

# **ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP)**

## Plan Medicare Advantage

# **Resumen de beneficios de 2020**

Este es un resumen de servicios de salud y medicamentos cubiertos por ConnectiCare Insurance Company, Inc., del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020.

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



# Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP)

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

**ConnectiCare Insurance Company, Inc.** es un plan HMO D-SNP de Medicare Advantage con un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Connecticut. 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, consulte su "Evidencia de cobertura". Puede encontrar este documento en nuestro sitio web [connecticare.com/medicare](http://connecticare.com/medicare), o bien puede llamarnos a los números de teléfono que se indican a continuación y le enviaremos una copia.

## Inscripción y elegibilidad

Para unirse y seguir siendo elegible para ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP), debe:

- Ser elegible para la Parte A de Medicare
- Estar inscrito en la Parte B de Medicare
- Estar inscrito en el Programa de Medicaid de Connecticut (HUSKY)
- Residir en nuestra área de servicio

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

## ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

ConnectiCare Choice Dual cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no son parte de nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios, excepto en casos de emergencia.

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos 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](http://connecticare.com/medicare). O bien llámenos y le enviaremos una copia.

Su costo compartido será el mismo si compra sus medicamentos cubiertos de la Parte D en una de las farmacias "preferidas" de nuestra red o en una de nuestras farmacias "estándar".

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

Puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web [connecticare.com/medicare](http://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](http://connecticare.com/medicare).

Número de teléfono gratuito: 1-877-224-8220. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del este.

## Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP)

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

<b>Primas y beneficios</b>	<b>ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP)</b>	<b>Lo que debe saber</b>
Prima del plan mensual	No paga nada	La "Ayuda adicional" se encarga de pagar la prima de su plan en su nombre. (Consulte la página I-9 para obtener más información sobre la "Ayuda adicional"). Asimismo, usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid u otro tercero la paguen.
Deducible	No paga nada	
Monto máximo de gastos de bolsillo ( <i>no incluye medicamentos de venta bajo receta</i> )	\$6,700	Este es el máximo que paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos durante el año.
Cobertura de pacientes hospitalizados	No paga nada	Se requiere autorización previa.
Cobertura de pacientes ambulatorios:		
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	No paga nada	Algunos servicios requieren autorización previa.
• Centros de cirugía ambulatoria	No paga nada	Algunos servicios requieren autorización previa.
Visitas médicas:		
• Proveedor de atención primaria (PCP)	No paga nada	No se requieren derivaciones para este plan.
• Especialistas	No paga nada	
Atención preventiva	No paga nada	Incluye examen físico anual, vacuna contra la gripe, examen de detección de cáncer colorrectal, mamografía de detección y cualquier otro tipo de atención preventiva.
Atención de emergencia	No paga nada	
Servicios de atención urgente	No paga nada	

# Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP)

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

<b>Primas y beneficios</b>	<b>ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP)</b>	<b>Lo que debe saber</b>
Atención urgente/de emergencia en todo el mundo ( <i>cobertura fuera de los Estados Unidos y territorios de los EE. UU.</i> )	Sin cobertura	
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de radiología de diagnóstico (<i>p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI]</i>)</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico</li> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios</li> </ul>	No paga nada  No paga nada  No paga nada  No paga nada	Se requiere autorización previa.  Algunos servicios requieren autorización previa.  Algunos servicios requieren autorización previa.  Algunos servicios requieren autorización previa.
Servicios de audición: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de audición</li>         <li>• Audífonos</li> </ul>	No paga nada       Evaluación y ajuste: No paga nada  Asignación máxima de \$1,500 cada tres años	Usted tiene cobertura para un examen de audición de rutina por año. También tiene cobertura para exámenes de diagnóstico y tratamiento de problemas de audición y equilibrio.       Cubre únicamente los audífonos.

# Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP)

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

<b>Primas y beneficios</b>	<b>ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP)</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<p>Servicios dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios preventivos y de diagnóstico: Incluye exámenes bucales, limpiezas, radiografías de aleta de mordida y radiografías panorámicas Panorex o serie completa</li> <li>• Servicios básicos (<i>servicios de restauración menores</i>)</li> <li>• Servicios integrales:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración</li> <li>• Endodoncia, periodoncia, extracciones</li> <li>• Prótesis, otras cirugías bucales/maxilofaciales, otros servicios</li> </ul> </li> </ul>	<p>No paga nada</p> <p>No paga nada</p> <p>No paga nada</p> <p>No paga nada</p> <p>Límite anual de \$1,000 sobre todos los servicios dentales, incluida la atención preventiva</p>	<p>Cubre hasta un examen bucal y una limpieza cada 6 meses.</p>
<p>Servicios de la visión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de la visión</li> <li>• Anteojos, de rutina</li> <li>• Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> </ul>	<p>No paga nada</p> <p>Asignación de \$300 para anteojos cada dos años</p> <p>No paga nada</p>	<p>Usted tiene cobertura para un examen de la visión de rutina por año.</p> <p>Tiene cobertura para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares.</p> <p>Los anteojos de rutina deben ser distribuidos por los proveedores participantes de EyeMed. Visite <a href="https://www.eyemedvisioncare.com">https://www.eyemedvisioncare.com</a>, haga clic en "find a provider" (buscar un proveedor) y, en el menú desplegable, elija "select network" (elegir red) o llame gratis al 1-833-337-3134.</p> <p>Debe obtener los anteojos en un plazo de 12 meses después de la cirugía.</p>

# Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP)

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

<b>Primas y beneficios</b>	<b>ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP)</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<p>Servicios de salud mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita de pacientes hospitalizados</li> <li>• Visita de pacientes ambulatorios</li> </ul>	<p>No paga nada</p> <p>No paga nada</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Centros de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>No paga nada</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 recibido atención hospitalaria o atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No se aplican límites a la cantidad de períodos de beneficios.</p>
<p>Terapia física</p>	<p>No paga nada</p>	
<p>Ambulancia (<i>aérea y terrestre</i>)</p>	<p>No paga nada</p>	<p>Algunos servicios que no son de emergencia requieren autorización previa.</p>
<p>Transporte (<i>no emergencia</i>)</p>	<p>No paga nada</p>	<p>El beneficio se limita a 24 viajes en una sola dirección.</p> <p>Los servicios de transporte que no son de emergencia deben ofrecer traslados de ida y vuelta a los centros aprobados por el plan. Se requiere una notificación previa para programar traslados mediante el servicio de transporte que no es de emergencia.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p>	<p>No paga nada</p>	<p>Cubrimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su médico.</p> <p>Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa.</p>

## Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP)

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

<b>Primas y beneficios</b>	<b>ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP)</b>	<b>Lo que debe saber</b>
Atención de los pies (servicios de podología): <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento y exámenes de los pies</li></ul>	No paga nada	Si tiene lesiones nerviosas relacionadas con la diabetes y/o cumple ciertos criterios, se cubren los tratamientos y los exámenes.
Atención quiropráctica <i>Se cubre solamente la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de su columna vertebral se salen de su posición).</i>	No paga nada	
Terapia ocupacional, del habla y del lenguaje	No paga nada	
Terapia cardíaca y pulmonar	No paga nada	La terapia de rehabilitación pulmonar requiere autorización previa.
Atención de la salud en el hogar	No paga nada	Se requiere autorización previa.
Cuidados paliativos	No paga nada	Medicare Original, y no nuestro plan, pagará los servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal.

# Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP)

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

<b>Primas y beneficios</b>	<b>ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP)</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<p>Equipo/suministros médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero (p. ej., sillas de rueda, oxígeno)</li> <li>• Prótesis/suministros médicos (p. ej., férulas, extremidades artificiales)</li> </ul>	<p>No paga nada</p> <p>No paga nada</p>	<p>Algunos servicios requieren autorización previa.</p> <p>Algunos servicios requieren autorización previa.</p>
<p>Capacitación y suministros para la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para la diabetes (incluyen suministros de control y calzados o plantillas terapéuticos)</li> <li>• Educación sobre nefropatía</li> </ul>	<p>No paga nada</p> <p>No paga nada</p>	
<p>Artículos de venta libre elegibles</p>	<p>Cubre hasta \$50 por mes</p> <p>Beneficio máximo de \$600 por año</p>	<p>Si no utiliza el beneficio completo de \$50 en un mes, el monto no utilizado no se traslada al próximo mes.</p> <p>Para consultar el saldo de la tarjeta, llame al 1-888-682-2400 o visite el siguiente enlace: <a href="https://www.otcnetwork.com/">https://www.otcnetwork.com/</a>.</p>
<p>Programas de bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea directa de enfermería</li> <li>• Acondicionamiento físico</li> </ul>	<p>No paga nada</p> <p>No paga nada</p>	<p>Incluye un servicio de línea directa de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los miembros pueden hablar de manera confidencial y personalizada con un enfermero certificado, en cualquier momento. Los enfermeros están capacitados en triaje telefónico y brindarán apoyo clínico para problemas de salud y preguntas cotidianos. Llame al 1-877-489-0963 si tiene consultas médicas y de salud que no son de emergencia.</p> <p>Incluye el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®.</p>



# Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP)

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

## Medicamentos de venta bajo receta para pacientes ambulatorios

Como miembro de ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP), usted está inscrito automáticamente en la cobertura de medicamentos de venta bajo receta de la Parte D de Medicare. Debido a su elegibilidad para Medicaid (HUSKY), usted debe recibir Ayuda adicional del gobierno (Subsidio por bajos ingresos) como ayuda para pagar sus medicamentos de venta bajo receta.

“Ayuda adicional” significa que usted recibirá ayuda para pagar su prima de la Parte D de Medicare, el deducible anual (la suma que usted paga antes de que su plan comience a pagar) y los costos compartidos de los medicamentos de venta bajo receta (la suma que usted paga por un medicamento cubierto).

### Costos de los medicamentos de venta bajo receta

Consulte la tabla que se encuentra en la siguiente página para conocer el costo compartido de un mes de suministro de un medicamento. Le enviaremos un inserto por separado denominado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar medicamentos de venta bajo receta” (Anexo LIS), en el cual se le informa sobre su cobertura de medicamentos. Debido a que usted es elegible para recibir “Ayuda adicional” o un “Subsidio por bajos ingresos” (LIS), la cantidad que usted paga es determinada por la receta y su LIS. Consulte su Anexo LIS y/o la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre lo que paga.

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual “**Medicare y usted**”. Consúltelo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de un dispositivo TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## Resumen de beneficios: ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP)

Del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

### Costo compartido de los medicamentos de venta bajo receta de la Parte D para un suministro de 30 días de medicamentos cubiertos

Los costos compartidos pueden cambiar al entrar en otra fase del beneficio de la Parte D.

Nombre del nivel	Etapa de cobertura inicial	Etapa sin cobertura	Etapa de cobertura en caso de catástrofe
Todos los medicamentos del formulario	Medicamentos genéricos: de \$0 a \$3.60 Medicamentos de marca comercial: de \$0 a \$8.95 El monto que paga está determinado por la receta y su subsidio por bajos ingresos (LIS). Consulte su Anexo LIS y/o la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre lo que paga.		\$0

Su costo no cambiará sin importar dónde compre sus medicamentos de venta bajo receta de la Parte D. Esto incluye nuestras farmacias "preferidas" o "estándar", pedidos por correo, atención a largo plazo o infusión en el hogar.

# Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

## Declaración de beneficios de Medicaid y protecciones de los costos compartidos

### Elegibilidad

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

### Costos compartidos y protecciones de los costos compartidos para todos los miembros

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

Si recibe servicios cubiertos de un proveedor no participante, es posible que se le exija pagar un costo compartido de acuerdo con su condición de Medicaid, que se detalla a continuación.

- Si usted es un Beneficiario calificado de Medicare que recibe Medicaid, **no se le exigirá** que pague un costo compartido.
- Si usted es un Beneficiario de bajos ingresos específico de Medicare o un Beneficiario de doble elegibilidad que recibe Medicaid, a usted **se le exigirá** que pague un costo compartido.

### Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY)

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

Beneficios	Limitaciones
<b>Acupuntura</b>	Se cubre cuando es necesaria por razones médicas. Se aplican las reglas de cobertura de Medicaid.
<b>Pruebas/inyecciones para alergias</b>	Se cubre cuando son necesarias por razones médicas.
<b>Ambulancia: Ambulancia aérea y terrestre de emergencia</b>	Solamente para emergencias (Llame al 911 para pedir una ambulancia terrestre de emergencia).
<b>Ambulancia: Ambulancia aérea que no sea para emergencias</b>	Al proveedor apropiado más cercano para un servicio aprobado. Comuníquese con Veyo, una compañía de Total Transit, al 1.855.478.7350 o visite <a href="http://ct.ridewithveyo.com">ct.ridewithveyo.com</a> .
<b>Salud del comportamiento</b> <i>(Salud mental y tratamiento por uso de sustancias)</i>	Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios en centros de salud independientes para pacientes ambulatorios</li><li>• Servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes ambulatorios</li><li>• Servicios clínicos en centros independientes de salud mental y atención ambulatoria por uso de sustancias</li><li>• Servicios de hospitalización psiquiátrica de emergencia y para pacientes hospitalizados</li><li>• Servicios individuales de profesionales médicos</li></ul> Para obtener información detallada sobre la cobertura de beneficios, contáctese con Connecticut Behavioral Health Partnership en <a href="http://www.ctbhp.com">www.ctbhp.com</a> o llamando al 1.877.552.8247.

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY)

Beneficios	Limitaciones
<b>Anticonceptivos</b>	Se requiere receta para todos los métodos anticonceptivos que se pueden obtener en una farmacia. Se aplican límites mensuales para los condones. La píldora del día después Plan B también se cubre con una receta.
<b>Cuidados cardíacos</b> <i>(incluye las pruebas de diagnóstico y detección)</i>	Se cubre cuando son necesarios por razones médicas.
<b>Programa de rehabilitación cardíaca</b>	Se cubre cuando es necesario por razones médicas. Se requiere autorización previa.
<b>Atención quiropráctica</b>	<b>Desde el nacimiento hasta los 20 años de edad:</b> Se limita a ciertos servicios específicos proporcionados por un quiropráctico independiente o dentro de una clínica/centro de salud. <b>Más de 21 años de edad:</b> Se limita solamente a ciertos servicios específicos proporcionados en un centro de salud aprobado por el gobierno federal.
<b>Servicios dentales</b>	Servicios dentales preventivos e integrales cubiertos. Para obtener información detallada sobre la cobertura de beneficios, contáctese con Dental Health Partnership en <a href="http://www.ctdhp.com">www.ctdhp.com</a> o llamando al 1.855.283.3682.
<b>Díálisis</b>	Se cubre cuando es necesaria por razones médicas.
<b>Pañales y suministros para la incontinencia en adultos</b>	<b>Desde el nacimiento hasta los 2 años de edad:</b> Sin cobertura. <b>Más de 3 años de edad:</b> Se cubre cuando son necesarios por razones médicas. Se requiere receta.
<b>Suministros para diabéticos como:</b> <i>monitores de glucosa en sangre, toallitas húmedas con alcohol, tiras de prueba (de orina, de sangre o reactivas), lancetas</i>	<b>Desde el nacimiento hasta los 20 años de edad:</b> Se cubren mediante el beneficio de farmacia o el beneficio de equipo médico. <b>Más de 21 años de edad:</b> Se cubren solamente mediante el beneficio de equipo médico. <i>La insulina está cubierta para todas las edades mediante el beneficio de farmacia.</i>
<b>Calzado/plantillas para pie diabético</b>	<b>Más de 21 años de edad:</b> Se cubren 2 pares por año calendario sin autorización previa.
<b>Servicios de emergencia/atención urgente</b>	<b>Dentro del estado:</b> Se cubren en un hospital o a través de un proveedor de atención urgente. <b>Fuera del estado:</b> No están cubiertos a menos que la visita sea necesaria por razones médicas Y el proveedor se inscriba en HUSKY. <b>Fuera del país:</b> Los servicios de emergencia no están cubiertos cuando se reciben fuera de los EE. UU. o de los territorios de los EE. UU.
<b>Cuidado de los ojos/ anteojos</b> <i>(véase también Atención de la visión)</i>	<b>Anteojos - Más de 21 años de edad:</b> Se aplican algunos límites a los tipos de marcos y lentes. Los límites también se aplican a la frecuencia con la que puede comprar anteojos. <b>Lentes de contacto:</b> Solo se cubren para ciertos diagnósticos.
<b>Planificación familiar</b> (para atención continua) <i>(incluye anticonceptivos, exámenes, pruebas y tratamientos para enfermedades de transmisión sexual y VIH. Véase también Anticonceptivos y Maternidad)</i>	Se cubre cuando son necesarios por razones médicas.
<b>Análisis genéticos</b>	Se cubre cuando son necesarios por razones médicas.

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY)

Beneficios	Limitaciones
<b>Ginecología</b>	Se cubre cuando es necesaria por razones médicas.
<b>Exámenes de audición</b>	Se cubre cuando son necesarios por razones médicas.
<b>Audífonos</b>	<b>HUSKY A, C, D:</b> 1 par cada 3 años.
<b>Baterías para audífonos</b>	Se requiere receta.
<b>Atención de la salud en el hogar:</b>	
<b>Visitas a domicilio de enfermeros especializados</b>	Se cubre cuando son necesarias por razones médicas. <b>Visitas por maternidad:</b> Se limitan a servicios para mujeres con embarazos de alto riesgo.
<b>Visitas a domicilio de un asistente para atención de la salud en el hogar</b>	Debe proporcionar cuidados físicos prácticos ( <i>para alimentar, bañar, ir al baño, vestir o caminar</i> ). Los servicios de custodia o de ama de casa/acompañante no están cubiertos.
<b>Visitas a domicilio de terapia física (PT), terapia ocupacional (OT) y/o terapia del habla (ST).</b>	Se cubre cuando son necesarias por razones médicas.
<b>Visitas prolongadas a domicilio de enfermeros especializados (turnos de cuidado)</b>	Se cubre cuando son necesarias por razones médicas.
<b>Cuidados paliativos a domicilio</b> <i>Los cuidados paliativos tienen como objetivo la comodidad y el alivio de los síntomas de los enfermos terminales. Por lo general, no incluye un tratamiento destinado a curar. Para obtener información sobre los cuidados paliativos para pacientes hospitalizados, consulte Atención paliativa para pacientes hospitalizados.</i>	Los servicios paliativos están disponibles para los miembros a los que se les diagnostica una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos. <b>Desde el nacimiento hasta los 20 años de edad:</b> Los miembros pueden recibir tratamiento destinado a la curación al mismo tiempo que reciben cuidados paliativos.
<b>Servicios a domicilio de infusión en el hogar (medicamentos intravenosos en el hogar)</b>	<b>Desde el nacimiento hasta los 20 años de edad:</b> Se cubre cuando es necesaria por razones médicas. <b>Más de 21 años de edad:</b> La agencia de atención médica domiciliaria les enseñará a los miembros a administrarse sus propios medicamentos.
<b>Visitas de enfermeros a domicilio para afecciones relacionadas con la salud del comportamiento</b>	Se cubre cuando son necesarias por razones médicas. Para obtener información detallada sobre la cobertura de beneficios, contáctese con Connecticut Behavioral Health Partnership en <b>www.ctbhp.com</b> o llamando al 1.877.552.8247.
<b>Atención paliativa para pacientes hospitalizados</b> <i>La atención paliativa tiene como objetivo la comodidad y el alivio de los síntomas de los enfermos terminales. Por lo general, no incluye un tratamiento destinado a curar.</i>	Los servicios paliativos para pacientes hospitalizados están disponibles para los miembros a los que se les diagnostica una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos.

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY)

Beneficios	Limitaciones
<b>Atención hospitalaria:</b>	
<b>Pacientes hospitalizados</b>	Las hospitalizaciones y las visitas del médico mientras usted está hospitalizado están cubiertas cuando son necesarias por razones médicas.
<b>Pacientes ambulatorios</b>	Se cubre cuando es necesaria por razones médicas.
<b>Atención hospitalaria especializada a largo plazo</b>	Se cubre cuando es necesaria por razones médicas.
<b>Servicios de análisis clínicos</b>	Se cubre cuando son necesarios por razones médicas.
<b>Atención a largo plazo en centros de enfermería especializada</b>	Se cubre cuando es necesaria por razones médicas.
<b>Maternidad (prenatal, parto y posparto)</b> <b>Extractores de leche</b>	<b>Nacimientos en el hospital:</b> Sin limitaciones. <b>Nacimientos en el hogar:</b> Cubierto. <b>Extractores de leche:</b> Se cubren cuando nace el bebé. Se requiere una receta a nombre de la madre. <b>Clases de preparación para el parto/Lamaze:</b> Sin cobertura.
<b>Equipo médico</b> (para uso en el hogar) <i>Definición: Equipo reutilizable que puede resistir el uso repetido y que generalmente se utiliza para fines médicos. Incluye artículos como andadores, sillas de ruedas, equipos para la apnea del sueño, extractores de leche, etc.</i>	Debe ser necesario por razones médicas y debe cumplir con la definición de Equipo médico (ver Beneficios). Se requiere receta.
<b>Suministros médicos</b> <i>Descartables como gasas, guantes, jeringas</i>	Se requiere receta.
<b>Salud mental</b>	Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en centros de salud independientes para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios clínicos en centros independientes de salud mental y atención ambulatoria por uso de sustancias</li> <li>• Servicios de hospitalización psiquiátrica de emergencia y para pacientes hospitalizados</li> <li>• Servicios individuales de profesionales médicos</li> </ul> Para obtener información detallada sobre la cobertura de beneficios, contáctese con Connecticut Behavioral Health Partnership en <a href="http://www.ctbhp.com">www.ctbhp.com</a> o llamando al 1.877.552.8247.
<b>Naturopatía</b>	<b>Desde el nacimiento hasta los 20 años de edad:</b> Se limita a algunos servicios específicos; se cubre cuando es necesaria por razones médicas. <b>Más de 21 años de edad:</b> La atención está cubierta solo cuando se presta en un hospital o una clínica ambulatoria.
<b>Asesoramiento nutricional</b>	El asesoramiento nutricional está cubierto cuando lo presta un médico, enfermero registrado de práctica avanzada (APRN) o asistente médico como parte de una visita al consultorio o cuando es parte de una visita en una clínica o un centro de salud comunitario. El asesoramiento nutricional con un nutricionista independiente certificado no está cubierto.

## Beneficios cubiertos por Medicaid (HUSKY)

Beneficios	Limitaciones
<b>Ortopedia</b> <i>Plantillas recetadas con soporte hechas a medida para tratar problemas en los pies y los tobillos</i>	Se cubre cuando es necesaria por razones médicas.
<b>Farmacia</b> <i>Medicamentos de venta bajo receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos</i>	Se requiere una receta incluso para los medicamentos de venta libre (vitaminas, medicamentos y suplementos) que están cubiertos; se aplican algunos límites. Algunas recetas requieren autorización previa.
<b>Prótesis</b> <i>Un dispositivo artificial que reemplaza una parte del cuerpo que falta. La parte del cuerpo puede faltar debido a un traumatismo, una enfermedad o una afección congénita.</i>	Se cubre cuando es necesaria por razones médicas.
<b>Servicios de rehabilitación:</b> <b>Pacientes ambulatorios</b> <i>Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla</i> <b>Pacientes hospitalizados</b> <i>Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla (Para solicitar servicios a domicilio, véase Atención de la salud en el hogar)</i>	Cubierto.
<b>Cirugía:</b>	
<b>Bariátrica</b>	Se cubre cuando es necesaria por razones médicas.
<b>Estética</b>	Las cirugías que se consideran estéticas no están cubiertas.
<b>Pacientes hospitalizados</b>	Se cubre cuando es necesaria por razones médicas.
<b>Pacientes ambulatorios</b>	Se cubre cuando es necesaria por razones médicas.
<b>Reconstructiva</b>	Se cubre cuando es necesaria por razones médicas.
<b>Cirugía transgénero/ de cambio de sexo</b>	Se cubre cuando es necesaria por razones médicas.
<b>Transporte para acudir a citas médicas</b>	Debe ser transporte para recibir un servicio que HUSKY cubre. Comuníquese con Veyo, una compañía de Total Transit, al 1.855.478.7350 o visite <a href="http://ct.ridewithveyo.com">ct.ridewithveyo.com</a> .
<b>Atención urgente/consultas médicas sin cita previa (dentro del estado)</b>	Se cubre cuando son necesarias por razones médicas.
<b>Atención de la visión, anteojos y lentes de contacto</b> <i>(véase también Cuidado de los ojos/ Anteojos)</i>	<b>Anteojos - Más de 21 años de edad:</b> Se aplican algunos límites a los tipos de marcos y lentes. Los límites también se aplican a la frecuencia con la que puede comprar anteojos. <b>Lentes de contacto:</b> Solo se cubren para ciertos diagnósticos.
<b>Pelucas</b>	Se requiere receta. Comuníquese con Servicios para la Participación de los Miembros al 1.800.859.9889.

Para obtener información sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de Connecticut al 1-800-842-1508 o visite [www.ct.gov/dss](http://www.ct.gov/dss).



ConnectiCare Insurance Company, Inc. es un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Connecticut. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al 1-877-224-8220 (TTY: 711). SilverSneakers® es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. ©2020 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. ©2019 ConnectiCare, Inc. & Affiliates



# Lista de verificación previa a la inscripción 2020

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: 711). Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del este, hora estándar del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar 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](https://connecticare.com/medicare) o llame al 1-877-224-8220 (TTY: 711) 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 acude para obtener sus medicina de venta bajo receta forme parte de la red. Si la farmacia no figura allí, significa que probablemente deba seleccionar una nueva farmacia donde obtener sus medicamentos.

## Comprenda las reglas importantes

- Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2021.
- Excepto en casos de emergencia o situaciones urgentes, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Este plan es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP). Usted podrá inscribirse luego de que se verifique que usted es elegible para Medicare y asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.

**ConnectiCare**

ConnectiCare Insurance Company, Inc. es un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Connecticut. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato. ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-224-2273 (TTY: 711). ©2019 ConnectiCare, Inc. & Affiliates