



## ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP) ofrecido por ConnectiCare Insurance Company, Inc.

### Aviso anual de cambios para 2020

Actualmente está inscrito como miembro de ConnectiCare Passage Dual. El año próximo, los beneficios y costos del plan sufrirán algunos cambios. *Este folleto informa sobre los cambios.*

---

#### Qué debe hacer ahora

1. **PREGUNTE:** ¿Qué cambios se aplican a su caso?

- Verifique los cambios de nuestros beneficios y costos para determinar si lo afectan.
  - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que podrá satisfacer sus necesidades el próximo año.
  - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
  - Consulte las Secciones 2.5 y 3 para información acerca de cambios de beneficios y costos para nuestro plan.
  
- Verifique los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos con receta para determinar si lo afectan.
  - ¿Cubrirá los medicamentos?
  - ¿Sus medicamentos se encuentran en un nivel diferente, con costos compartidos diferentes?
  - ¿Tiene alguno de sus medicamentos nuevas restricciones, como la necesidad de aprobación de nuestra parte antes de surtir su receta?
  - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios por el costo de uso de esta farmacia?
  - Revise la lista de medicamentos de 2020 y busque en la Sección 2.6 información sobre los cambios de nuestra cobertura de medicamentos.

- Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que podría tener disponibles; de esta manera, podría ahorrar en gastos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros indican qué fabricantes han aumentado sus precios y, además, muestran otra información del precio de los medicamentos año tras año. Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto podrían cambiar los costos de sus medicamentos.

Consulte si sus médicos y otros proveedores continuarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Se encuentran en nuestra red sus médicos, incluso los especialistas a quien visita regularmente?
- ¿Qué ocurre con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
- Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de Proveedores.

Piense en los gastos del cuidado de la salud en general.

- ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos con receta que consume habitualmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
- ¿Cómo se compara el costo total de sus planes con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está satisfecho con nuestro plan.

## 2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes.

Verifique la cobertura y el costo de los planes de su área.

- Utilice la función de búsqueda personalizada en nuestro buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Encuentre planes de salud y medicamentos).
- Revise la lista en el reverso de su manual Medicare & You (Medicare y usted).
- Lea la Sección 4.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Después de limitar sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

## 3. ELECCIÓN: Decida si quiere cambiar su plan.

- Si quiere **mantener** ConnectiCare Choice Dual, no necesita hacer nada. Permanecerá en ConnectiCare Choice Dual.
- Para **cambiar a un plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, podrá cambiar de planes entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Lea la Sección 5, página 12 para obtener más información sobre sus opciones.

**4. INSCRIPCIÓN:** Para cambiar de plan, deberá afiliarse a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, se quedará en ConnectiCare Choice Dual.
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará a regir el **1 de enero de 2020**.

**Recursos adicionales**

- Comuníquese con nuestro departamento de Servicios para miembros al 1-800-224-2273 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.
- Servicios para miembros cuenta con servicios gratuitos de interpretación a otros idiomas para las personas que no hablan el inglés. Comuníquese con nuestro departamento de Servicios para miembros al 1-800-224-2273 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. También podemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (información en letra grande u otros formatos alternativos).
- **La cobertura de este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

**Acerca de ConnectiCare Choice Dual**

- ConnectiCare Insurance Company, Inc. es un plan HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el Programa Medicaid de Connecticut. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa ConnectiCare Insurance Company, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa ConnectiCare Choice Dual.

## Resumen de costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara los costos de 2019 y 2020 para ConnectiCare Choice Dual en varias áreas importantes. **Recuerde que solo es un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [www.connecticare.com/medicare](http://www.connecticare.com/medicare). También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*. **Si es elegible para la asistencia de costos compartidos en Husky Health (Medicaid), pagará \$0 por su deducible, visitas al médico y hospitalizaciones.**

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>* Su prima podría ser mayor o menor a este monto. Para obtener más información, consulte la Sección 2.1.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>La prima de su plan se paga en su nombre mediante la “Ayuda adicional”.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>La prima de su plan se paga en su nombre mediante la “Ayuda adicional”.</p>
<p><b>Visitas al consultorio</b></p>	<p><u>Visitas de atención primaria:</u> Usted paga un copago de <b>\$0</b> por visita.</p> <p><u>Visitas a un especialista:</u> Usted paga un copago de <b>\$0</b> por visita.</p>	<p><u>Visitas de atención primaria:</u> Usted paga un copago de <b>\$0</b> por visita.</p> <p><u>Visitas a un especialista:</u> Usted paga un copago de <b>\$0</b> por visita.</p>
<p><b>Hospitalizaciones</b></p> <p>Incluye cuidados intensivos para pacientes, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria comienza el día en que ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día anterior al alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> por cada internación cubierta por Medicare.</p> <p>Necesita autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> por cada internación cubierta por Medicare.</p> <p>Necesita autorización previa.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b></p> <p>(Para obtener más información, consulte la Sección 2.6).</p>	<p>Deducible: <b>\$0</b></p> <p>Debido a que recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nivel 1 de medicamentos:</b>  <i>Genéricos: \$0 a \$3.40</i>  <i>Marca: \$0 a \$8.50</i></li> </ul> <p>El monto que paga se determina según la receta y su nivel de “Ayuda adicional”.</p>	<p>Deducible: <b>\$0</b></p> <p>Debido a que recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos:  <i>Genéricos: \$0 a \$3.60</i>  <i>Marca: \$0 a \$8.95</i></li> </ul> <p>El monto que paga se determina según la receta y su nivel de “Ayuda adicional”.</p>
<p><b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b></p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para obtener más información, consulte la Sección 2.2).</p>	<p style="text-align: center;"><b>\$6,700</b></p> <p>Usted no es responsable por el pago de los gastos de bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p style="text-align: center;"><b>\$6,700</b></p> <p>Usted no es responsable por el pago de los gastos de bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

## Aviso anual de cambios para 2020 Índice

<b>Resumen de costos importantes para 2020 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del Plan .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 2 Cambios de los beneficios y los costos para el próximo año.....</b>	<b>4</b>
Sección 2.1 – Cambios de la prima mensual .....	4
Sección 2.2 – Cambios al importe máxima de gastos de bolsillo .....	5
Sección 2.3 – Cambios de la red de proveedores.....	5
Sección 2.4 – Cambios de la red de farmacias.....	6
Sección 2.5 – Cambios de los beneficios y los costos de servicios médicos.....	6
Sección 2.6 – Cambios de la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D .....	8
<b>SECCIÓN 3 Cambios administrativos .....</b>	<b>11</b>
<b>SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir .....</b>	<b>12</b>
Sección 4.1 – Si quiere permanecer en ConnectiCare Choice Dual .....	12
Sección 4.2 – Si quiere cambiar de plan .....	12
<b>SECCIÓN 5 Cambio de planes.....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 7 Programas de ayuda de pago de medicamentos con receta .....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>14</b>
Sección 8.1 – Obtener ayuda de ConnectiCare Choice Dual.....	14
Sección 8.2 – Obtener ayuda de Medicare.....	15
Sección 8.3 – Obtener ayuda de Medicaid.....	16

## SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del Plan

El 1 de enero de 2020, el nombre de nuestro plan cambiará de ConnectiCare Passage Dual a ConnectiCare Choice Dual.

Recibirá por correo una nueva tarjeta de identificación (ID) de miembro con información importante para sus proveedores del cuidado de la salud. Todos los materiales correspondientes al año 2020 también mostrarán el nombre ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP).

## SECCIÓN 2 Cambios de los beneficios y los costos para el próximo año

### Sección 2.1 – Cambios de la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
<b>Prima mensual</b> (También debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted).	<b>\$0</b>  La prima de su plan se paga en su nombre mediante la “Ayuda adicional”.	<b>\$0</b>  La prima de su plan se paga en su nombre mediante la “Ayuda adicional”.

## Sección 2.2 – Cambios al importe máxima de gastos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige a todos los planes de salud que limiten la cantidad que pagará “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de bolsillo”. Cuando llega a este monto, en general no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
<p><b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b></p> <p><b>Debido a que sus miembros también reciben ayuda de Husky Health (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan este máximo de bolsillo.</b></p> <p>Usted no es responsable por el pago de los gastos de bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos de servicios médicos cubiertos (como copagos) se consideran para calcular el monto máximo de gastos de bolsillo. La prima de su plan y los costos de medicamentos con receta no se consideran para calcular el monto máximo de gastos de bolsillo.</p>	\$6,700	<p>\$6,700</p> <p>Después de pagar gastos de bolsillo por \$6,700 para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no deberá pagar nada para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

## Sección 2.3 – Cambios de la red de proveedores

Nuestra red ha cambiado más de lo habitual para 2020. Encontrará un Directorio de proveedores y farmacias actualizado en nuestro sitio web en [www.connecticare.com/medicare](http://www.connecticare.com/medicare). También podrá llamar a Servicios para miembros para información actualizada de proveedores o pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de proveedores y farmacias. **Le recomendamos especialmente revisar el Directorio de proveedores y farmacias actual para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) aún se encuentran dentro de nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios a los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen diversos motivos por los cuales su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona su plan, usted tendrá determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:



- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos proporcionarle acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Si su proveedor abandona nuestro plan, haremos todo lo posible para avisarle con al menos 30 días de anticipación para darle tiempo para elegir a un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar con el manejo de sus necesidades del cuidado de la salud.
- Si se encuentra en tratamiento médico, tiene derecho a solicitar (y nosotros trabajaremos con usted para garantizar) que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si usted cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para sustituir su proveedor anterior, o que su atención no se está manejando apropiadamente, tiene el derecho de entablar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y manejar su atención.

---

## Sección 2.4 – Cambios de la red de farmacias

---

Los montos que paga por medicamentos con receta podrán depender de la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas estarán cubiertas *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Se han producido cambios en la red de farmacias para el próximo año. Encontrará un Directorio de proveedores y farmacias actualizado en nuestro sitio web en [www.connecticare.com/medicare](http://www.connecticare.com/medicare). También podrá llamar a Servicios para miembros para información actualizada de proveedores o pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de proveedores y farmacias. **Repase el Directorio de proveedores y farmacias de 2020 para averiguar cuáles farmacias pertenecen a nuestra red.**

---

## Sección 2.5 – Cambios de los beneficios y los costos de servicios médicos

---

Recuerde que el *Aviso anual de cambios* le indica los cambios de sus beneficios y costos de Medicare.

El año próximo cambiaremos la cobertura de determinados servicios médicos. La siguiente información describe dichos cambios. Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que cubre y lo que paga) en su Evidencia de cobertura de 2020*. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [www.connecticare.com/medicare](http://www.connecticare.com/medicare). También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
<b>Examen físico anual</b>	El examen físico anual <b>no</b> está cubierto.	El examen físico anual <b>está</b> cubierto.
<b>Servicios dentales</b>	Los servicios dentales integrales <b>no</b> están cubiertos.	Los servicios dentales integrales <b>están</b> cubiertos e incluidos. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restauraciones</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Prostodoncia</li> <li>• Cirugía oral</li> <li>• Dentaduras Parciales, Dentaduras Completas</li> </ul> Límite de beneficio anual de <b>\$1,000</b> (preventivo e integral combinado)
<b>Programas de educación de salud y bienestar</b>	SilverSneakers® <b>no</b> está cubierto.	SilverSneakers® <b>está</b> cubierto.
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b>	Se <b>podría</b> aplicar el tratamiento escalonado. Necesita autorización previa.	<b>No</b> se aplica el tratamiento escalonado. Necesita autorización previa.
<b>Servicios del programa de tratamiento con opioides</b>	Los servicios del programa de tratamiento con opioides <b>no</b> están cubiertos.	Los servicios del programa de tratamiento con opioides <b>están</b> cubiertos.  <b>Necesita autorización previa.</b>
<b>Artículos de venta libre (over the counter, OTC)</b>	Nuestro plan cubre hasta <b>\$75 por tres meses</b> para artículos elegibles.	Nuestro plan cubre hasta <b>\$50 por mes</b> para artículos elegibles.

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
<b>Transporte (Rutina)</b>	Nuestro plan cubre hasta <b>10</b> viajes de un tramo por año.  Necesita autorización previa.	Nuestro plan cubre hasta <b>24</b> viajes de un tramo por año.  Necesita autorización previa.
<b>Atención de la vista</b>	Asignación de <b>\$200</b> para anteojos de rutina cada dos años calendario.	Asignación de <b>\$300</b> para anteojos de rutina cada dos años calendario.

## Sección 2.6 – Cambios de la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

### Cambios a nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Farmacopea o “Lista de medicamentos”. La copia de nuestra lista de medicamentos se envía en formato electrónico.

Hemos realizado cambios a nuestra lista de medicamentos, incluso los cambios de los medicamentos que cubrimos y los cambios de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos. **Repase la lista de medicamentos para asegurarse de que los nuevos medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para determinar si habrá alguna restricción.**

Si está afectado por un cambio de la cobertura de medicamentos, podrá:

- **Conversar con su médico (u otro profesional autorizado para recetar) y solicitar al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
  - Para saber qué debe hacer para solicitar al plan una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o puede llamar a Servicios para miembros.
- **Converse con su médico (o profesional autorizado para recetar) para encontrar un medicamento diferente** por el que le brindamos cobertura. Puede llamar a Servicios para miembros y solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporario de un medicamento fuera de la farmacopea durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la afiliación para evitar la interrupción del tratamiento.

Si tiene una excepción para la farmacopea actual de 2019, deberá presentar una nueva solicitud de excepción para 2020. Puede presentar su solicitud de excepción de la farmacopea para 2020 antes de dicho año y, si se aprueba, la excepción de la farmacopea estará vigente a partir de 2020.

La mayoría de los cambios de la lista de medicamentos entran en vigencia al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios según lo permiten las reglas de Medicare.

Si realizamos cambios en la lista de medicamentos durante el año, usted podrá conversar con su médico (o profesional autorizado para recetar) y puede pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Asimismo, continuaremos actualizando nuestra lista de medicamentos según el cronograma y proporcionaremos otra información necesaria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar a la lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de cobertura).

### Cambios de los costos de medicamentos con receta

*Nota:* Si usted se encuentra en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos una hoja informativa separada, denominada “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben ayuda adicional para sus medicamentos con receta” (también denominado “Anexo de subsidios por bajos ingresos” o “Anexo LIS”), que le brinda información sobre los costos de sus medicamentos. Porque usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido esta hoja informativa al 30 de setiembre de 2019, llame a Servicios para miembros y solicite el “Anexo LIS”. Los números de teléfono de Servicios para miembros se encuentran en la Sección 8.1 de este manual.

Existen cuatro “etapas para el pago de medicamentos”. La cantidad que deberá pagar por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago en la que se encuentre. (Para obtener más información sobre los niveles, consulte el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura*).

La siguiente información muestra los cambios para el año próximo en las primeras dos etapas: Nivel de deducible anual y Nivel de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: Etapa de interrupción de cobertura o Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener más información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de cobertura*).

### Cambios de la etapa de deducibles

Etapa	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
<b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b>	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica a su caso.	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica a su caso.

## Cambios de los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Para obtener información sobre los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos de esta fila corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de suministro a largo plazo o para recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Su costo de suministro de un mes de surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p><b>Nivel 1 - Todos los medicamentos de la farmacopea:</b>  <i>Genéricos:</i> Usted paga de <b>\$0 a \$3.40</b> por receta médica.  <i>Marca:</i> Usted paga de <b>\$0 a \$8.50</b> por receta médica.</p> <p>El monto que paga se determina según la receta y su nivel de “Ayuda adicional”</p> <hr/> <p>Después de que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado <b>\$3,820</b>, pasará a la siguiente etapa, (la Etapa de interrupción de cobertura).</p>	<p>Su costo de suministro de un mes de surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p><b>Nivel 1 - Todos los medicamentos de la farmacopea:</b>  <i>Genéricos:</i> Usted paga de <b>\$0 a \$3.60</b> por receta médica.  <i>Marca:</i> Usted paga de <b>\$0 a \$8.95</b> por receta médica.</p> <p>El monto que paga se determina según la receta y su nivel de “Ayuda adicional”</p> <hr/> <p>Después de que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado <b>\$4,020</b>, pasará a la siguiente etapa, (la Etapa de interrupción de cobertura).</p>

## Cambios de las etapas de Interrupción en la cobertura y la de Cobertura catastrófica

La Etapa de interrupción de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica son las otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con costos elevados de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a ninguna de las etapas.**

Para obtener más información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Resumen de beneficios o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de cobertura*.

### SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Proceso	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
<b>Referidos</b>	Se requieren referidos para todas las visitas a consultorio de especialista	<b>No se</b> requieren referidos.
<b>Atención de la vista</b>	Todos los servicios de la vista deben obtenerse a través de un proveedor de la red ConnectiCare Passage.	<p><b>Los exámenes de rutina de la vista y anteojos de rutina</b> deben obtenerse a través de un proveedor de la red EyeMed<sup>®</sup> Insight. Visite el sitio web <a href="http://www.eyemedvisioncare.com">www.eyemedvisioncare.com</a> para encontrar un proveedor de la red EyeMed<sup>®</sup>.</p> <p><b>Los exámenes de diagnóstico de la vista y anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas</b> deben obtenerse a través de un proveedor de la red ConnectiCare Choice. Para más información visite el sitio web <a href="http://www.connecticare.com/medicare">www.connecticare.com/medicare</a>.</p>
<b>Servicios de audición</b>	El beneficio de audífonos se puede obtener de cualquier proveedor aprobado.	Beneficio de audífonos <b>debe</b> obtenerse de un <b>proveedor dentro de la red</b> .
<b>Medicamentos compuestos</b>	<p>Los medicamentos compuestos estarán cubiertos si <b>un</b> ingrediente es un medicamento de la Parte D de Medicare o de la farmacopea aprobada.</p> <p>Se necesita autorización previa para algunos medicamentos.</p>	<p>Los medicamentos compuestos estarán cubiertos solo si <b>todos los ingredientes</b> son un medicamento de la Parte D de Medicare o de la farmacopea aprobada.</p> <p>Se necesita autorización previa para algunos medicamentos.</p>

## SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir

### Sección 4.1 – Si quiere permanecer en ConnectiCare Choice Dual

**No deberá hacer nada más para quedarse en nuestro plan.** Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Medicare Original, quedará automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para 2020.

### Sección 4.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año; sin embargo, si desea cambiarse para 2020, deberá seguir estos pasos:

#### Paso 1: Obtenga información y compare sus opciones

- Puede unirse a un plan de salud de Medicare diferente,
- -- *O* -- Puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribirá en un plan de medicamentos de Medicare.

Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribirá en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea Medicare y usted 2020, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También podrá encontrar información sobre los planes en su área mediante el buscador de planes de Medicare o el sitio web de Medicare. Ingrese en <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Encontrar planes de salud y de medicamentos). **Aquí podrá encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

#### Paso 2: Cambio de su cobertura

- Para cambiar a un **plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se le desinscribirá automáticamente de ConnectiCare Choice Dual.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se le desinscribirá automáticamente de ConnectiCare Choice Dual.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, deberá:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para darse de baja. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 8.1 de este folleto).

- – o – Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y pida darse de baja. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos a menos que haya cancelado la inscripción automática.

## SECCIÓN 5 Cambio de planes

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, podrá hacerlo hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2020.

### ¿Puedo realizar el cambio en otros momentos del año?

En algunas situaciones, se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda adicional” para el pago de sus medicamentos, aquellas que tienen o pierden cobertura de su empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicios pueden realizar un cambio en otros momentos del año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2020 y no está satisfecho con la opción de su plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos con receta) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Connecticut, el SHIP se llama CHOICES (el programa de Connecticut para asistencia de seguro de salud, información y referidos, asesoría, evaluación de elegibilidad).

CHOICES es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar seguro de salud local **gratuito** a las personas que tienen Medicare. Los asesores de CHOICES pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de planes. Usted puede llamar a CHOICES al 1-800-994-9422. Para más información acerca de CHOICES, visite su sitio web ([www.ct.gov/agingservices](http://www.ct.gov/agingservices)).



Para preguntas sobre sus beneficios de Husky Health (Medicaid), comuníquese con Servicios para miembros de Husky Health al 1-800-859-9889. Los usuarios de TTY deben llamar al 711; el horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Husky Health (Medicaid).

## **SECCIÓN 7      Programas de ayuda de pago de medicamentos con receta**

Usted puede calificar para recibir ayuda para el pago de los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en ‘Ayuda adicional’, también denominada Subsidio por Bajos Ingresos. La Ayuda adicional le ayuda a pagar sus primas por medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Debido a que califica, no tiene interrupción en la cobertura ni recibe una sanción por inscripción tardía. Si tiene preguntas relacionadas con la Ayuda Adicional, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7 a.m. y 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia para los costos compartidos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que padecen VIH/SIDA tienen acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvar su vida. Las personas deben satisfacer determinados criterios, incluso prueba de residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos tal como lo define el estado y condición de falta de seguro o seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA de Connecticut (CADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse para el programa, llame a CADAP al 1-800-424-3310.

## **SECCIÓN 8      ¿Tiene preguntas?**

### **Sección 8.1 – Obtener ayuda de ConnectiCare Choice Dual**

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudar. Llame a Servicios para miembros al 1-800-224-2273 (solo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

## **Lea su *Evidencia de cobertura de 2020* (contiene información sobre los beneficios y los costos del próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le proporciona un resumen de los cambios de sus beneficios y costos para 2020. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura 2020* para ConnectiCare Choice Dual. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [www.connecticare.com/medicare](http://www.connecticare.com/medicare). También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.connecticare.com/medicare](http://www.connecticare.com/medicare). Le recordamos que nuestro sitio web contiene la información más actualizada de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores y farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea/lista de medicamentos).

---

## **Sección 8.2 – Obtener ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare:

### **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Podrá encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el buscador de planes de Medicare o el sitio web de Medicare. (Para ver la información relacionada con los planes, ingrese a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Encontrar planes de salud y de medicamentos]).

### **Lea *Medicare y usted 2020***

Puede leer el manual *Medicare y usted 2020*. Este folleto se envía a los afiliados a Medicare en otoño de cada año. Contiene un resumen de beneficios, derechos y protecciones de Medicare, junto con las respuestas a las preguntas más frecuentes relacionadas con Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

---

### **Sección 8.3 – Obtener ayuda de Medicaid**

---

Para obtener información de Husky Health (Medicaid), puede llamar a Servicios para miembros de Husky Health al 1-800-859-9889. Los usuarios de TTY deben llamar al 711; el horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.