

Medicare Advantage de ConnectiCare

Plan Flex 1 (HMO-POS)

Plan Flex 2 (HMO-POS)

Plan Flex 3 (HMO-POS)

Resumen de beneficios 2019

Este es un resumen de servicios de salud y medicamentos cubiertos por ConnectiCare, Inc. del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al Cliente al 1-877-224-8220 (TTY: 1-800-842-9710), los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

Comprenda los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente en relación con aquellos servicios por los cuales habitualmente consulta a un médico. Visite connecticare.com/medicare o llame al 1-877-224-8220 (TTY: 1-800-842-9710) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que el médico que lo trata ahora forme parte de la red. Si no figura allí, significa que probablemente deba seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acuda para obtener sus medicamentos con receta forme parte de la red. Si la farmacia no figura allí, probablemente deba seleccionar una nueva farmacia donde obtener sus medicamentos.

Comprenda las reglas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. La prima, por lo general, se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2020.
- Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. Además, deberá efectuar un copago más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados.

ConnectiCare

Resumen de beneficios – Planes Flex de ConnectiCare

Del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

ConnectiCare, Inc. es un plan de una organización de mantenimiento de la salud (HMO)/HMO con punto de servicio (POS) de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato. La información sobre 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 llamarnos a los números de teléfono que se indican a continuación, y le enviaremos una copia.

¿Quién puede unirse?

Para unirse a un plan Flex de ConnectiCare, debe ser elegible para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Para el plan Flex 1 (HMO-POS) y el plan Flex 3 (HMO-POS): Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Connecticut: Fairfield, Hartford, Litchfield, Middlesex, New Haven, New London, Tolland y Windham.

Para el plan Flex 2 (HMO-POS): Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Connecticut: Hartford, Litchfield, Middlesex, New Haven, New London, Tolland y Windham.
Este plan no se ofrece en el condado de Fairfield.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Los planes Flex de ConnectiCare cuentan con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Para algunos servicios, usted puede usar proveedores inscritos en Medicare que no se encuentran 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 a nuestro número de Servicio 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. Si recibe atención de un proveedor fuera de la red o no contratado, pagaremos los mismos servicios que cubrimos dentro de la red, siempre y cuando 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 Servicio al Cliente es 1-800-224-2273 (TTY: 1-800-842-9710) y está disponible los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

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

Generalmente, debe usar farmacias de la red para surtir sus recetas de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Algunas de nuestras farmacias tienen costo compartido preferido. Es posible que pague menos si usa estas farmacias.

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

Contacto:

Para obtener más información, llámenos al número de teléfono que aparece a continuación o visítenos en **connecticare.com/medicare**.

Número de teléfono gratuito: 1-877-224-8220. Los usuarios que usan un dispositivo TTY deben llamar al 1-800-842-9710. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-224-2273 (TTY: 1-800-842-9710).

Resumen de beneficios – Planes Flex de ConnectiCare

Del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Primas y beneficios	Plan Flex 1 (HMO-POS)	Plan Flex 2 (HMO-POS)
Prima del plan mensual:		
Para beneficiarios de Medicare que viven en los condados de Hartford, Litchfield, Middlesex y Tolland	\$237	\$120
Para beneficiarios de Medicare que viven en los condados de New Haven, New London y Windham	\$237	\$140
Para beneficiarios de Medicare que viven en el condado de Fairfield	\$237	NO ESTÁ DISPONIBLE
Deducible: Médico	No paga nada	No paga nada
Monto máximo de costos directos (no incluye medicamentos de venta bajo receta)	Dentro de la red: \$5,300 por año Fuera de la red: \$10,000 por año	Dentro de la red: \$6,000 por año Fuera de la red: \$10,000 por año
Cobertura de pacientes hospitalizados	Dentro de la red: Copago de \$285 por día, del día 1 al 6, por estadía No paga nada por día, del día 7 en adelante, por estadía Fuera de la red: Copago de \$450 por día, del día 1 al 6, por estadía No paga nada por día, del día 7 en adelante, por estadía	Dentro de la red: Copago de \$375 por día, del día 1 al 4, por estadía No paga nada por día, del día 5 en adelante, por estadía Fuera de la red: 30 % del costo por día
Cobertura de pacientes externos:		
<ul style="list-style-type: none"> Servicios hospitalarios para pacientes externos (incluidos servicios de observación) 	Dentro de la red: Copago de \$200 Fuera de la red: 20 % del costo	Dentro de la red: Copago de \$250 Fuera de la red: 40 % del costo
<ul style="list-style-type: none"> Centros quirúrgicos ambulatorios 	Dentro de la red: Copago de \$100 Fuera de la red: Copago de \$250	Dentro de la red: Copago de \$150 Fuera de la red: 40 % del costo

Resumen de beneficios – Planes Flex de ConnectiCare

Del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Plan Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debería saber acerca del plan Flex 1, el plan Flex 2 y el plan Flex 3
\$46	Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
\$66	Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
\$66	Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
No paga nada	Estos planes no cuentan con un deducible para beneficios médicos.
Dentro de la red: \$6,700 por año Fuera de la red: \$10,000 por año	Este es el máximo que paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos durante el año.
Dentro de la red: Copago de \$465 por día, del día 1 al 4, por estadía No paga nada por día, del día 5 en adelante, por estadía Fuera de la red: 50 % del costo por día	El costo compartido se aplica cada vez que es internado en un hospital. Cada estadía hospitalaria requiere autorización previa.
Dentro de la red: Copago de \$325 Fuera de la red: 50 % del costo	Algunos servicios requieren autorización previa
Dentro de la red: Copago de \$200 Fuera de la red: 50 % del costo	Algunos servicios requieren autorización previa

Resumen de beneficios – Planes Flex de ConnectiCare

Del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Primas y beneficios	Plan Flex 1 (HMO-POS)	Plan Flex 2 (HMO-POS)
<p>Visitas médicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de atención primaria (PCP) • Especialistas 	<p>Dentro de la red: En un centro médico Sanitas: No paga nada Para todos los demás proveedores de atención primaria: Copago de \$15 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p>	<p>Dentro de la red: En un centro médico Sanitas: No paga nada Para todos los demás proveedores de atención primaria: Copago de \$15 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$50 por visita</p>
Atención preventiva	No paga nada	No paga nada
Atención de emergencia	Copago de \$90 por visita dentro de los Estados Unidos	Copago de \$90 por visita dentro de los Estados Unidos
Atención de urgencia	Copago de \$30 por visita dentro de los Estados Unidos	Copago de \$35 por visita dentro de los Estados Unidos
Atención de emergencia/urgencia en todo el mundo (cobertura fuera de los Estados Unidos)	Copago de \$90 por visita	Copago de \$90 por visita
<p>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de radiología de diagnóstico (p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI]) • Servicios de laboratorio • Procedimientos y pruebas de diagnóstico 	<p>Dentro de la red: Copago de \$200</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$10</p> <p>Fuera de la red: 20 % del costo</p> <p>Dentro de la red: 10 % del costo</p> <p>Fuera de la red: 20 % del costo</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$250</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$15</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>

Resumen de beneficios – Planes Flex de ConnectiCare

Del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Plan Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debería saber acerca del plan Flex 1, el plan Flex 2 y el plan Flex 3
<p>Dentro de la red: En un centro médico Sanitas: No paga nada Para todos los demás proveedores de atención primaria: Copago de \$20 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p>	<p>No se necesitan referencias para consultar con especialistas.</p>
<p>No paga nada</p>	<p>Incluye su examen físico anual, vacuna contra la gripe, examen de detección de cáncer colorrectal, mamografía de detección y cualquier otro tipo de atención preventiva aprobada por Medicare.</p>
<p>Copago de \$90 por visita dentro de los Estados Unidos</p>	<p>Si usted es internado en un hospital en un plazo de 24 horas, no debe pagar su participación en los costos por la atención de emergencia.</p>
<p>Copago de \$50 por visita dentro de los Estados Unidos</p>	<p>Si usted es internado en un hospital en un plazo de 24 horas, no debe pagar su participación en los costos por la atención de urgencia.</p>
<p>Copago de \$90 por visita</p>	<p>Existe un límite anual de \$50,000 combinado para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia de emergencia fuera de los Estados Unidos. Consulte la página 8 para obtener información adicional sobre costos compartidos para servicios de ambulancia.</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$275</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$20</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p> <p>Dentro de la red: 20 % del costo</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p>	<p>Se requiere autorización previa</p> <p>Algunos servicios requieren autorización previa</p> <p>Algunos servicios requieren autorización previa</p>

Resumen de beneficios – Planes Flex de ConnectiCare

Del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Primas y beneficios	Plan Flex 1 (HMO-POS)	Plan Flex 2 (HMO-POS)
<p>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes (continuación):</p> <ul style="list-style-type: none"> Radiografías para pacientes externos 	<p>Dentro de la red: Copago de \$35</p> <p>Fuera de la red: 20 % del costo</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$40</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo</p>
<p>Servicios de audición:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de audición 	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$50 por visita</p>
<p>Servicios dentales</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$50 por visita</p>
<p>Servicios de la visión:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la visión Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas 	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$40 por visita</p> <p>Dentro de la red: No paga nada</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$40</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$35 por visita</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Dentro de la red: No paga nada</p> <p>Fuera de la red: 30 % del costo</p>
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> Visita de pacientes hospitalizados 	<p>Dentro de la red: Copago de \$400 por día, del día 1 al 4, por estadía</p> <p>No paga nada por día, del día 5 al 90, por estadía</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$400 por día, del día 1 al 4, por estadía</p> <p>No paga nada por día, del día 5 al 90, por estadía</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo</p>

Resumen de beneficios – Planes Flex de ConnectiCare

Del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Plan Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debería saber acerca del plan Flex 1, el plan Flex 2 y el plan Flex 3
<p>Dentro de la red: Copago de \$45</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p>	<p>Algunos servicios requieren autorización previa</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p>	<p>Usted tiene cobertura para un examen de audición de rutina por año y para exámenes de diagnóstico y tratamiento de problemas de audición y equilibrio.</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p>	<p>Solamente servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Para conocer los servicios dentales preventivos e integrales, consulte la página 14.</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p> <p>Dentro de la red: No paga nada</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p>	<p>También tiene cobertura para un examen de la visión de rutina por año y para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares.</p> <p>No se cubren refracciones.</p> <p>Debe obtener los anteojos en un plazo de 12 meses después de la cirugía.</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$400 por día, del día 1 al 4, por estadía</p> <p>No paga nada por día, del día 5 al 90, por estadía</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p>	<p>El costo compartido se aplica cada vez que es hospitalizado en un centro psiquiátrico.</p> <p>Se requiere autorización previa</p>

Resumen de beneficios – Planes Flex de ConnectiCare

Del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Primas y beneficios	Plan Flex 1 (HMO-POS)	Plan Flex 2 (HMO-POS)
Servicios de salud mental (continuación) <ul style="list-style-type: none"> • Visita de pacientes externos 	Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Fuera de la red: 40 % del costo por visita	Dentro de la red: Copago de \$35 por visita Fuera de la red: 40 % del costo por visita
Centros de enfermería especializada (SNF)	Dentro de la red: No paga nada por día, del día 1 al 20, por período de beneficios Copago de \$172 por día, del día 21 al 100, por período de beneficios Fuera de la red: 40 % del costo por día, del día 1 al 100, por período de beneficios	Dentro de la red: No paga nada por día, del día 1 al 20, por período de beneficios Copago de \$172 por día, del día 21 al 100, por período de beneficios Fuera de la red: 40 % del costo por día, del día 1 al 100, por período de beneficios
Terapia física	Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Fuera de la red: Copago de \$40 por visita	Dentro de la red: Copago de \$35 por visita Fuera de la red: Copago de \$50 por visita
Ambulancia (aérea y terrestre, viaje de ida)	Dentro de la red: Copago de \$200 Fuera de la red: Copago de \$200	Dentro de la red: Copago de \$300 Fuera de la red: Copago de \$300
Transporte	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 40 % del costo	Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 40 % del costo
Atención de los pies (servicios de podiatría) <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento y exámenes de los pies 	Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Fuera de la red: Copago de \$40 por visita	Dentro de la red: Copago de \$35 por visita Fuera de la red: Copago de \$50 por visita
Atención quiropráctica	Dentro de la red: Copago de \$20 por visita Fuera de la red: Copago de \$40 por visita	Dentro de la red: Copago de \$20 por visita Fuera de la red: Copago de \$50 por visita

Resumen de beneficios – Planes Flex de ConnectiCare

Del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Plan Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debería saber acerca del plan Flex 1, el plan Flex 2 y el plan Flex 3
<p>Dentro de la red: Copago de \$40 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p>	<p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Dentro de la red: No paga nada por día, del día 1 al 20, por período de beneficios</p> <p>Copago de \$172 por día, del día 21 al 100, por período de beneficios</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por día, del día 1 al 100, por período de beneficios</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <p>Se requiere autorización previa</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. No se aplican límites a la cantidad de períodos de beneficios.</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$40 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p>	
<p>Dentro de la red: Copago de \$325</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$325</p>	<p>Usted tiene cobertura para servicios de ambulancia en todo el mundo. Existe un límite anual de \$50,000 combinado para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia de emergencia fuera de los Estados Unidos.</p> <p>Algunos servicios que no son de emergencia requieren autorización previa</p>
<p>Sin cobertura</p>	
<p>Dentro de la red: 20 % del costo</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo</p>	<p>Cubrimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos fármacos administrados por su médico.</p> <p>Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$50 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p>	<p>Tratamiento y exámenes si tiene lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes y/o cumple ciertos criterios</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$20 por visita</p> <p>Fuera de la red: 50 % del costo por visita</p>	<p>Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de su columna vertebral se salen de su posición)</p>

Resumen de beneficios – Planes Flex de ConnectiCare

Del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Primas y beneficios	Plan Flex 1 (HMO-POS)	Plan Flex 2 (HMO-POS)
Terapia ocupacional, del habla y del lenguaje	Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Fuera de la red: Copago de \$40 por visita	Dentro de la red: Copago de \$35 por visita Fuera de la red: Copago de \$50 por visita
Terapia cardíaca y pulmonar	Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Fuera de la red: Copago de \$40 por visita	Dentro de la red: Copago de \$35 por visita Fuera de la red: Copago de \$50 por visita
Atención de la salud en el hogar	Dentro de la red: No paga nada Fuera de la red: 40 % del costo	Dentro de la red: No paga nada Fuera de la red: 40 % del costo
Cuidados paliativos	No paga nada	No paga nada
Equipo y suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (p. ej., sillas de rueda, oxígeno) • Prótesis (p. ej., ortodoncia, extremidades artificiales) 	Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 40 % del costo Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 40 % del costo	Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 40 % del costo Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 40 % del costo
Capacitación y suministros para la diabetes: <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para la diabetes (incluye suministros de control y calzados o plantillas terapéuticos) • Educación sobre enfermedad renal 	Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 20 % del costo Dentro de la red: No paga nada Fuera de la red: 20 % del costo	Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 30 % del costo Dentro de la red: No paga nada Fuera de la red: 20 % del costo
Programas de bienestar (p. ej., acondicionamiento físico)	No paga nada	No paga nada

Resumen de beneficios – Planes Flex de ConnectiCare

Del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Plan Flex 3 (HMO-POS)	Lo que debería saber acerca del plan Flex 1, el plan Flex 2 y el plan Flex 3
Dentro de la red: Copago de \$40 por visita Fuera de la red: 50 % del costo por visita	
Dentro de la red: Copago de \$50 por visita Fuera de la red: 50 % del costo por visita	La terapia de rehabilitación pulmonar requiere autorización previa
Dentro de la red: No paga nada Fuera de la red: 50 % del costo	Se requiere autorización previa
No paga nada	Tiene cobertura para cuidados paliativos en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Original Medicare, y no nuestro plan, pagará los servicios paliativos. Es posible que deba pagar parte del costo de medicamentos y atención de relevo.
Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 50 % del costo Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 50 % del costo	Algunos servicios requieren autorización previa Algunos servicios requieren autorización previa
Dentro de la red: 20 % del costo Fuera de la red: 50 % del costo Dentro de la red: No paga nada Fuera de la red: 50 % del costo	
No paga nada	Incluye el programa de acondicionamiento físico de SilverSneakers®

Resumen de beneficios – Planes Flex de ConnectiCare

Del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Medicamentos de venta bajo receta para pacientes externos

El monto que paga por medicamentos de venta bajo receta de la Parte D depende del nivel del medicamento, de la etapa de beneficios del medicamento de venta bajo receta en el que se encuentra y de dónde compra sus medicamentos de venta bajo receta de la Parte D. Deberá usar su formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento y así determinar cuánto le costará. Si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga en la farmacia fuera de la red y el costo de lo que pagaría en una farmacia dentro de la red.

Beneficios de medicamentos de venta bajo receta para el plan Flex 1

Deducible anual	\$0 por medicamentos del nivel 1 y nivel 2 \$300 por medicamentos del nivel 3, nivel 4 y nivel 5		
Etapa 1: Cobertura inicial Usted paga estos montos hasta que sus costos totales en medicamentos anuales alcancen los \$3,820. Los costos totales en medicamentos anuales son los costos totales en medicamentos que usted y nuestro plan de la Parte D pagan.	Farmacia minorista preferida: Suministro de 30 días	Farmacia minorista estándar: Suministro de 30 días	Farmacia de pedido por correo: Suministro de 90 días
Nivel 1: Medicamento genérico preferido	Copago de \$2	Copago de \$9	No paga nada
Nivel 2: Medicamento genérico	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$30
Nivel 3: Medicamento de marca preferido	Copago de \$42	Copago de \$47	Copago de \$126
Nivel 4: Medicamento no preferido	Copago de \$95	Copago de \$100	Copago de \$285
Nivel 5: Medicamento especializado	27 % del costo	27 % del costo	El suministro a largo plazo no se encuentra disponible
Etapa 2: Brecha de cobertura Usted paga estos montos después de que los costos totales en medicamentos anuales (incluido lo que usted y su plan han pagado) alcancen los \$3,820.	Farmacia minorista preferida: Suministro de 30 días	Farmacia minorista estándar: Suministro de 30 días	Farmacia de pedido por correo: Suministro de 90 días
Nivel 1: Medicamento genérico preferido	Copago de \$2	Copago de \$9	No paga nada
Nivel 2: Medicamento genérico	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$30
Nivel 3: Medicamento de marca preferido	25 % del costo	25 % del costo	25 % del costo
Nivel 4: Medicamento no preferido	37 % del costo por medicamentos genéricos no preferidos 25 % del costo por medicamentos de marca no preferidos	37 % del costo por medicamentos genéricos no preferidos 25 % del costo por medicamentos de marca no preferidos	37 % del costo por medicamentos genéricos no preferidos 25 % del costo por medicamentos de marca no preferidos

Resumen de beneficios – Planes Flex de ConnectiCare

Del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Beneficios de medicamentos de venta bajo receta para el plan Flex 1 (continuación)			
Etapa 2: Brecha de cobertura (continuación)	Farmacia minorista preferida: Suministro de 30 días	Farmacia minorista estándar: Suministro de 30 días	Farmacia de pedido por correo: Suministro de 90 días
Nivel 5: Medicamento especializado	37 % del costo por medicamentos genéricos especializados 25 % del costo por medicamentos de marca especializados	37 % del costo por medicamentos genéricos especializados 25 % del costo por medicamentos de marca especializados	El suministro a largo plazo se encuentra disponible El suministro a largo plazo no se encuentra disponible
Etapa 3: Cobertura en caso de catástrofe Una vez que los costos directos anuales en medicamentos alcancen los \$5,100, usted paga lo que resulte mayor de estos montos.		<ul style="list-style-type: none"> • 5 % del costo • Copago de \$3.40 por medicamentos genéricos y copago de \$8.50 por todos los demás medicamentos 	
Beneficios de medicamentos de venta bajo receta para el plan Flex 2 y el plan Flex 3			
Deducible anual	\$0 por medicamentos del nivel 1 y nivel 2 \$300 por medicamentos del nivel 3, nivel 4 y nivel 5		
Etapa 1: Cobertura inicial Usted paga estos montos hasta que sus costos totales en medicamentos anuales alcancen los \$3,820. Los costos totales en medicamentos anuales son los costos totales en medicamentos que usted y nuestro plan de la Parte D pagan.	Farmacia minorista preferida: Suministro de 30 días	Farmacia minorista estándar: Suministro de 30 días	Farmacia de pedido por correo: Suministro de 90 días
Nivel 1: Medicamento genérico preferido	Copago de \$2	Copago de \$9	No paga nada
Nivel 2: Medicamento genérico	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$30
Nivel 3: Medicamento de marca preferido	Copago de \$42	Copago de \$47	Copago de \$126
Nivel 4: Medicamento no preferido	Copago de \$95	Copago de \$100	Copago de \$285
Nivel 5: Medicamento especializado	27 % del costo	27 % del costo	El suministro a largo plazo no se encuentra disponible
Etapa 2: Brecha de cobertura Usted paga estos montos después de que los costos totales en medicamentos anuales (incluido lo que usted y su plan han pagado) alcancen los \$3,820.	Farmacia minorista preferida: Suministro de 30 días	Farmacia minorista estándar: Suministro de 30 días	Farmacia de pedido por correo: Suministro de 90 días
Nivel 1: Medicamento genérico preferido	37 % del costo	37 % del costo	37 % del costo
Nivel 2: Medicamento genérico	37 % del costo	37 % del costo	37 % del costo
Nivel 3: Medicamento de marca preferido	25 % del costo	25 % del costo	25 % del costo

Resumen de beneficios – Planes Flex de ConnectiCare

Del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Beneficios de medicamentos de venta bajo receta para el plan Flex 2 y el plan Flex 3 (continuación)			
Etapa 2: Brecha de cobertura (continuación)	Farmacia minorista preferida: Suministro de 30 días	Farmacia minorista estándar: Suministro de 30 días	Farmacia de pedido por correo: Suministro de 90 días
Nivel 4: Medicamento no preferido	37 % del costo por medicamentos genéricos no preferidos 25 % del costo por medicamentos de marca no preferidos	37 % del costo por medicamentos genéricos no preferidos 25 % del costo por medicamentos de marca no preferidos	37 % del costo por medicamentos genéricos no preferidos 25 % del costo por medicamentos de marca no preferidos
Nivel 5: Medicamento especializado	37 % del costo por medicamentos genéricos especializados 25 % del costo por medicamentos de marca especializados	37 % del costo por medicamentos genéricos especializados 25 % del costo por medicamentos de marca especializados	El suministro a largo plazo no se encuentra disponible El suministro a largo plazo no se encuentra disponible
Etapa 3: Cobertura en caso de catástrofe Una vez que los costos directos anuales en medicamentos alcancen los \$5,100, usted paga lo que resulte mayor de estos montos.	<ul style="list-style-type: none"> • 5 % del costo • Copago de \$3.40 por medicamentos genéricos y copago de \$8.50 por todos los demás medicamentos 		
Beneficios complementarios opcionales			
Servicios dentales preventivos e integrales			
<ul style="list-style-type: none"> • Prima mensual..... Usted paga \$34 por mes. • Deducible \$100 por año • Máximo de beneficios por año calendario..... \$1,000 por año <p>Usted paga la prima mensual de \$34 además de su prima de la Parte B de Medicare y su prima mensual del plan Flex de ConnectiCare.</p> <p>Nuestro plan tiene límites de cobertura adicionales para ciertos beneficios.</p>			

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual "**Medicare y usted**". Véalo en línea en <http://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 que usan un dispositivo TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos como braille, letra grande o audio.

ConnectiCare, Inc. es un plan de Organización para el mantenimiento de la salud (HMO)/HMO con punto de servicio (POS) con un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al 1-877-224-8220 (TTY: 1-800-842-9710). Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de cada año. El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Le avisaremos cuando sea necesario. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Tivity Health, SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas comerciales o marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc., y/o sus subsidiarias y/o afiliadas en los Estados Unidos y/u otros países. ©2018 Tivity Health, Inc. ©2018 ConnectiCare, Inc. & Affiliates