



ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS) ofrecido por ConnectiCare, Inc.

Aviso anual de cambios para 2020

Actualmente está inscrito como miembro de ConnectiCare Flex Plan 2. El año próximo, los beneficios y costos del plan sufrirán algunos cambios. *Este folleto informa sobre los cambios.*

- **Podrá realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año del 15 de octubre al 7 de diciembre.**
-

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 1.5 y 2 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 1.6 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 1.3 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 y usted (Medicare y usted).
- Lea la Sección 3.2 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 Flex Plan 2, no necesita hacer nada. Se quedará en ConnectiCare Flex Plan 2.
- 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.

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 Flex Plan 2.
- **Si se adhiere a otro plan antes del 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 Flex Plan 2

- ConnectiCare, Inc. es un plan HMO / HMO-POS con un contrato de Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa ConnectiCare, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa ConnectiCare Flex Plan 2.

Resumen de costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara los costos de 2019 y 2020 para ConnectiCare Flex Plan 2 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. 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) |
|---|--|--|
| Prima mensual del plan* * Su prima podría ser mayor o menor a este monto. Para obtener más información, consulte la Sección 1.1. | \$120 | \$133 |
| Monto máximo de gastos de bolsillo 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 1.2). | \$6,000 (servicios dentro de la red) | \$6,000 (servicios dentro de la red) |
| | \$10,000 (servicios fuera de la red) | \$10,000 (servicios fuera de la red) |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|---|---|---|
| <p>Visitas al consultorio</p> | <p><u>Visitas de atención primaria:</u> <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 con un proveedor de atención primaria de Sanitas, por visita.</p> <p>Copago de \$15 con otros proveedores de atención primaria dentro de la red, por visita.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Copago de \$50 con proveedores de atención primaria fuera de la red por visita.</p> <p><u>Visitas a un especialista:</u> <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$35 por visita.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Copago de \$50 por visita.</p> | <p><u>Visitas de atención primaria:</u> <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 con un proveedor de atención primaria de Sanitas, por visita.</p> <p>Copago de \$15 con otros proveedores de atención primaria dentro de la red, por visita.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Copago de \$50 con proveedores de atención primaria fuera de la red por visita.</p> <p><u>Visitas a un especialista:</u> <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$35 por visita.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Copago de \$50 por visita.</p> |
| <p>Hospitalizaciones 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><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$375 por cada día cubierto por Medicare para los días 1-4; un copago de \$0 por cada día adicional; por cada hospitalización.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 30% del costo total por cada hospitalización cubierta por Medicare.</p> <p>Necesita autorización previa.</p> | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$375 por cada día cubierto por Medicare para los días 1-4; un copago de \$0 por cada día adicional; por cada hospitalización.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 30% del costo total por cada hospitalización cubierta por Medicare.</p> <p>Necesita autorización previa.</p> |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|---|---|--|
| <p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Para obtener más información, consulte la Sección 1.6).</p> | <p>Deducible: \$300</p> <p>Copago/coseguro según corresponda durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: <i>Farmacias estándar de la red:</i> Copago de \$9 <i>Farmacias preferidas de la red:</i> Copago de \$2 • Nivel 2 de medicamentos: <i>Farmacias estándar de la red:</i> Copago de \$20 <i>Farmacias preferidas de la red:</i> Copago de \$10 • Nivel 3 de medicamentos: <i>Farmacias estándar de la red:</i> Copago de \$47 <i>Farmacias preferidas de la red:</i> Copago de \$42 • Nivel 4 de medicamentos: <i>Farmacias estándar de la red:</i> Copago de \$100 <i>Farmacias preferidas de la red:</i> Copago de \$95 • Nivel 5 de medicamentos: <i>Farmacias estándar de la red:</i> Coseguro de 27% <i>Farmacias preferidas de la red:</i> Coseguro de 27% | <p>Deducible: \$300</p> <p>Copago/coseguro según corresponda durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: <i>Farmacias estándar de la red:</i> Copago de \$9 <i>Farmacias preferidas de la red:</i> Copago de \$2 • Nivel 2 de medicamentos: <i>Farmacias estándar de la red:</i> Copago de \$20. <i>Farmacias preferidas de la red:</i> Copago de \$10 • Nivel 3 de medicamentos: <i>Farmacias estándar de la red:</i> Copago de \$47 <i>Farmacias preferidas de la red:</i> Copago de \$42 • Nivel 4 de medicamentos: <i>Farmacias estándar de la red:</i> Copago de \$100 <i>Farmacias preferidas de la red:</i> Copago de \$95 • Nivel 5 de medicamentos: <i>Farmacias estándar de la red:</i> Coseguro de 27% <i>Farmacias preferidas de la red:</i> Coseguro de 27% |

Aviso anual de cambios para 2020

Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumen de costos importantes para 2020 | 1 |
| SECCIÓN 1 Cambios de los beneficios y los costos para el próximo año..... | 5 |
| Sección 1.1 – Cambios de la prima mensual | 5 |
| Sección 1.2 – Cambios del monto máximo de bolsillo..... | 6 |
| Sección 1.3 – Cambios de la red de proveedores..... | 6 |
| Sección 1.4 – Cambios de la red de farmacias..... | 7 |
| Sección 1.5 – Cambios de los beneficios y los costos de servicios médicos..... | 8 |
| Sección 1.6 – Cambios de la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D..... | 18 |
| SECCIÓN 2 Cambios administrativos..... | 22 |
| SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir | 24 |
| Sección 3.1 – Si quiere permanecer en ConnectiCare Flex Plan 2..... | 24 |
| Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan | 24 |
| SECCIÓN 4 Vencimiento para el cambio de planes..... | 25 |
| SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare..... | 25 |
| SECCIÓN 6 Programas de ayuda de pago de medicamentos con receta | 26 |
| SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? | 27 |
| Sección 7.1 – Obtener ayuda de ConnectiCare Flex Plan 2 | 27 |
| Sección 7.2 – Obtener ayuda de Medicare..... | 27 |

SECCIÓN 1 Cambios de los beneficios y los costos para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios de la prima mensual

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|--|-----------------|-----------------------|
| Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B). | \$120 | \$133 |
| Cobertura dental suplementaria opcional | \$34 | \$39 |

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una sanción por inscripción tardía de la Parte D por quedarse sin otra cobertura de medicamentos con receta que sea equivalente a la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si recibe un ingreso mayor, es posible que deba pagar un monto adicional todos los meses directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *inferior* si recibe “Ayuda adicional” con los costos de medicamentos con receta.

Sección 1.2 – Cambios del monto máximo 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) |
|---|--|---|
| Monto máximo de gastos de bolsillo | \$6,000 (servicios dentro de la red) | \$6,000 (servicios dentro de la red) |
| 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. | \$10,000 (servicios fuera de la red) | \$10,000 (servicios fuera de la red) Después de pagar gastos de bolsillo por \$6,000 por los servicios cubiertos dentro de la red correspondientes a la Parte A y a la Parte B y \$10,000 por los servicios cubiertos fuera de la red correspondientes a la Parte A y la Parte B, no deberá pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario. |

Sección 1.3 – Cambios de la red de proveedores

Se han producido cambios en la red de proveedores para el próximo año. Encontrará un Directorio de proveedores y farmacias actualizado en nuestro sitio web en 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. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2020 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales) 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 1.4 – 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. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que podrían ofrecerle costos compartidos más bajos que los costos compartidos estándar de otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

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. 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 1.5 – Cambios de los beneficios y los costos de servicios médicos

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 médicos (lo que cubre y lo que paga)* en su *Evidencia de cobertura de 2020*.

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|--------------------------------|--|--|
| Servicios de ambulancia | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$300 para los traslados en ambulancia de un tramo cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$300 para los traslados en ambulancia de un tramo cubiertos por Medicare.</p> <p>Se necesita autorización previa para los servicios que no fueran de emergencia cubiertos por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$300 para los traslados en ambulancia por tierra de un tramo cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total del traslado en ambulancia aérea de un tramo cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$300 para los traslados en ambulancia por tierra de un tramo cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total del traslado en ambulancia aérea de un tramo cubiertos por Medicare.</p> <p>Se necesita autorización previa para los servicios que no fueran de emergencia cubiertos por Medicare.</p> |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|---|--|---|
| <p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por los servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por los servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$100 por los servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga el 50% del costo total por los servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> |
| <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p> | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga el 20% del costo total de los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40% del costo total de los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Se necesita autorización previa para algunos servicios.</p> | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$25 por los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40% del costo total de los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Se necesita autorización previa para algunos servicios.</p> |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|---|---|---|
| <p>Atención de emergencia</p> | <p>Usted paga un copago de \$90 por atención de emergencia dentro y fuera de la red.</p> <p>(No debe pagar este monto si ingresa dentro de las 24 horas por la misma afección).</p> | <p>Usted paga un copago de \$90 por atención de emergencia dentro y fuera de la red.</p> <p>(No debe pagar este monto si ingresa dentro de 1 día por la misma afección).</p> |
| <p>Cuidado de la salud mental del paciente ingresado (Centro psiquiátrico)</p> | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$400 por día los días 1-4, un copago de \$0 por día para los días 5-90; por cada internación cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40% del costo total por cada hospitalización cubierta por Medicare.</p> <p>Necesita autorización previa.</p> | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$1,763 por cada internación cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40% del costo total por cada hospitalización cubierta por Medicare.</p> <p>Necesita autorización previa.</p> |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|---|--|---|
| <p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga el 20% del costo total de los medicamentos cubiertos por Medicare de la Parte B.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40% del costo total de los medicamentos cubiertos por Medicare de la Parte B.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B podrían estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.</p> <p>Necesita autorización previa.</p> | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga el 10% del costo total de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare a domicilio.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total de los demás medicamentos de la Parte B que cubre Medicare surtidos en una farmacia de venta al detalle, una farmacia de pedidos por correo, un consultorio y un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40% del costo total de los demás medicamentos de la Parte B que cubre Medicare a domicilio y surtidos en una farmacia al detalle, una farmacia de pedidos por correo, un consultorio y un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B no están sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.</p> <p>Necesita autorización previa.</p> |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|---|---|--|
| Servicios del programa de tratamiento con opioides | Los servicios del programa de tratamiento con opioides no están cubiertos. | <p>Los servicios del programa de tratamiento con opioides están cubiertos.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por los servicios del programa de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40% del costo total de los servicios del programa de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.</p> <p>Necesita autorización previa.</p> |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|--|--|---|
| <p>Cobertura dental suplementaria opcional</p> <p>Disponible por una prima mensual adicional.</p> | <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales preventivos y de diagnóstico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes orales (dos cada año calendario) • Radiografías de mordida (dos series cada año calendario) • Profilaxis / limpiezas (dos cada año calendario) • Radiografías panorámicas (una cada tres años) <p>Usted paga el 20% del costo total de los servicios dentales básicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restauraciones <p>Usted paga el 50% del costo total de los servicios dentales principales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endodoncia • Periodoncia • Prostodoncia • Cirugía oral • Dentaduras Parciales, Dentaduras Completas <p>Deducible de \$100</p> <p>Límite de beneficio anual de \$1,000</p> | <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales preventivos y de diagnóstico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral (uno cada seis meses) • Radiografías de mordida (una cada 6 meses) • Profilaxis/limpiezas (uno cada seis meses) • Radiografías panorámicas (una serie cada 36 meses) <p>Usted paga el 20% del costo total de los servicios dentales básicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restauraciones <p>Usted paga el 50% del costo total de los servicios dentales principales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endodoncia • Periodoncia • Prostodoncia • Cirugía oral • Dentaduras Parciales, Dentaduras Completas <p>Deducible de \$100</p> <p>Límite de beneficio anual de \$2,000</p> |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|---|---|--|
| Servicios de rehabilitación pulmonar | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>Necesita autorización previa.</p> | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$30 por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>Necesita autorización previa.</p> |
| Tecnologías de acceso remoto | <p>Las visitas a los médicos virtuales no están cubiertas.</p> | <p>Las visitas a los médicos virtuales están cubiertas.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Debe pagar un copago de \$45 por cada visita virtual. Utilice su teléfono, computadora o dispositivo móvil para recibir atención de un médico de Teladoc® para afecciones que no sean de urgencia tales como gripe, bronquitis, alergias, artritis y otras. Este servicio está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> No cubierto.</p> |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|--|--|---|
| <p>Atención de enfermería especializada (SNF)</p> | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 por cada día para el día cubierto por Medicare para los días 1-20; un copago de \$172 por cada día para los días cubiertos por Medicare 21-100; para cada período de beneficios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40% del costo total por día cubierto por Medicare para los días 1-100; por período de beneficio.</p> <p>Necesita autorización previa.</p> | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 por cada día para el día cubierto por Medicare para los días 1-20; un copago de \$178 por cada día para los días cubiertos por Medicare 21-100; o cada período de beneficios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 40% del costo total por día cubierto por Medicare para los días 1-100; por período de beneficio.</p> <p>Necesita autorización previa.</p> |
| <p>Terapia de ejercitación supervisada (SET)</p> | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por cada sesión de ejercitación supervisada (SET) cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por cada sesión de ejercitación supervisada (SET) cubierta por Medicare.</p> <p>Necesita autorización previa.</p> | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$30 por cada sesión de ejercitación supervisada (SET) cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por cada sesión de ejercitación supervisada (SET) cubierta por Medicare.</p> <p>Necesita autorización previa.</p> |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|-------------------------------------|---|--|
| Atención urgente y necesaria | Usted paga un copago de \$35 por visita para servicios de urgencia cubiertos por Medicare. (El copago se exime si ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección). | Usted paga un copago de \$35 por visita para servicios de urgencia cubiertos por Medicare. (El copago no se exime si ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección). |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|-----------------------------|--|---|
| Atención de la vista | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada prueba de glaucoma no preventiva cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. (Las gafas deben obtenerse dentro de los 12 meses posteriores a la cirugía de cataratas).</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por exámenes oculares de rutina por hasta una visita por año.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$50 por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por cada prueba de glaucoma no preventiva cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. (Las gafas deben obtenerse dentro de los 12 meses posteriores a la cirugía de cataratas).</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por cada visita de rutina de revisión de visión, hasta una visita por año.</p> | <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada prueba de glaucoma no preventiva cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. (Las gafas deben obtenerse dentro de los 12 meses posteriores a la cirugía de cataratas).</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada visita de rutina de revisión de visión, hasta una visita por año.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> El cuidado de la vista obtenido fuera de la red no está cubierto.</p> |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|--|--|---|
| Atención de emergencia/urgente y necesaria en todo el mundo | Usted paga un copago de \$90 por los servicios de atención de emergencia/urgencia en todo el mundo. (No debe pagar este monto si ingresa dentro de las 24 horas por la misma afección). | Usted paga un copago de \$90 por los servicios de atención de emergencia/urgencia en todo el mundo. (No debe pagar este monto si ingresa dentro de 1 día por la misma afección). |

Sección 1.6 – 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.
- **Conversar 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. Si 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 7.1 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 información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en 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*.

Cambios de la etapa de deducibles

| Etapa | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|--|---|---|
| <p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (Medicamentos especiales) hasta alcanzar el deducible anual.</p> | <p>El deducible es \$300.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga los costos compartidos estándar de \$9 y los costos compartidos preferidos de \$2 para los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos).</p> <p>\$20 de costos compartidos estándar y \$10 de costos compartidos preferidos para los medicamentos del Nivel 2 (Medicamentos genéricos);</p> <p>y el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (Medicamentos especiales) hasta alcanzar el deducible anual.</p> | <p>El deducible es \$300.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga los costos compartidos estándar de \$9 y los costos compartidos preferidos de \$2 para los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos).</p> <p>\$20 de costos compartidos estándar y \$10 de costos compartidos preferidos para los medicamentos del Nivel 2 (Medicamentos genéricos);</p> <p>y el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (Medicamentos especiales) hasta alcanzar el deducible anual.</p> |

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>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Después de pagar el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</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.</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>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en la lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, deberá buscarlos en la lista de medicamentos.</p> | <p>Su costo de suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (Genérico preferido) <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$9 por receta médica. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$2 por receta médica.</p> <p>Nivel 2 (Genérico) <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$20 por receta médica. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$10 por receta médica.</p> <p>Nivel 3 (Marca preferida) <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$47 por receta médica. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$42 por receta médica.</p> <p>Nivel 4 (No preferido) <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$100 por receta médica. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$95 por receta médica.</p> <p>Nivel 5 (Especiales) <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga el 27% del costo total. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga el 27% del costo total.</p> | <p>Su costo de suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (Genérico preferido) <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$9 por receta médica. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$2 por receta médica.</p> <p>Nivel 2 (Genérico) <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$20 por receta médica. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$10 por receta médica.</p> <p>Nivel 3 (Marca preferida) <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$47 por receta médica. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$42 por receta médica.</p> <p>Nivel 4 (No preferido) <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$100 por receta médica. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$95 por receta médica.</p> <p>Nivel 5 (Especiales) <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga el 27% del costo total. <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga el 27% del costo total.</p> |
| | <p>Después de que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado \$3,820, pasará a la siguiente etapa, (la Etapa de interrupción de cobertura).</p> | <p>Después de que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado \$4,020, 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

Las otras dos etapas de cobertura, la etapa de Interrupción de cobertura y la de Cobertura catastrófica, corresponden a personas con costos de medicamentos elevados. **La mayoría de los miembros no llegan a la 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*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

| Proceso | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|--------------------------|--|---|
| Área de servicios | El área de servicios significa: Hartford, Litchfield, Middlesex, Tolland. | El área de servicios significa: Fairfield, Hartford, Litchfield, Middlesex, New Haven, New London, Tolland, Windham |
| Red regional | Usted tiene acceso a todos los proveedores de la red de ConnectiCare Choice. | Usted tiene acceso a proveedores de la red de ConnectiCare Choice y ahora puede obtener la mayoría de los servicios de proveedores de la red EmblemHealth VIP Prime en Nueva York también. Para obtener más información sobre los servicios que puede recibir de los proveedores VIP Prime, visite www.connecticare.com/medicare . |

| Proceso | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|---|--|---|
| Atención de la vista | Todos los servicios de la vista deben obtenerse a través de un proveedor de la red ConnectiCare Choice. | <p>Los exámenes de rutina de la vista deben obtenerse a través de un proveedor de la red EyeMed[®] Insight. Visite el sitio web www.eyemedvisioncare.com para encontrar un proveedor de la red EyeMed[®].</p> <p>Los exámenes de diagnóstico de la vista y anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas deben obtenerse a través de un proveedor de la red ConnectiCare Choice. Para más información visite el sitio web www.connecticare.com/medicare.</p> |
| Inscripción en los beneficios suplementarios opcionales | Puede inscribirse en beneficios suplementarios opcionales durante el Período de elección anual (AEP) o un Período de inscripción especial (SEP). | La inscripción en los beneficios suplementarios opcionales está disponible fuera del Período de elección anual (AEP) o un Período de inscripción especial (SEP). |
| Nivel de excepción de la farmacoepa de la Parte D (Si se aprueba su solicitud de excepción de un medicamento fuera de la farmacoepa, pagará el costo compartido de los medicamentos de este nivel). | Nivel 4 | Nivel 5 |

| Proceso | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|--------------------------------|---|---|
| Medicamentos compuestos | Los medicamentos compuestos estarán cubiertos si un ingrediente es un medicamento de la Parte D de Medicare o de la farmacopea aprobada. Se necesita autorización previa para algunos medicamentos. | Los medicamentos compuestos estarán cubiertos solo si todos los ingredientes son un medicamento de la Parte D de Medicare o de la farmacopea aprobada. Se necesita autorización previa para algunos medicamentos. |

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si quiere permanecer en ConnectiCare Flex Plan 2

No deberá hacer nada más para quedarse en nuestro plan. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para 2020.

Sección 3.2 – 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 inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente en el momento adecuado,
- *O--* Puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribirá en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 relacionada con una posible sanción por inscripción tardía a la Parte D.

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 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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.**

Le recordamos que ConnectiCare, Inc, ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes podrán tener diferencias de cobertura, primas anuales y montos de gastos compartidos.

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 Flex Plan 2.
- 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 Flex Plan 2.
- 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 7.1 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.

SECCIÓN 4 Vencimiento para el cambio de planes

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, podrá hacerlo del **15 de octubre al 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. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

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 más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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).

SECCIÓN 6 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.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus costos de medicamentos con receta. Si califica, Medicare podrá pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluso primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Además, las personas que califican no tendrán una interrupción en la cobertura ni recibirán una sanción por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si califica, llame al:
 - 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 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Obtener ayuda de ConnectiCare Flex Plan 2

¿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 Flex Plan 2. 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. 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. 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 7.2 – 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.