible que usted deba pagar parte del costo de los medicamentos y el cuidado de relevo.</p>	<p>Usted paga \$0</p>

Otros beneficios	ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS)
<p>Equipo/suministros médicos (podría requerir aprobación).</p> <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (DME, siglas en inglés) (sillas de rueda, oxígeno): Prótesis (férulas, extremidades artificiales): 	<p>Dentro de la red: 20 % del costo. Fuera de la red: 40 % del costo.</p> <p>Dentro de la red: 20 % del costo. Fuera de la red: 40 % del costo.</p>
<p>Capacitación y suministros para la diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> Suministros para la diabetes (incluye suministros de monitoreo y zapatos o insertos terapéuticos; limitamos nuestros suministros a las marcas Abbott y LifeScan): Educación sobre enfermedad renal: 	<p>Dentro de la red: 20 % del costo. Fuera de la red: 40 % del costo.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 Fuera de la red: 40 % del costo.</p>
Diálisis renal	Usted paga 20 % del costo.
<p>Programas de bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> Acondicionamiento físico: Teladoc®: 	<p>SilverSneakers®: Usted paga \$0</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$0 por visita. Fuera de la red: no cubierto.</p>
Artículos de venta libre	\$50 cada trimestre – pedidos por correo únicamente. El saldo no utilizado no se traslada.
<p>Atención de urgencia y de emergencia en todo el mundo (cobertura fuera de los Estados Unidos).</p> <p>Existe un límite anual de \$50,000 combinado para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia terrestre de emergencia fuera de los Estados Unidos. No tiene cobertura para servicios de ambulancia aérea fuera de los Estados Unidos. Consulte la página V - 6 para obtener información adicional sobre costos compartidos para servicios de ambulancia.</p>	Copago de \$0 por visita.

ConnectiCare, Inc. es un plan HMO-POS que tiene un contrato con Medicare. 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 Medicare Connect Concierge o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red. SilverSneakers es una marca registrada 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.