

Planes de CarePartners de Connecticut HMO | 2019

Resumen de Beneficios

Este Resumen de Beneficios comprende planes en los siguientes condados de Connecticut: Hartford, Litchfield, New Haven, New London, Tolland y Windham.

CareAdvantage Preferred
CareAdvantage Prime
CareAdvantage Premier

La información que se brinda sobre los beneficios es un resumen de lo que nosotros cubrimos y lo que usted paga. No menciona cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener la lista completa de los servicios que cubrimos, llame a Servicio al cliente y solicite la “Evidencia de cobertura”, o visite el sitio carepartnersct.com.

En vigencia desde el 1 de enero de 2019 al
31 de diciembre de 2019

H5273_2019_124_M_SPA



RESUMEN DE BENEFICIOS

1 de enero de 2019 - 31 de diciembre de 2019

Tiene diferentes opciones para obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare sin costo). Original Medicare depende directamente del gobierno federal.
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare afiliándose a un plan de salud de Medicare (como CarePartners de Connecticut).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto con el Resumen de Beneficios le ofrece una descripción breve de lo que CarePartners de Connecticut cubre y lo que usted paga.

- Si quiere comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes los folletos con el Resumen de Beneficios. También puede utilizar el Buscador de Planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>.
- Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise el manual “Medicare y Usted” vigente. Acceda 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 con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Información importante sobre CarePartners de Connecticut

Horario de atención

- Del 1 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 del este).
- Del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del este).

Números de teléfono y sitio web de CarePartners de Connecticut

- Si ya es miembro de este plan, llame sin costo al 1-888-341-1507 (TTY: 711).
- Si no es miembro de este plan, llame sin costo al 1-844-267-2321 (TTY: 711).
- Nuestro sitio web: carepartnersct.com

¿Quién puede afiliarse?

Para afiliarse a CarePartners de Connecticut, debe beneficiarse de Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y residir en nuestra área de servicio.

El área de servicio para los planes descritos en este documento comprende los siguientes condados de Connecticut: Hartford, Litchfield, New Haven, New London, Tolland y Windham.

¿A qué médicos, hospitales y farmacias puedo recurrir?

CarePartners de Connecticut tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores.

Si recurre a un proveedor que no forme parte de nuestra red, el plan no podrá pagar por estos servicios.

Por lo general, debe utilizar farmacias de nuestra red para que surtan sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D.

Puede consultar nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias del plan en nuestro sitio web (carepartnersct.com).

O llámenos y le enviaremos una copia del Directorio de Proveedores y Farmacias.

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille y letra grande.

¿Qué cubrimos?

Cubrimos todo lo que cubre Original Medicare, y más.

- Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, es posible que usted pague más en nuestro plan que lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, es posible que pague menos.
- Los miembros de nuestro plan también obtienen más de lo que está cubierto por Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.

CareAdvantage Preferred de CarePartners de Connecticut, CareAdvantage Prime de CarePartners de Connecticut y CareAdvantage Premier de CarePartners de Connecticut cubren los medicamentos de la Parte D. Además, todos nuestros planes cubren medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede consultar el formulario completo del plan (la lista de los medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web carepartnersct.com.
- También puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos para CarePartners de Connecticut CareAdvantage Preferred, CarePartners de Connecticut CareAdvantage Prime y CarePartners de Connecticut CareAdvantage Premier?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco “niveles.” Deberá usar su formulario para localizar el nivel en el que se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará. La cantidad que usted paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante, en este documento, analizaremos las etapas de beneficio que se presentan una vez que alcance el deducible: Cobertura Inicial, Brecha de Cobertura y Cobertura Catastrófica.

	CareAdvantage Preferred	CareAdvantage Prime	CareAdvantage Premier
Prima mensual del plan			
	\$0 por mes	\$29.00 por mes	\$89.00 por mes
<i>Lo que debe saber</i>	Además, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B.		
Deducible			
Deducible para los medicamentos con receta de la Parte D (<i>excepto para los medicamentos que se encuentran en la lista del Nivel 1 y Nivel 2, que están excluidos del deducible</i>)			
	\$200 por año	\$150 por año	Este plan tiene un deducible.
Deducible médico			
	\$0	\$0	\$0
Desembolso máximo (<i>no incluye medicamentos con receta</i>)			
	\$5,900 por año	\$4,900 por año	\$3,700 por año
<i>Lo que debe saber</i>	<p>Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege con límites anuales en sus desembolsos para la asistencia médica y hospitalaria.</p> <p>Si alcanza el límite de desembolsos, pagaremos el costo total de sus servicios hospitalarios y médicos cubiertos durante el resto del año. Tenga en cuenta que aun así tendrá que pagar sus primas mensuales (y el costo compartido para sus medicamentos con receta de la Parte D, si procede).</p>		
ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PACIENTES AMBULATORIOS			
Pacientes hospitalizados			
	<ul style="list-style-type: none"> • \$425 de copago por día, del día 1 al 4 • No pagará nada por día, del día 5 en adelante 	<ul style="list-style-type: none"> • \$375 de copago por día, del día 1 al 4 • No pagará nada por día, del día 5 en adelante 	<ul style="list-style-type: none"> • \$250 de copago por día, del día 1 al 5 • No pagará nada por día, del día 6 en adelante
<i>Lo que debe saber</i>	<p>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>		
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria	\$300 de copago por visita	\$275 de copago por visita	\$250 de copago por visita
Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios	\$300 de copago por visita	\$275 de copago por visita	\$250 de copago por visita
<i>Lo que debe saber</i>	<p>Para recibir los servicios, usted debe contar con un referido de su médico de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés).</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>		

	CareAdvantage Preferred	CareAdvantage Prime	CareAdvantage Premier
ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PACIENTES AMBULATORIOS			
Visitas al médico			
Proveedor primario de cuidados médicos	\$0 de copago por visita	\$0 de copago por visita	\$0 de copago por visita
Especialista	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$30 de copago por visita
<i>Lo que debe saber</i>	Para recibir los servicios de un especialista, usted debe contar con un referido de su médico de atención primaria (PCP).		
Cuidados preventivos			
	No pagará nada		
<i>Lo que debe saber</i>	Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.		
Atención médica de emergencia			
	\$90 de copago por visita	\$90 de copago por visita	\$90 de copago por visita
<i>Lo que debe saber</i>	Si a usted lo hospitalizan en el lapso de 24 horas, no debe pagar su parte de los costos compartidos para la atención médica de emergencia. Su plan incluye cobertura global para atención médica de emergencia.		
Servicios de urgencia			
	\$0-45 de copago por visita, según el servicio	\$0-40 de copago por visita, según el servicio	\$0-30 de copago por visita, según el servicio
<i>Lo que debe saber</i>	La atención médica de urgencia puede estar a cargo de proveedores de la red o proveedores fuera de la red en los casos en que los primeros no estén disponibles o no se los pueda contactar temporalmente. Su plan abarca cobertura global para atención médica de urgencia.		
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imagen			
Servicios de diagnóstico por imágenes (como resonancia magnética o tomografía computarizada)	\$250 de copago por día	\$250 de copago por día	\$150 de copago por día
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$20 por día, por proveedor	\$15 por día, por proveedor	\$10 por día, por proveedor
Servicios de laboratorio	\$5 por día, por proveedor	\$5 por día, por proveedor	\$5 por día, por proveedor
Rayos X para pacientes ambulatorios	\$30 por día, por proveedor	\$20 por día, por proveedor	\$15 por día, por proveedor
<i>Lo que debe saber</i>	Puede requerirse autorización previa.		

	CareAdvantage Preferred	CareAdvantage Prime	CareAdvantage Premier
ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PACIENTES AMBULATORIOS			
Servicios de audición			
Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$30 de copago por visita
Examen auditivo de rutina (<i>hasta uno por año</i>)	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$30 de copago por visita
Prótesis auditivas	Nivel estándar: \$250 de copago por prótesis auditiva Nivel superior: \$475 de copago por prótesis auditiva Nivel avanzado: \$650 de copago por prótesis auditiva Nivel más avanzado: \$850 de copago por prótesis auditiva	Nivel estándar: \$250 de copago por prótesis auditiva Nivel superior: \$475 de copago por prótesis auditiva Nivel avanzado: \$650 de copago por prótesis auditiva Nivel más avanzado: \$850 de copago por prótesis auditiva	Nivel estándar: \$250 de copago por prótesis auditiva Nivel superior: \$475 de copago por prótesis auditiva Nivel avanzado: \$650 de copago por prótesis auditiva Nivel más avanzado: \$850 de copago por prótesis auditiva
<i>Lo que debe saber</i>	Para recibir un examen auditivo de diagnóstico de un especialista, usted debe contar con un referido de su médico de atención primaria (PCP). Debe acudir a Soluciones de Atención Auditiva para recibir el beneficio de prótesis auditiva. Hasta dos prótesis auditivas por año, una por cada oído.		
Servicios odontológicos			
Servicios odontológicos limitados que están cubiertos por Medicare	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$30 de copago por visita
Asignación para servicios odontológicos preventivos	\$250 por año	\$250 por año	\$250 por año
<i>Lo que debe saber</i>	Los servicios odontológicos limitados que están cubiertos por Medicare no incluyen servicios odontológicos como limpieza, exámenes dentales de rutina ni radiografías dentales. Puede requerirse autorización previa para los servicios odontológicos cubiertos por Medicare. La asignación para los servicios odontológicos preventivos proporciona cobertura para servicios odontológicos preventivos como limpiezas y radiografías.		
Servicios oftalmológicos			
Examen de la vista de rutina (<i>hasta uno por año</i>)	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$30 de copago por visita
Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista (<i>incluye un examen anual de glaucoma</i>)	\$0 - 45 de copago por visita, según el servicio	\$0 - 40 de copago por visita, según el servicio	\$0 - 30 de copago por visita, según el servicio

	CareAdvantage Preferred	CareAdvantage Prime	CareAdvantage Premier
--	-------------------------	---------------------	-----------------------

ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PACIENTES AMBULATORIOS

Continuación de los servicios oftalmológicos

Beneficio anual de anteojos	Prestación de hasta \$150 por año calendario	Prestación de hasta \$150 por año calendario	Prestación de hasta \$150 por año calendario
<i>Lo que debe saber</i>	<p>Usted debe recurrir a un proveedor participante de atención oftalmológica (EyeMed Vision Care) para recibir la cobertura del examen de la vista de rutina. Debe adquirir los anteojos, marcos, lentes recetados o lentes de contacto de un proveedor de atención oftalmológica (EyeMed Vision Care) para recibir la asignación de \$150. De lo contrario, el beneficio estará limitado a \$90 por año.</p> <p>Necesitará un referido de su PCP para los exámenes oculares de diagnóstico.</p>		

Servicios de salud mental

Visita de pacientes hospitalizados	<ul style="list-style-type: none"> • \$405 de copago por día, del día 1 al 4 • No pagará nada por día, del día 5 al 90 	<ul style="list-style-type: none"> • \$375 de copago por día, del día 1 al 4 • No pagará nada por día, del día 5 al 90 	<ul style="list-style-type: none"> • \$250 de copago por día, del día 1 al 5 • No pagará nada por día, del día 6 al 90
Visita de terapia individual o grupal ambulatorias	\$20 de copago por visita	\$20 de copago por visita	\$20 de copago por visita
<i>Lo que debe saber</i>	<p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de atención médica de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención médica para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital general.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para pacientes hospitalizados.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización es de más de 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya utilizado los 60 días adicionales, su cobertura de paciente hospitalizado estará limitada a 90 días.</p> <p>Para recibir las visitas de terapia individual o grupal ambulatorias, usted debe contar con un referido de su médico de atención primaria (PCP).</p>		

Centros de enfermería especializada (SNF por sus siglas en inglés)

	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, del día 1 al 20 • \$160 de copago por día, del día 21 al 58 • \$0 de copago por día, del día 59 al 100 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, del día 1 al 20 • \$160 de copago por día, del día 21 al 52 • \$0 de copago por día, del día 53 al 100 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, del día 1 al 20 • \$160 de copago por día, del día 21 al 44 • \$0 de copago por día, del día 45 al 100
<i>Lo que debe saber</i>	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.		

	CareAdvantage Preferred	CareAdvantage Prime	CareAdvantage Premier
ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PACIENTES AMBULATORIOS			
Fisioterapia			
Terapia ocupacional	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$30 de copago por visita
Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$30 de copago por visita
<i>Lo que debe saber</i>	Para recibir los servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje, usted debe contar con un referido de su médico de atención primaria (PCP).		
Ambulancia			
	\$325 de copago por día	\$250 de copago por día	\$200 de copago por día
Transporte			
	No cubierto		
Medicamentos de Medicare Parte B			
	Para medicamentos de la Parte B como medicamentos de quimioterapia: Usted paga 20% del costo. Otros medicamentos de la Parte B: Usted paga 20% del costo.	Para medicamentos de la Parte B como medicamentos de quimioterapia: Usted paga 20% del costo. Otros medicamentos de la Parte B: Usted paga 20% del costo.	Para medicamentos de la Parte B como medicamentos de quimioterapia: Usted paga 20% del costo. Otros medicamentos de la Parte B: Usted paga 20% del costo.
<i>Lo que debe saber</i>	Puede requerirse autorización previa.		

	CareAdvantage Preferred	CareAdvantage Prime	CareAdvantage Premier
--	-------------------------	---------------------	-----------------------

BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA

Cobertura Inicial

Después de pagar el deducible anual de \$200 para los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$3,820.

Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D.

Usted puede obtener sus medicamentos en farmacias de venta minorista y en farmacias de venta por correo de la red.

Después de pagar el deducible anual de \$150 para los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$3,820.

Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D.

Usted puede obtener sus medicamentos en farmacias de venta minorista y en farmacias de venta por correo de la red.

Paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$3,820.

Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D.

Usted puede obtener sus medicamentos en farmacias de venta minorista y en farmacias de venta por correo de la red.

**CareAdvantage
Preferred**

BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA

Cobertura Inicial

Costo compartido estándar en farmacia

Nivel	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
Nivel 1 (genérico preferido)	\$3 de copago	\$6 de copago	\$9 de copago
Nivel 2 (genérico)	\$12 de copago	\$24 de copago	\$36 de copago
Nivel 3 (marca preferida)	\$45 de copago	\$90 de copago	\$135 de copago
Nivel 4 (marca no preferida)	\$95 de copago	\$190 de copago	\$285 de copago
Nivel 5 (nivel de especialidad)	29% del costo	N/A	N/A

Costo compartido estándar de pedido por correo

Nivel	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
Nivel 1 (genérico preferido)	\$3 de copago	\$6 de copago	\$6 de copago
Nivel 2 (genérico)	\$12 de copago	\$24 de copago	\$24 de copago
Nivel 3 (marca preferida)	\$45 de copago	\$90 de copago	\$90 de copago
Nivel 4 (marca no preferida)	\$95 de copago	\$190 de copago	\$190 de copago
Nivel 5 (nivel de especialidad)	29% del costo	N/A	N/A

Si reside en un centro de cuidados prolongados, paga lo mismo que en una farmacia minorista.

Puede obtener los medicamentos de una farmacia que no forme parte de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia de la red.

Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos del Nivel 1 y del Nivel 2 y usted paga la suya. Después de que alcance su deducible anual de \$200 del Nivel 3, del Nivel 4 y del Nivel 5, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos del Nivel 3, del Nivel 4 y del Nivel 5 y usted paga la suya.

CareAdvantage Prime	CareAdvantage Premier
------------------------	--------------------------

Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
\$3 de copago	\$6 de copago	\$9 de copago	\$3 de copago	\$6 de copago	\$9 de copago
\$12 de copago	\$24 de copago	\$36 de copago	\$12 de copago	\$24 de copago	\$36 de copago
\$45 de copago	\$90 de copago	\$135 de copago	\$45 de copago	\$90 de copago	\$135 de copago
\$95 de copago	\$190 de copago	\$285 de copago	\$95 de copago	\$190 de copago	\$285 de copago
30% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A

Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
\$3 de copago	\$6 de copago	\$6 de copago	\$3 de copago	\$6 de copago	\$6 de copago
\$12 de copago	\$24 de copago	\$24 de copago	\$12 de copago	\$24 de copago	\$24 de copago
\$45 de copago	\$90 de copago	\$90 de copago	\$45 de copago	\$90 de copago	\$90 de copago
\$95 de copago	\$190 de copago	\$190 de copago	\$95 de copago	\$190 de copago	\$190 de copago
30% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A

Si reside en un centro de cuidados prolongados, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Puede obtener los medicamentos de una farmacia que no forme parte de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia de la red.

Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos del Nivel 1 y del Nivel 2 y usted paga la suya. Después de que alcance su deducible anual de \$150 del Nivel 3, del Nivel 4 y del Nivel 5, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos del Nivel 3, del Nivel 4 y del Nivel 5 y usted paga la suya.

Si reside en un centro de cuidados prolongados, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Puede obtener los medicamentos de una farmacia que no forme parte de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia de la red.

BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA

Brecha de Cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tiene una brecha de cobertura (también denominada “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el monto total anual de los medicamentos (incluye lo que nuestro plan y usted han pagado) alcanza \$3,820.

Después de ingresar en la brecha de cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por los medicamentos cubiertos de marca y el 37% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que el total de los costos alcance \$5,100, lo que es el final de la brecha de cobertura.

No todas las personas ingresarán en la brecha de cobertura.

Cobertura Catastrófica

Después de que sus desembolsos anuales por costos de medicamentos (que incluye los medicamentos adquiridos a través de su farmacia de venta minorista y a través de pedidos por correo) alcancen \$5,100, usted pagará el costo mayor de lo siguiente:

- 5% del costo, o
- \$3.40 de copago por medicamento genérico (que incluye los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.50 de copago por todos los demás medicamentos.

CareAdvantage Prime	CareAdvantage Premier
<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tiene una brecha de cobertura (también denominada “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el monto total anual de los medicamentos (incluye lo que nuestro plan y usted han pagado) alcanza \$3,820.</p> <p>Después de ingresar en la brecha de cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por los medicamentos cubiertos de marca y el 37% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que el total de los costos alcance \$5,100, lo que es el final de la brecha de cobertura.</p> <p>No todas las personas ingresarán en la brecha de cobertura.</p>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tiene una brecha de cobertura (también denominada “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el monto total anual de los medicamentos (incluye lo que nuestro plan y usted han pagado) alcanza \$3,820.</p> <p>Después de ingresar en la brecha de cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por los medicamentos cubiertos de marca y el 37% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que el total de los costos alcance \$5,100, lo que es el final de la brecha de cobertura.</p> <p>No todas las personas ingresarán en la brecha de cobertura.</p>
<p>Después de que sus desembolsos anuales por costos de medicamentos (que incluye los medicamentos adquiridos a través de su farmacia de venta minorista y a través de pedidos por correo) alcancen \$5,100, usted pagará el costo mayor de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o • \$3.40 de copago por medicamento genérico (que incluye los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.50 de copago por todos los demás medicamentos. 	<p>Después de que sus desembolsos anuales por costos de medicamentos (que incluye los medicamentos adquiridos a través de su farmacia de venta minorista y a través de pedidos por correo) alcancen \$5,100, usted pagará el costo mayor de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o • \$3.40 de copago por medicamento genérico (que incluye los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.50 de copago por todos los demás medicamentos.

	CareAdvantage Preferred	CareAdvantage Prime	CareAdvantage Premier
--	-------------------------	---------------------	-----------------------

BENEFICIOS ADICIONALES

Quiropraxia

Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando una o más de las vértebras se desplazan)	\$15 de copago por visita	\$15 de copago por visita	\$15 de copago por visita
Evaluación inicial	\$15 de copago	\$15 de copago	\$15 de copago
<i>Lo que debe saber</i>	Para recibir los servicios de un especialista, usted debe contar con un referido de su médico de atención primaria (PCP).		

Podología (servicios podológicos)

Exámenes y tratamiento podológicos si usted tiene una lesión de tipo nervioso relacionada con la diabetes o cumple con ciertas condiciones	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$30 de copago por visita
<i>Lo que debe saber</i>	Para recibir los servicios de un especialista, usted debe contar con un referido de su médico de atención primaria (PCP).		

Servicios médicos a domicilio

Atención médica de agencia a domicilio	No pagará nada	No pagará nada	No pagará nada
Terapia de infusión médica a domicilio	No pagará nada	No pagará nada	No pagará nada
<i>Lo que debe saber</i>	Puede requerirse autorización previa.		

Hospicio

	No pagará nada	No pagará nada	No pagará nada
<i>Lo que debe saber</i>	<p>Es posible que tenga que pagar parte de los costos por medicamentos y atención de relevo.</p> <p>El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para mayor información.</p>		

	CareAdvantage Preferred	CareAdvantage Prime	CareAdvantage Premier
--	-------------------------	---------------------	-----------------------

ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PACIENTES AMBULATORIOS

Continuación de equipo/suministros médicos			
Equipo médico duradero (p. ej., sillas de rueda, oxígeno)	20% del costo	20% del costo	20% del costo
Dispositivos protésicos (aparatos dentales, aparatos ortopédicos, etc.)	20% del costo	20% del costo	20% del costo
<i>Lo que debe saber</i>	<p>Artículos cubiertos por el plan: equipo de seguridad en el baño para miembros que tienen una discapacidad funcional y disponer del artículo mejorará la seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiento de inodoro estándar levantado: Uno por miembro cada cinco años • Barras de agarre estándar para baño: Dos por miembro cada cinco años • Asiento de bañera estándar: Uno por miembro cada cinco años <p>Los siguientes artículos adicionales están cubiertos por el plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medias de compresión gradiente o medias quirúrgicas: hasta dos pares cada seis meses • Mangas de mastectomía para miembros con linfedema de extremidades superiores: hasta dos pares cada seis meses <p>Puede requerirse autorización previa.</p>		
Asignación para pelucas (para la pérdida de cabello debido al tratamiento del cáncer)	\$500 por año	\$500 por año	\$500 por año
Servicios y suministros para diabetes	No pagará nada	No pagará nada	No pagará nada
<i>Lo que debe saber</i>	<p>Incluye los suministros de control de la diabetes, capacitación de autocontrol de la diabetes, y zapatos o plantillas terapéuticas. Es posible que se apliquen copagos si recibe otros servicios médicos durante la misma visita al consultorio. Solo se requiere un referido para la capacitación de autocontrol de la diabetes.</p> <p>La cobertura de los controles de glucosa en sangre, las tiras reactivas de glucosa en sangre y las soluciones de control de glucosa se limita a los productos One Touch fabricados por Lifescan, Inc. Tenga en cuenta que no existe una marca preferida para las lancetas.</p>		

	CareAdvantage Preferred	CareAdvantage Prime	CareAdvantage Premier
ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PACIENTES AMBULATORIOS			
Tratamiento del uso indebido de sustancias para pacientes ambulatorios			
Visita de terapia individual o grupal ambulatoria	\$20 de copago por visita	\$20 de copago por visita	\$20 de copago por visita
<i>Lo que debe saber</i>	Para recibir los servicios de un especialista, usted debe contar con un referido de su médico de atención primaria (PCP).		
Diálisis renal			
	No pagará nada	No pagará nada	No pagará nada
Programas de bienestar			
Programa de control de peso	El plan proporciona una asignación anual de \$150 para el control de peso hacia tarifas para programas de pérdida de peso como WeightWatchers®, Jenny Craig®, o un programa de pérdida de peso del hospital.		
SilverSneakers®	SilverSneakers alienta la actividad física al ofrecer acceso a clases, equipo de ejercicios y otros servicios. Los miembros reciben una membresía básica de acondicionamiento físico y acceso a más de 14,000 centros participantes. SilverSneakers ofrece diferentes maneras para obtener la actividad que necesita para mantenerse saludable.		

CarePartners de Connecticut cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo. CarePartners de Connecticut no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo.

CarePartners de Connecticut:

- Provee ayudas y servicios gratuitos para que las personas con discapacidad se comuniquen eficazmente con nosotros, por ejemplo:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Provee servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con CarePartners de Connecticut al 1-888-341-1507 (TTY: 711).

Si usted considera que CarePartners de Connecticut no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

CarePartners de Connecticut, Attention:

Civil Rights Coordinator, Legal Dept.

705 Mount Auburn St.

Watertown, MA 02472

Teléfono: 1-888-341-1507 (TTY: 711).

Fax: 1-617-972-9048

Correo electrónico: OCRCoordinator@carepartnersct.com

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles de CarePartners de Connecticut está a la orden para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

carepartnersct.com | 1-888-341-1507 (TTY: 711).

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-341-1507 (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-341-1507 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Albanian: KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-888-341-1507 (TTY: 711).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-341-1507 (TTY: 711)。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با تماس بگیرد. 1-888-341-1507 (TTY: 711)

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-341-1507 (TTY : 711).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-341-1507 (TTY: 711).

Greek: ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-888-341-1507 (TTY: 711).

Gujarati: સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-888-341-1507 (TTY: 711).

Haitian Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-888-341-1507 (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-341-1507 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-341-1507 (TTY: 711).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-341-1507 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Khmer (Cambodian): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ផ្លូវ ទូរស័ព្ទ 1-888-341-1507 (TTY: 711)

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-341-1507 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-341-1507 (TTY: 711).

Navajo: Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę, t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódílnih 1-888-341-1507 (TTY: 711).

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-341-1507 (TTY: 711).

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-888-341-1507 (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-341-1507 (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-341-1507 (TTY: 711).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-341-1507 (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-341-1507 (TTY: 711).

PREGUNTAS:

Llame al 1-888-341-1507 // TTY 711

Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.). Fuera del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

VISÍTENOS EN: carepartnersct.com

CarePartners de Connecticut es un plan de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO por sus siglas en inglés), con un contrato de Medicare. La inscripción a CarePartners de Connecticut depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-888-341-1507 para obtener más información.



705 Mount Auburn Street,
Watertown, MA 02472