

Resumen de beneficios de ConnectiCare

Cobertura de salud asequible y de calidad para todos.

Obtén más información en ConnectiCareVentas.com. ¡Llama hoy! (866) 714-8990 (TTY: 711)



Dentro de la red (In-Network, INN)/fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice SOLO POS HSA Coins. \$6,500 ded.		Choice SOLO HMO HSA \$7,500 ded.	Choice SOLO HMO Copay/ Coins. \$7,700 ded.
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
Planes fuera del mercado de seguros				
VALORES BÁSICOS				
Visitas de atención virtual de Teladoc las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año	Sin costo	50 % después del deducible	Sin costo	Sin costo
Visita de control anual: adultos	Sin costo	50 % después del deducible	Sin costo	Sin costo
Exámenes preventivos de rutina: niños y adultos	Sin costo	50 % después del deducible	Sin costo	Sin costo
Exámenes de la vista de rutina: niños (menores de 26 años)	25 %	50 % después del deducible	\$50	\$40
Anteojos de rutina: niños (menores de 26 años)	50 % después del deducible	50 % después del deducible	50 % después del deducible	50 % después del deducible
Medicamentos preventivos recetados	Sin costo	50 % después del deducible	Sin costo	Sin costo
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día	Sin costo	N/A	Sin costo	Sin costo
Opciones de planes con servicios de la vista y dentales para adultos	Opcional	No cubierto	Opcional	Opcional

**Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días. § El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como "MAIL" (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare

Dentro de la red (In-Network, INN)/fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice SOLO POS HSA Coins. \$6,500 ded.		Choice SOLO HMO HSA \$7,500 ded.	Choice SOLO HMO Copay/ Coins. \$7,700 ded.
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
Planes fuera del mercado de seguros				
BENEFICIOS Y ASPECTOS DESTACADOS DE LOS COSTOS COMPARTIDOS				
Deducible (ind./fam.)	\$6,500/\$13,000	\$15,000/\$30,000	\$7,500/\$15,000	\$7,700/\$15,400
Deducible de medicamentos (ind./fam.)	Comb. c/ Med.	Comb. c/ Med.	Comb. c/ Med.	Comb. c/ Med.
Máximo de desembolso personal (ind./fam.)	\$8,300/\$16,600	\$30,000/\$60,000	\$8,300/\$16,600	\$9,500/\$19,000
Instalaciones de la sala de emergencias	25 % después del deducible	25 % después del deducible INN	30 % después del deducible	50 % después del deducible
Servicios de atención de urgencia	25 % después del deducible	50 % después del deducible	\$100 después del deducible	\$100
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS				
Cargo por el uso de las instalaciones para pacientes hospitalizados <i>*Se pueden aplicar honorarios profesionales.</i>	25 % después del deducible	50 % después del deducible	30 % después del deducible	50 % después del deducible

**Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días. § El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como "MAIL" (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice SOLO POS HSA Coins. \$6,500 ded.		Choice SOLO HMO HSA \$7,500 ded.	Choice SOLO HMO Copay/ Coins. \$7,700 ded.
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
Planes fuera del mercado de seguros				
SERVICIOS DE VISITAS AL CONSULTORIO DE PROFESIONALES PARA PACIENTES AMBULATORIOS				
Atención primaria	25 % después del deducible	50 % después del deducible	\$40 después del deducible	\$40
Atención especializada	25 % después del deducible	50 % después del deducible	\$50 después del deducible	\$75
Servicios de rehabilitación y estimulación de habilidades	25 % después del deducible	50 % después del deducible	\$50 después del deducible	\$30 después del deducible
Servicios de salud mental o conductual o servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias	25 % después del deducible	50 % después del deducible	\$40 después del deducible	\$40

**Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días. § El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como "MAIL" (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice SOLO POS HSA Coins. \$6,500 ded.		Choice SOLO HMO HSA \$7,500 ded.	Choice SOLO HMO Copay/Coins. \$7,700 ded.
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
Planes fuera del mercado de seguros				
SERVICIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA				
Cargo por uso de las instalaciones para pacientes ambulatorios	25 % después del deducible	50 % después del deducible	30 % después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$500 después del deducible en un centro de cirugía ambulatoria	50 % después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$500 en un centro de cirugía ambulatoria
Honorarios profesionales para pacientes ambulatorios	25 % después del deducible	50 % después del deducible	30 % después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$0 después del deducible en un centro de cirugía ambulatoria	50 % después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$0 en un centro de cirugía ambulatoria
Servicios avanzados de estudios por imágenes y exploración especializada	25 % después del deducible	50 % después del deducible	30 % después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$75 después del deducible en un proveedor independiente	50 % después del deducible en un centro de atención ambulatoria 50 % en un proveedor independiente

**Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días. § El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como "MAIL" (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/fuera de la red (Out-of-Network, OON) Planes fuera del mercado de seguros	Choice SOLO POS HSA Coins. \$6,500 ded.		Choice SOLO HMO HSA \$7,500 ded.	Choice SOLO HMO Copay/Coins. \$7,700 ded.
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
SERVICIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA				
Servicios de diagnóstico y radiografías de rutina	25 % después del deducible	50 % después del deducible	30 % después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$35 después del deducible en un proveedor independiente	50 % después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$60 en un proveedor independiente
Análisis de laboratorio	25 % después del deducible	50 % después del deducible	30 % después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$10 después del deducible en un proveedor independiente	\$25

**Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días. § El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como "MAIL" (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare

Dentro de la red (In-Network, INN)/fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice SOLO POS HSA Coins. \$6,500 ded.		Choice SOLO HMO HSA \$7,500 ded.	Choice SOLO HMO Copay/ Coins. \$7,700 ded.
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
Planes fuera del mercado de seguros				
MEDICAMENTOS RECETADOS^s				
Medicamentos preventivos	Sin cargo	50 % después del deducible	Sin cargo	Sin cargo
Medicamentos genéricos preferidos	\$10 después del deducible	50 % después del deducible	\$10 después del deducible	\$15
Medicamentos de marca preferidos	\$60 después del deducible	50 % después del deducible	\$60 después del deducible	\$75
Medicamentos no preferidos	50 % después del deducible (máximo de \$500 por receta)	50 % después del deducible	50 % después del deducible (máximo de \$500 por receta)	50 % después del deducible
Medicamentos especializados	50 % después del deducible (máximo de \$750 por receta)	50 % después del deducible	50 % después del deducible (máximo de \$750 por receta)	50 % después del deducible (máximo de \$750 por receta)

ConnectiCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. ATENÇÃO: Si fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-251-7722 (TTY: 711). ATENCIÓN: Si hablas español, tienes a tu disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llama al 800-251-7722 (TTY: 711). Teladoc y las marcas relacionadas son marcas comerciales de Teladoc Health, Inc. y ConnectiCare tiene permiso para utilizarlas. ConnectiCare es la marca utilizada para los productos y servicios proporcionados por una o más empresas subsidiarias del grupo ConnectiCare. En Connecticut, la cobertura de salud individual y familiar está suscrita por ConnectiCare, Inc. (CCI), un centro de atención médica autorizado, o por ConnectiCare Benefits, Inc. (CBI) o ConnectiCare Insurance Company, Inc. (CICI), aseguradoras autorizadas. La cobertura dental individual, familiar y grupal está suscrita por CICI. La cobertura de salud grupal está asegurada por CCI, o asegurada o administrada por CICI. Todos los contratos de seguro, pólizas y planes de beneficios grupales contienen exclusiones y limitaciones. No toda la cobertura está disponible en todos los mercados. Para conocer los costos y los detalles de la cobertura, llama o escribe a tu agente de seguros o a la compañía. ©2025 ConnectiCare, Inc. y afiliados.

**Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días. § El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como "MAIL" (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES