Planes a través de Access Health CT

2025

ConnectiCare

Crear futuros más saludables

Su salud es su mayor fortaleza. Ayudarle a mantenerla es nuestra misión. Por eso en ConnectiCare vamos más allá de la cobertura para conectarle con médicos ubicados de manera conveniente y recursos de salud y bienestar que pueden ayudarle a mantenerse saludable.

Esta guía contiene información acerca de los planes 2025 vendidos a través de Access Health CT, el mercado de seguros de salud oficial de Connecticut.

Obtenga los beneficios y los servicios que necesita

Los planes de ConnectiCare incluyen muchos beneficios que le ayudan a usted y a su familia a mantenerse saludables, incluso:

- Atención preventiva a un costo compartido de $0 para servicios como chequeos anuales, exámenes de detección, vacunas contra la gripe y otras vacunas.*
- Cobertura de medicamentos con receta. Algunos medicamentos, como anticonceptivos y medicamentos para prevenir enfermedades cardiovasculares, están disponibles a un costo compartido de $0.
- Costos de bolsillo más bajos cuando se utilizan centros de radiología y ambulatorios independientes.
- Cuidado de la salud mental para trastorno por consumo de sustancias, ansiedad, depresión y otras afecciones de salud del comportamiento.
- Atención de un especialista, análisis de diagnóstico y tratamiento en hospital.
- Cobertura dental y de la vista pediátrica para miembros hasta 26 años.
- Atención de urgencia y de emergencia donde sea que viaje.**

$0

Teladoc® Primary360

La mayoría de los planes de ConnectiCare ofrecen telemedicina conveniente con un copago de **$0** y un deducible* de **$0** para atención primaria virtual, salud mental y atención a pedido que no sea de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través del teléfono, video o mensajería mediante una aplicación en su teléfono.*** Además, los servicios de dermatología están disponibles con un costo compartido para especialistas. Consulte al mismo proveedor de atención primaria (PCP) sin límite en las visitas.

*Atención preventiva a $0 significa que no deberá pagar un copago ni abonar dinero como parte de su deducible o coseguro por los servicios. A veces, una visita de atención preventiva conduce a otro tipo de pruebas o de atención médica, incluso en la misma cita. Consulte a su médico o con el personal médico durante su visita para saber si hay servicios por los que se le podría facturar.

**Sujeto a limitaciones.

***La telemedicina no es apropiada para todos los servicios cubiertos, y se aplican restricciones. No todos los servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para la atención primaria, los miembros deben tener 18 años o más; para los servicios de salud mental de Teladoc, los miembros deben tener 13 años o más. Los planes compatibles con HSA están sujetos a un deducible.

Atención dental

Los exámenes dentales son una parte importante de su salud general

El tratamiento dental preventivo, incluidos los chequeos, las limpiezas y las radiografías, puede ayudar a reducir los riesgos asociados con enfermedades cardiovasculares, diabetes, embarazo y otras afecciones.

Estas son las formas en que nuestros planes ofrecen cobertura dental:

- Todos los planes incluyen beneficios dentales pediátricos hasta los 26 años. Los servicios dentales pediátricos incluyen servicios de diagnóstico, preventivos, básicos y mayores.
- Dos de nuestros planes incluyen cobertura dental preventiva para adultos: Choice Catastrophic POS with Dental, y Choice Bronze Alternative POS with Dental.
- También ofrecemos dos planes dentales independientes que pueden adquirirse con o sin un plan médico de ConnectiCare: ConnectiCare Basic Dental Plan y ConnectiCare Standard Dental Plan. Para obtener información sobre la cobertura, consulte las páginas 14 a 17.

Use “Find a Doctor” (Busque un médico) en **connecticare.com** para encontrar dentistas en la red dental de ConnectiCare.

Beneficio de farmacia Member Choice

Los miembros que toman medicamentos de mantenimiento (fármacos que toma todos los días, mes tras mes) obtienen suministros cómodos de 90 días, con la opción de surtir estas recetas en CVS o Walgreens, o a través del servicio de pedidos por correo de Express Scripts (ESI).

Se pueden surtir otras recetas en cualquier farmacia de la red.* Tiene la opción de cambiar su cadena de farmacias una vez por año del plan.

*Tenga en cuenta que si elige surtir sus medicamentos de mantenimiento en CVS, Walgreens pasará a ser una farmacia fuera de la red para usted. Si selecciona Walgreens, CVS pasará a ser una farmacia fuera de la red. Pedidos por correo de ESI para medicamentos de mantenimiento seguirá siendo una opción en cualquier momento, incluso después de que elija una red de farmacias minoristas. Los copagos para suministros de 90 días serán los mismos ya sea que los obtenga a través del servicio de entrega a domicilio o en la farmacia participante.

¡Extras! La diferencia de ConnectiCare

Programa de descuentos BenefitHub

Ahorre en ropa, electrónicos, certificados de regalo, automóviles, vacaciones y más.

Tarjeta de regalo por evaluación de salud

Obtenga una tarjeta de regalo de $20 por responder preguntas de evaluación de salud.

Descuentos de bienestar en el mercado de HUSK

- Membresías para centros de acondicionamiento físico y gimnasios.
- Acondicionamiento físico a pedido.
- Productos de bienestar.

Programa de descuento para la visión

Obtenga 25 % a 30 % de descuento en marcos, lentes y lentes de contacto con receta cuando usen una óptica participante.

Eligiendo su plan

Desea sacarle el máximo provecho al dinero que invierte en su atención médica. Por lo tanto, tómese un tiempo para revisar sus opciones de plan y elija aquel que se ajuste a sus necesidades y presupuesto.

Tipos de planes de ConnectiCare

Choice	Puede consultar cualquiera de los médicos o usar cualquiera de los hospitales, laboratorios y centros de nuestra amplia red Choice que cubre Connecticut.
Value	Estos planes presentan una red Value personalizada que es un subconjunto de nuestra red Choice. Puede ser la solución adecuada para personas que pueden elegir opciones de atención dentro de un área más localizada. No todos los hospitales y sus médicos afiliados participan en la red Value.
POS	Elegir un plan con "punto de servicio" ("POS") en su nombre significa que usted podrá visitar médicos fuera de la red, pero pagará más.
HSA	Significa "cuenta de ahorros para la salud". Los planes HSA le permiten ahorrar al usar dinero antes de impuestos para gastos de cuidado de salud que califiquen.

Niveles de metal

A continuación se muestran el rango de primas y costos de bolsillo para todos los tipos de planes.

Nivel de metal	Primas	Gastos de bolsillo	El plan paga*
Gold	Mayores	Menores	80 %
Silver	Moderadas	Moderados	70 %
Bronze	Las más bajas	Los más altos	60 %

Redes

Utilizar médicos de la red de su plan puede ayudarle a ahorrar dinero. Visite **connecticare.com** y use "Find a doctor" (Busque un médico) para consultar los médicos y los centros de la red de su plan. Busque por red y elija "Through Access Health CT" (A través de Access Health CT), luego elija su tipo de plan.

*El importe promedio que el plan paga por los servicios cubiertos.

Ayuda financiera disponible

Le recomendamos que visite **accesshealthct.com** e ingrese su información de ingresos para ver si califica para recibir asistencia financiera. Si califica, deberá inscribirse en un plan a través de Access Health CT para recibir asistencia financiera.*

Los planes de cobertura contra catástrofes también están disponibles para personas elegibles menores de 30 años y para aquellos que califican para una exención de asequibilidad o dificultad económica a través de Access Health CT.

Qué sucede después de inscribirse

Después de inscribirse en un plan individual o familiar, recibirá una factura si su plan tiene una prima mensual. Para que comience su cobertura, debe pagar la factura antes de la fecha de vencimiento que figura en la factura. Tenga en cuenta que si no paga su prima a tiempo, no será considerado miembro del plan y los servicios que reciba no estarán cubiertos.

Poco después de que su cobertura entre en vigencia, recibirá su tarjeta de identificación de miembro. Les recomendamos a todos los miembros que creen una cuenta en nuestro portal para miembros, **my.connecticare.com**, y que seleccionen un proveedor de atención primaria (PCP).

Encuentre un glosario de términos de salud que debe conocer en **connecticare.com/plans/glossary**.

*Access Health CT es el único lugar donde puede obtener ayuda económica para pagar su cobertura.

Planes Choice Nombre del plan/Nivel de metal	Choice Gold Standard POS	Choice Gold Alternative POS
ACCESO A LA RED	**Solo en Connecticut**	**Solo en Connecticut**
PLAN/DEDUCIBLE MÉDICO		
Deducible (individual/familiar)	$1,200/$2,400	$2,000/$4,000
Límite de gasto máximo de bolsillo (individual/familiar)	$7,375/$14,750	$7,900/$15,800
BENEFICIOS MÉDICOS DENTRO DE LA RED		
Atención preventiva/Exámenes de detección/ Inmunizaciones	$0	$0
Servicios de proveedor de atención primaria (PCP)	Copago de $20 (no se aplica el deducible)	Copago de $40 (no se aplica el deducible)
Visitas de telemedicina a través de Teladoc**	**Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales:** $0 (no se aplica el deducible) **Dermatólogo:** $40 de copago (no se aplica el deducible)	**Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales:** $0 (no se aplica el deducible) **Dermatólogo:** $50 de copago (no se aplica el deducible)
Servicios de especialistas	Copago de $40 (no se aplica el deducible)	Copago de $50 (no se aplica el deducible)
Visitas al consultorio para servicios de salud mental y uso de sustancias	Copago de $20 (no se aplica el deducible)	Copago de $40 (no se aplica el deducible)
Atención de la vista	Copago de $40 (no se aplica el deducible)	Copago de $50 (no se aplica el deducible)
Centro de atención de urgencia/Consultas médicas sin cita previa	Copago de $50 (no se aplica el deducible)	30 % de coseguro (no se aplica el deducible)
Cobertura de emergencia en todo el mundo***	Copago de $400 (no se aplica el deducible)	Coseguro del 30 % luego del deducible
Hospital: tratamiento para pacientes hospitalizados	Copago de $500/día Máximo de $1,000 por ingreso luego del deducible	Coseguro del 30 % luego del deducible
Hospital: tratamiento para pacientes ambulatorios	Copago de $500 luego del deducible	Coseguro del 30 % luego del deducible
Cirugía ambulatoria en centros independientes	Copago de $300 luego del deducible	Copago de $250 (no se aplica el deducible)
Servicios de laboratorio	Copago de $10 (no se aplica el deducible)	Copago de $10 (no se aplica el deducible)
Radiografías	Copago de $40 luego del deducible	**Centro independiente:** $50 de copago (no se aplica el deducible) **Centro hospitalario:** 30 % de coseguro luego del deducible
Imágenes de diagnóstico avanzadas (exploraciones por CT y MRI)	Copago de $65 Máximo de $375 (no se aplica el deducible)	**Centro independiente:** $75 de copago (no se aplica el deducible) **Centro hospitalario:** 30 % de coseguro luego del deducible
BENEFICIOS MÉDICOS FUERA DE LA RED		
Deducible (individual/familiar)	$3,000/$6,000	$7,000/$14,000
Coseguro	30 %	50 %
Límite de gasto máximo de bolsillo (individual/familiar)	$14,750/$29,500	$12,000/$24,000
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA		
Deducible para medicamentos con receta (Rx) (individual/familiar)	$50/$100	$75/$150
Nivel 1: medicamentos genéricos	Copago de $5 (no se aplica el deducible)	Copago de $10 (no se aplica el deducible)
Nivel 2: medicamentos de marca preferidos	Copago de $35 (no se aplica el deducible)	Copago de $40 (no se aplica el deducible)
Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos	Copago de $60 (no se aplica el deducible)	Copago de $60 luego del deducible del medicamento recetado
Nivel 4: medicamentos de especialidad	20 % de coseguro Máximo de $100 por receta luego del deducible del medicamento con receta	20 % de coseguro $150 máximo por receta luego del deducible del medicamento con receta

*Deducible integrado para gastos médicos y de medicamentos con receta.

**La telemedicina no es apropiada para todos los servicios cubiertos, y se aplican restricciones. Para la atención primaria, los miembros deben tener 18 años o más; para los servicios de salud mental de Teladoc, los miembros deben tener 13 años o más.

***Sujeto a limitaciones.

Choice Bronze Standard POS	Choice Bronze Alternative POS With Dental	Choice Bronze Standard POS HSA
Solo en Connecticut	**Solo en Connecticut**	**Solo en Connecticut**
$6,550/$13,100*	$7,000/$14,000*	$6,500/$13,000*
$9,100/$18,200	$9,200/$18,400	$7,225/$14,450
$0	$0	$0
Copago de $40 (no se aplica el deducible)	Copago de $50 (no se aplica el deducible)	Coseguro del 20 % luego del deducible
Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales: $0 (no se aplica el deducible) **Dermatólogo:** $70 de copago luego del deducible	**Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales:** $0 (no se aplica el deducible) **Dermatólogo:** $70 de copago luego del deducible	**Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales:** 0 % de coseguro luego del deducible **Dermatólogo:** 20 % de coseguro luego del deducible
Copago de $70 luego del deducible	Copago de $70 luego del deducible	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $40 (no se aplica el deducible)	Copago de $50 (no se aplica el deducible)	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $70 luego del deducible	Copago de $70 (no se aplica el deducible)	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $75 (no se aplica el deducible)	Copago de $100 (no se aplica el deducible)	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $450 luego del deducible	Coseguro del 45 % luego del deducible	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $500/día Máximo de $1,000 por ingreso luego del deducible	Coseguro del 45 % luego del deducible	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $500 luego del deducible	Coseguro del 45 % luego del deducible	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $300 luego del deducible	Copago de $500 luego del deducible	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $20 (no se aplica el deducible)	Copago de $25 luego del deducible	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $40 luego del deducible	**Centro independiente:** $70 de copago luego del deducible **Centro hospitalario:** 45 % de coseguro luego del deducible	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $75 Máximo de $375 luego del deducible	**Centro independiente:** $75 de copago luego del deducible **Centro hospitalario:** 45 % de coseguro luego del deducible	Coseguro del 20 % luego del deducible
$13,100/$26,200	$15,000/$30,000	$13,000/$26,000
50 %	50 %	50 %
$18,200/$36,400	$20,000/$40,000	$14,450/$28,900
El plan tiene un deducible integrado con médico (ver arriba)*	El plan tiene un deducible integrado con médico (ver arriba)*	El plan tiene un deducible integrado con médico (ver arriba)*
Copago de $15 (no se aplica el deducible)	Copago de $30 (no se aplica el deducible)	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $50 (no se aplica el deducible)	Copago de $100 luego del deducible	Coseguro del 25 % luego del deducible
Coseguro del 50 % luego del deducible	Coseguro del 50 % luego del deducible	Coseguro del 30 % luego del deducible
50 % de coseguro Máximo de $500 por receta luego del deducible	50 % de coseguro Máximo de $500 por receta luego del deducible	30 % de coseguro Máximo de $500 por receta luego del deducible

Planes Choice Nombre del plan/Nivel de metal	Choice Silver Standard POS	Choice Silver Standard POS (CSR 73 %)
		Disponible para las perso
ACCESO A LA RED	**Solo en Connecticut**	**Solo en Connecticut**
PLAN/DEDUCIBLE MÉDICO		
Deducible (individual/familiar)	$5,000/$10,000	$5,000/$10,000
Límite de gasto máximo de bolsillo (individual/familiar)	$9,100/$18,200	$7,350/$14,700
BENEFICIOS MÉDICOS DENTRO DE LA RED		
Atención preventiva/Exámenes de detección/ Inmunizaciones	$0	$0
Servicios de proveedor de atención primaria (PCP)	Copago de $40 (no se aplica el deducible)	Copago de $40 (no se aplica el deducible)
Visita de telemedicina a través de Teladoc***	**Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales:** $0 (no se aplica el deducible) **Dermatólogo:** $60 de copago (no se aplica el deducible)	**Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales:** $0 (no se aplica el deducible) **Dermatólogo:** $60 de copago (no se aplica el deducible)
Servicios de especialistas	Copago de $60 (no se aplica el deducible)	Copago de $60 (no se aplica el deducible)
Visitas al consultorio para servicios de salud mental y uso de sustancias	Copago de $40 (no se aplica el deducible)	Copago de $40 (no se aplica el deducible)
Atención de la vista	Copago de $60 (no se aplica el deducible)	Copago de $60 (no se aplica el deducible)
Centro de atención de urgencia/Consultas médicas sin cita previa	Copago de $75 (no se aplica el deducible)	Copago de $75 (no se aplica el deducible)
Cobertura de emergencia en todo el mundo†	Copago de $450 luego del deducible	Copago de $450 luego del deducible
Hospital: tratamiento para pacientes hospitalizados	Copago de $500/día Máximo de $2,000 por ingreso luego del deducible	Copago de $500/día Máximo de $2,000 por ingreso luego del deducible
Hospital: tratamiento para pacientes ambulatorios	Copago de $500 luego del deducible	Copago de $500 luego del deducible
Cirugía ambulatoria en centros independientes	Copago de $300 luego del deducible	Copago de $300 luego del deducible
Servicios de laboratorio	Copago de $25 (no se aplica el deducible)	Copago de $25 (no se aplica el deducible)
Radiografías	Copago de $40 luego del deducible	Copago de $40 luego del deducible
Imágenes de diagnóstico avanzadas (exploraciones por CT y MRI)	Copago de $75 Máximo de $375 (no se aplica el deducible)	Copago de $75 Máximo de $375 (no se aplica el deducible)
BENEFICIOS MÉDICOS FUERA DE LA RED		
Deducible (individual/familiar)	$10,000/$20,000	$10,000/$20,000
Coseguro	40 %	40 %
Límite de gasto máximo de bolsillo (individual/familiar)	$18,200/$36,400	$18,200/$36,400
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA		
Deducible para medicamentos con receta (Rx) (individual/familiar)	$250/$500	$250/$500
Nivel 1: medicamentos genéricos	Copago de $10 (no se aplica el deducible)	Copago de $10 (no se aplica el deducible)
Nivel 2: medicamentos de marca preferidos	Copago de $45 luego del deducible del medicamento con receta	Copago de $45 luego del deducible del medicamento con receta
Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos	Copago de $70 luego del deducible del medicamento con receta	Copago de $70 luego del deducible del medicamento con receta
Nivel 4: medicamentos de especialidad	20 % de coseguro Máximo de $200 por receta luego del deducible del medicamento con receta	20 % de coseguro Máximo de $100 por receta luego del deducible del medicamento con receta

*Los planes con cobertura contra catástrofes están disponibles para los menores de 30 años y para quienes califican para una exención por asequibilidad o dificultades económicas a través de Access Health CT.
**Deducible integrado para gastos médicos y de medicamentos con receta.
***La telemedicina no es apropiada para todos los servicios cubiertos, y se aplican restricciones. Para la atención primaria, los miembros deben tener 18 años o más; para los servicios de salud mental de Teladoc, los miembros deben tener 13 años o más.
†Sujeto a limitaciones.

Choice Silver Standard POS (CSR 87 %)	Choice Silver Standard POS (CSR 94 %)	Choice Catastrophic POS With Dental*
nas y familias con ingresos de hasta el 250 % de la línea de pobreza federal.		
Solo en Connecticut	Solo en Connecticut	Solo en Connecticut
$475/$950	Ninguno	$9,200/$18,400**
$2,725/$5,450	$1,150/$2,300	$9,200/$18,400
$0	$0	$0
Copago de $20 (no se aplica el deducible)	Copago de $10	Copago de $30 por visita para las primeras 3 visitas; se aplica un deducible para las visitas adicionales $0 luego del deducible
Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales: $0 (no se aplica el deducible) **Dermatólogo:** $45 de copago (no se aplica el deducible)	**Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales:** $0 **Dermatólogo:** $30 de copago	**Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales:** $0 luego del deducible **Dermatólogo:** $0 luego del deducible
Copago de $45 (no se aplica el deducible)	Copago de $30	$0 luego del deducible
Copago de $20 (no se aplica el deducible)	Copago de $10	Copago de $30 por visita para las primeras 3 visitas; se aplica un deducible para las visitas adicionales $0 luego del deducible
Copago de $45 (no se aplica el deducible)	Copago de $30	$0 luego del deducible
Copago de $35 (no se aplica el deducible)	Copago de $25	$0 luego del deducible
Copago de $150 luego del deducible	Copago de $50	$0 luego del deducible
Copago de $100/día Máximo de $400 por ingreso luego del deducible	Copago de $75/día Máximo de $300 por ingreso	$0 luego del deducible
Copago de $100 luego del deducible	Copago de $75	$0 luego del deducible
Copago de $60 luego del deducible	Copago de $45	$0 luego del deducible
Copago de $10 (no se aplica el deducible)	Copago de $10	$0 luego del deducible
Copago de $30 luego del deducible	Copago de $25	$0 luego del deducible
Copago de $60 Máximo de $360 (no se aplica el deducible)	Copago de $50 Máximo de $350	$0 luego del deducible
$10,000/$20,000	$10,000/$20,000	$15,000/$30,000
40 %	40 %	50 %
$18,200/$36,400	$18,200/$36,400	$20,000/$40,000
$50/$100	Ninguno	El plan tiene un deducible integrado con médico (ver arriba)**
Copago de $10 (no se aplica el deducible)	Copago de $5	$0 luego del deducible
Copago de $25 (no se aplica el deducible)	Copago de $10	$0 luego del deducible
Copago de $40 luego del deducible del medicamento con receta	Copago de $30	$0 luego del deducible
20 % de coseguro Máximo de $60 por receta luego del deducible del medicamento con receta	20 % de coseguro Máximo de $60 por receta	$0 luego del deducible

Planes Value

Nombre del plan/Nivel de metal	Value Gold Standard POS
ACCESO A LA RED	**Red personalizada solo en Connecticut**
PLAN/DEDUCIBLE MÉDICO	
Deducible (individual/familiar)	$1,200/$2,400
Límite de gasto máximo de bolsillo (individual/familiar)	$7,375/$14,750
BENEFICIOS MÉDICOS DENTRO DE LA RED	
Atención preventiva/Exámenes de detección/Inmunizaciones	$0
Servicios de proveedor de atención primaria (PCP)	Copago de $20 (no se aplica el deducible)
Visitas de telemedicina a través de Teladoc**	**Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales:** $0 (no se aplica el deducible) **Dermatólogo:** $40 de copago (no se aplica el deducible)
Servicios de especialistas (algunos servicios de especialistas requieren referidos de un PCP).	Copago de $40 (no se aplica el deducible)
Visitas al consultorio para servicios de salud mental y uso de sustancias	Copago de $20 (no se aplica el deducible)
Atención de la vista	Copago de $40 (no se aplica el deducible)
Centro de atención de urgencia/Consultas médicas sin cita previa	Copago de $50 (no se aplica el deducible)
Cobertura de emergencia en todo el mundo***	Copago de $400 (no se aplica el deducible)
Hospital: tratamiento para pacientes hospitalizados	Copago de $500/día Máximo de $1,000 por ingreso luego del deducible
Hospital: tratamiento para pacientes ambulatorios	Copago de $500 luego del deducible
Cirugía ambulatoria en centros independientes	Copago de $300 luego del deducible
Servicios de laboratorio	Copago de $10 (no se aplica el deducible)
Radiografías	Copago de $40 luego del deducible
Imágenes de diagnóstico avanzadas (exploraciones por CT y MRI)	Copago de $65 Máximo de $375 (no se aplica el deducible)
BENEFICIOS MÉDICOS FUERA DE LA RED	
Deducible (individual/familiar)	$3,000/$6,000
Coseguro	30 %
Límite de gasto máximo de bolsillo (individual/familiar)	$14,750/$29,500
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	
Deducible para medicamentos con receta (Rx) (individual/familiar)	$50/$100
Nivel 1: medicamentos genéricos	Copago de $5 (no se aplica el deducible)
Nivel 2: medicamentos de marca preferidos	Copago de $35 (no se aplica el deducible)
Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos	Copago de $60 (no se aplica el deducible)
Nivel 4: medicamentos de especialidad	20 % de coseguro Máximo de $100 por receta luego del deducible del medicamento con receta

*Deducible integrado para gastos médicos y de medicamentos con receta.

**La telemedicina no es apropiada para todos los servicios cubiertos, y se aplican restricciones. Para la atención primaria, los miembros deben tener 18 años o más; para los servicios de salud mental de Teladoc, los miembros deben tener 13 años o más.

***Sujeto a limitaciones.

Value Bronze Standard POS	Value Bronze Standard POS HSA
Red personalizada solo en Connecticut	**Red personalizada solo en Connecticut**
$6,550/$13,100*	$6,500/$13,000*
$9,100/$18,200	$7,225/$14,450
$0	$0
Copago de $40 (no se aplica el deducible)	Coseguro del 20 % luego del deducible
Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales: $0 (no se aplica el deducible) **Dermatólogo:** $70 de copago luego del deducible	**Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales:** 0 % de coseguro luego del deducible **Dermatólogo:** 20 % de coseguro luego del deducible
Copago de $70 luego del deducible	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $40 (no se aplica el deducible)	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $70 luego del deducible	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $75 (no se aplica el deducible)	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $450 luego del deducible	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $500/día Máximo de $1,000 por ingreso luego del deducible	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $500 luego del deducible	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $300 luego del deducible	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $20 (no se aplica el deducible)	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $40 luego del deducible	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $75 Máximo de $375 luego del deducible	Coseguro del 20 % luego del deducible
$13,100/$26,200	$13,000/$26,000
50 %	50 %
$18,200/$36,400	$14,450/$28,900
El plan tiene un deducible integrado con médico (ver arriba)*	El plan tiene un deducible integrado con médico (ver arriba)*
Copago de $15 (no se aplica el deducible)	Coseguro del 20 % luego del deducible
Copago de $50 (no se aplica el deducible)	Coseguro del 25 % luego del deducible
Coseguro del 50 % luego del deducible	Coseguro del 30 % luego del deducible
50 % de coseguro Máximo de $500 por receta luego del deducible	30 % de coseguro Máximo de $500 por receta luego del deducible

Planes Value

Nombre del plan/Nivel de metal	Value Silver Standard POS
ACCESO A LA RED	**Red personalizada solo en Connecticut**
PLAN/DEDUCIBLE MÉDICO	
Deducible (individual/familiar)	$5,000/$10,000
Límite de gasto máximo de bolsillo (individual/familiar)	$9,100/$18,200
BENEFICIOS MÉDICOS DENTRO DE LA RED	
Atención preventiva/Exámenes de detección/Inmunizaciones	$0
Servicios de proveedor de atención primaria (PCP)	Copago de $40 (no se aplica el deducible)
Visitas de telemedicina a través de Teladoc*	**Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales:** $0 (no se aplica el deducible) **Dermatólogo:** $60 de copago (no se aplica el deducible)
Servicios de especialistas	Copago de $60 (no se aplica el deducible)
Visitas al consultorio para servicios de salud mental y uso de sustancias	Copago de $40 (no se aplica el deducible)
Atención de la vista	Copago de $60 (no se aplica el deducible)
Centro de atención de urgencia/Consultas médicas sin cita previa	Copago de $75 (no se aplica el deducible)
Cobertura de emergencia en todo el mundo**	Copago de $450 luego del deducible
Hospital: tratamiento para pacientes hospitalizados	Copago de $500/día Máximo de $2,000 por ingreso luego del deducible
Hospital: tratamiento para pacientes ambulatorios	Copago de $500 luego del deducible
Cirugía ambulatoria en centros independientes	Copago de $300 luego del deducible
Servicios de laboratorio	Copago de $25 (no se aplica el deducible)
Radiografías	Copago de $40 luego del deducible
Imágenes de diagnóstico avanzadas (exploraciones por CT y MRI)	Copago de $75 Máximo de $375 (no se aplica el deducible)
BENEFICIOS MÉDICOS FUERA DE LA RED	
Deducible (individual/familiar)	$10,000/$20,000
Coseguro	40 %
Límite de gasto máximo de bolsillo (individual/familiar)	$18,200/$36,400
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	
Deducible para medicamentos con receta (Rx) (individual/familiar)	$250/$500
Nivel 1: medicamentos genéricos	Copago de $10 (no se aplica el deducible)
Nivel 2: medicamentos de marca preferidos	Copago de $45 luego del deducible del medicamento con receta
Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos	Copago de $70 luego del deducible del medicamento con receta
Nivel 4: medicamentos de especialidad	20 % de coseguro Máximo de $200 por receta luego del deducible del medicamento con receta

*La telemedicina no es apropiada para todos los servicios cubiertos, y se aplican restricciones. Para la atención primaria, los miembros deben tener 18 años o más; para los servicios de salud mental de Teladoc, los miembros deben tener 13 años o más.

**Sujeto a limitaciones.

Value Silver Standard POS (CSR 73 %)	Value Silver Standard POS (CSR 87 %)	Value Silver Standard POS (CSR 94 %)
Disponible para las personas y familias con ingresos de hasta el 250 % de la Línea de pobreza federal (FPL).		
Red personalizada solo en Connecticut	**Red personalizada solo en Connecticut**	**Red personalizada solo en Connecticut**
$5,000/$10,000	$475/$950	Ninguno
$7,350/$14,700	$2,725/$5,450	$1,150/$2,300
$0	$0	$0
Copago de $40 (no se aplica el deducible)	Copago de $20 (no se aplica el deducible)	Copago de $10
Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales: $0 (no se aplica el deducible) **Dermatólogo:** $60 de copago (no se aplica el deducible)	**Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales:** $0 (no se aplica el deducible) **Dermatólogo:** $45 de copago (no se aplica el deducible)	**Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales:** $0 **Dermatólogo:** $30 de copago
Copago de $60 (no se aplica el deducible)	Copago de $45 (no se aplica el deducible)	Copago de $30
Copago de $40 (no se aplica el deducible)	Copago de $20 (no se aplica el deducible)	Copago de $10
Copago de $60 (no se aplica el deducible)	Copago de $45 (no se aplica el deducible)	Copago de $30
Copago de $75 (no se aplica el deducible)	Copago de $35 (no se aplica el deducible)	Copago de $25
Copago de $450 luego del deducible	Copago de $150 luego del deducible	Copago de $50
Copago de $500/día Máximo de $2,000 por ingreso luego del deducible	Copago de $100/día Máximo de $400 por ingreso luego del deducible	Copago de $75/día Máximo de $300 por ingreso
Copago de $500 luego del deducible	Copago de $100 luego del deducible	Copago de $75
Copago de $300 luego del deducible	Copago de $60 luego del deducible	Copago de $45
Copago de $25 (no se aplica el deducible)	Copago de $10 (no se aplica el deducible)	Copago de $10
Copago de $40 luego del deducible	Copago de $30 luego del deducible	Copago de $25
Copago de $75 Máximo de $375 (no se aplica el deducible)	Copago de $60 Máximo de $360 (no se aplica el deducible)	Copago de $50 Máximo de $350
$10,000/$20,000	$10,000/$20,000	$10,000/$20,000
40 %	40 %	40 %
$18,200/$36,400	$18,200/$36,400	$18,200/$36,400
$250/$500	$50/$100	Ninguno
Copago de $10 (no se aplica el deducible)	Copago de $10 (no se aplica el deducible)	Copago de $5
Copago de $45 luego del deducible del medicamento con receta	Copago de $25 (no se aplica el deducible)	Copago de $10
Copago de $70 luego del deducible del medicamento con receta	Copago de $40 luego del deducible del medicamento con receta	Copago de $30
20 % de coseguro Máximo de $100 por receta luego del deducible del medicamento con receta	20 % de coseguro Máximo de $60 por receta luego del deducible del medicamento con receta	20 % de coseguro Máximo de $60 por receta

Plan dental básico de ConnectiCare

Resumen del plan		Pagos del miembro dentro de la red (INET)	Pagos del miembro fuera de la red (ONET)
Deducible (No se aplica a los servicios preventivos y diagnósticos para servicios dentro de la red)		$50 por miembro, hasta 3 familiares	$50 por miembro, hasta 3 familiares
Gasto máximo de bolsillo* para un hijo Para dos o más hijos		$350 $700	Ninguno
Servicios diagnósticos	**Limitaciones**		
Exámenes bucales	Dos (2) veces al año.	$0	30 % luego de pagar el deducible ONET ($0 para personas cubiertas menores de 26 años)
Radiografías periapicales	Cuatro (4) por año.		
Radiografías de aleta de mordida	Cuatro (4) radiografías de aleta de mordida por miembro por año.		
Radiografías panorámicas o de serie completa	Una (1) serie de radiografías de boca completa o una (1) película panorámica una vez cada tres (3) años.		
Servicios preventivos			
Limpiezas	Dos (2) veces al año.	$0	30 % luego de pagar el deducible ONET ($0 para personas cubiertas menores de 26 años)
Raspado periodontal y alisado radicular	Cubierto una (1) vez por cuadrante cada 36 meses.		
Mantenimiento periodontal	Una vez cada tres (3) meses después de la cirugía periodontal.		
Fluoruro*	Dos (2) veces al año.		
Selladores*	Un (1) sellador por diente cubierto cada tres (3) años calendario por hijo cubierto de 6 años hasta cumplir los 14 años.		
Servicios básicos (para personas cubiertas menores de 26 años solamente*)			
Empastes	Empastes, excluye empastes temporales, cubiertos por diente cada seis (6) meses.	20 % luego de pagar el deducible INET	40 % luego de pagar el deducible ONET
Extracciones simples	Extracción de rutina de un diente o dientes.		
Servicios mayores (para personas cubiertas menores de 26 años solamente*)			
Extracciones quirúrgicas	Se cubre la cirugía para la extracción de dientes erupcionados, mandíbulas fracturadas, impactaciones y lesiones. La cirugía correctiva de mandíbula y la cirugía relacionada con una lesión accidental no están cubiertas.	40 % luego de pagar el deducible INET	50 % luego de pagar el deducible ONET
Terapia de endodoncia (es decir, tratamiento del conducto radicular)	Una (1) pulpotomía por diente de por vida. El recubrimiento de pulpa no está cubierto.		
Terapia periodontal	Cinco (5) tratamientos de enfermedades de las encías y la mandíbula, incluidos dos (2) procedimientos de mantenimiento periodontal, por miembro, por año calendario.		
Coronas y restauraciones con molde dental	Incluye: coronas, incrustaciones, servicios protésicos, dentaduras postizas parciales, completas y extraíbles, puentes fijos, coronas o incrustaciones que se utilizan como pilares. Reemplazos cubiertos después de cinco (5) años.		
Prostodoncia (dentaduras postizas completas y parciales; puentes fijos)	Incluye: dentaduras postizas permanentes, puentes fijos y dentaduras postizas parciales extraíbles, postes si hay evidencia de terapia de conducto en el diente, sujeciones una vez cada seis (6) meses. Reemplazos cubiertos después de cinco (5) años a partir de la fecha de servicio. Inserción de puente fijo y dentadura postiza parcial en el mismo arco cubierto después de cinco (5) años a partir de la fecha de servicio. El ajuste de los aparatos está cubierto después de un (1) año de inserción.		
Otros servicios (para personas cubiertas menores de 26 años solamente*)			
Servicios de ortodoncia médicamente	Incluye visitas al consultorio, aparatos de ortodoncia, visitas de seguimiento y retención. Los aparatos existentes no están cubiertos.	50 % luego de pagar el deducible INET	50 % luego de pagar el deducible ONET

Máximos anuales del plan	
Máximo del plan (para personas cubiertas menores de 26 años*)	Ninguno
Máximo del plan (combinado para servicios dentro y fuera de la red para personas cubiertas mayores de 26 años*)	$1,000 por persona

*Para hijos, hijastros u otros hijos dependientes hasta el final del año del plan una vez que el dependiente cumpla la edad de 26 años.

Información importante
• Este es un breve resumen de los beneficios. Para obtener detalles completos sobre la cobertura y los beneficios, consulte su póliza de ConnectiCare Insurance Company, Inc.
• Si tiene preguntas sobre su plan, llame al Servicio de Atención a Miembros al **855-999-2329** (TTY: **711**).
• Los servicios cubiertos proporcionados por un dentista no participante se reembolsarán según la cantidad máxima permitida. Los miembros son responsables de pagar la diferencia entre la cantidad máxima permitida y el importe que cobra el proveedor. Para obtener más información, consulte la póliza de ConnectiCare Insurance Company, Inc.
• Para obtener una lista de los dentistas participantes, llame al Servicio de Atención a Miembros al **855-999-2329** (TTY: **711**) o visite **connecticare.com.**

Plan dental estándar de ConnectiCare

Resumen del plan		Pagos del miembro dentro de la red (INET)	Pagos del miembro fuera de la red (ONET)
Deducible (No se aplica a los servicios preventivos y diagnósticos para servicios dentro de la red)		$60 por miembro, hasta 3 familiares	$60 por miembro, hasta 3 familiares
Gasto máximo de bolsillo* para un hijo Para dos o más hijos		$350 $700	Ninguno
Servicios diagnósticos	**Limitaciones**		
Exámenes bucales	Dos (2) veces al año.	$0	20 % luego de pagar el deducible de ONET
Radiografías periapicales	Cuatro (4) por año.		
Radiografías de aleta de mordida	Cuatro (4) radiografías de aleta de mordida por miembro por año.		
Radiografías panorámicas o de serie completa	Una (1) serie de radiografías de boca completa o una (1) película panorámica una vez cada tres (3) años.		
Servicios preventivos			
Limpiezas	Dos (2) veces al año.	$0	20 % luego de pagar el deducible de ONET
Raspado periodontal y alisado radicular	Cubierto una (1) vez por cuadrante cada 36 meses.		
Mantenimiento periodontal	Una vez cada tres (3) meses después de la cirugía periodontal.		
Fluoruro*	Dos (2) veces al año.		
Selladores*	Un (1) sellador por diente cubierto cada tres (3) años calendario por hijo cubierto de 6 años hasta cumplir los 14 años.		
Servicios básicos (el período de espera se aplica a las personas cubiertas mayores de 26 años*)			
Empastes	Empastes, excluye empastes temporales, cubiertos por diente cada seis (6) meses.	20 % luego de pagar el deducible INET	40 % luego de pagar el deducible ONET
Extracciones simples	Extracción de rutina de un diente o dientes.		
Servicios mayores (el período de espera se aplica a personas cubiertas mayores de 26 años*)			
Extracciones quirúrgicas	Se cubre la cirugía para la extracción de dientes erupcionados, mandíbulas fracturadas, impactaciones y lesiones. La cirugía correctiva de mandíbula y la cirugía relacionada con una lesión accidental no están cubiertas.	40 % luego de pagar el deducible INET	50 % luego de pagar el deducible ONET
Terapia de endodoncia (es decir, tratamiento del conducto radicular)	Una (1) pulpotomía por diente de por vida. El recubrimiento de pulpa no está cubierto.		
Terapia periodontal	Cinco (5) tratamientos de enfermedades de las encías y la mandíbula, incluidos dos (2) procedimientos de mantenimiento periodontal, por miembro, por año calendario.		
Coronas y restauraciones con molde dental	Incluye: coronas, incrustaciones, servicios protésicos, dentaduras postizas parciales, completas y extraíbles, puentes fijos, coronas o incrustaciones que se utilizan como pilares. Reemplazos cubiertos después de cinco (5) años.		
Prostodoncia (dentaduras postizas completas y parciales; puentes fijos)	Incluye: dentaduras postizas permanentes, puentes fijos y dentaduras postizas parciales extraíbles, postes si hay evidencia de terapia de conducto en el diente, sujeciones una vez cada seis (6) meses. Reemplazos cubiertos después de cinco (5) años a partir de la fecha de servicio. Inserción de puente fijo y dentadura postiza parcial en el mismo arco cubierto después de cinco (5) años a partir de la fecha de servicio. El ajuste de los aparatos está cubierto después de un (1) año de inserción.		
Otros servicios (para personas cubiertas menores de 26 años solamente*)			
Servicios de ortodoncia médicamente necesarios	Incluye visitas al consultorio, aparatos de ortodoncia, visitas de seguimiento y retención. Los aparatos existentes no están cubiertos.	50 % luego de pagar el deducible INET	50 % luego de pagar el deducible ONET

Períodos de espera (para personas cubiertas mayores de 26 años*)	
Período de espera aplicable para el beneficio	
Servicios diagnósticos y preventivos	Sin período de espera
Servicios básicos	6 meses^
Servicios complejos	12 meses^

^Renuncia al período de espera disponible con prueba de cobertura previa para estos servicios en virtud de un plan de seguro dental cuando la fecha de finalización fue no más de 30 días anteriores a la fecha de entrada en vigencia de este plan.

Máximos anuales del plan	
Máximo del plan (para personas cubiertas menores de 26 años*)	Ninguno
Máximo del plan (combinado para servicios dentro y fuera de la red para personas cubiertas mayores de 26 años[1])	$2,000 por persona

*Para hijos, hijastros u otros hijos dependientes hasta el final del año del plan una vez que el dependiente cumpla 26 años.

Información importante

- Este es un breve resumen de los beneficios. Para obtener detalles completos sobre la cobertura y los beneficios, consulte su póliza de ConnectiCare Insurance Company, Inc.
- Si tiene preguntas sobre su plan, llame al Servicio de Atención a Miembros al **855-999-2329** (TTY: **711**).
- Los servicios cubiertos proporcionados por un dentista no participante se reembolsarán según la cantidad máxima permitida. Los miembros son responsables de pagar la diferencia entre la cantidad máxima permitida y el importe que cobra el proveedor. Para obtener más información, consulte la póliza de ConnectiCare Insurance Company, Inc.
- Para obtener una lista de los dentistas participantes, llame al Servicio de Atención a Miembros al **855-999-2329** (TTY: **711**) o visite **connecticare.com.**

Programa Covered Connecticut

Creado por el estado de Connecticut y administrado por el Departamento de Servicios Sociales de Connecticut, el Programa Covered Connecticut ofrece beneficios médicos y dentales a personas elegibles, así como transporte médico que no sea de emergencia por **$0 al mes**!

Funciona de la siguiente manera: Para estar en el Programa Covered Connecticut, debe inscribirse en un plan de salud de nivel plata a través de Access Health CT y usar el 100 % del Crédito Fiscal para Primas (Advanced Premium Tax Credit, APTC) avanzado disponible para usted. Luego, el estado pagará la prima mensual, así como otros costos, como deducibles y copagos.

¿Quién califica para el Programa Covered Connecticut? Este programa puede beneficiar a personas que recientemente han perdido la cobertura a través de HUSKY Health/Medicaid o que no pueden pagar el seguro de salud.

Usted debe:

- Ser residente de Connecticut de 19 a 64 años.
- Tener ingresos familiares de hasta el 175 % de la Línea de pobreza federal (FPL) y no ser elegible para HUSKY Health/Medicaid debido a sus ingresos.
- Ser elegible para recibir ayuda financiera, incluidos APTC y reducciones de costos compartidos (Cost-Sharing Reductions, CSR), y usar el 100 % de la ayuda financiera disponible.
- Inscribirse en un plan de nivel Silver a través de Access Health CT.

Pautas de ingresos cubiertos de Connecticut

Tamaño de su familia	1	2	3	4	5	6	7	8
Límite de ingresos	$26,355	$35,770	$45,185	$54,600	$64,015	$73,430	$82,845	$92,260

¡Obtenga cobertura hoy mismo a través del programa Covered Connecticut! Llame a Access Health CT al **855-805-4325**, visite **accesshealthct.com** o llame a ConnectiCare al **833-545-1088** (TTY: **711**).

Planes del programa Covered Connecticut

Nombre del plan	Programa Covered Connecticut (87)	
ACCESO A LA RED	**Choice, solo Connecticut**	
	el miembro paga	**el estado paga**
PLAN/DEDUCIBLE MÉDICO		
Deducible (individual/familiar)	Ninguno	$475/$950
Límite de gasto máximo de bolsillo (individual/familiar)	Ninguno	$2,725/$5,450
BENEFICIOS MÉDICOS DENTRO DE LA RED		
Atención preventiva/Exámenes de detección/Inmunizaciones	$0	$0
Servicios de proveedor de atención primaria (PCP)	$0	Copago de $20 (no se aplica el deducible)
Visitas de telemedicina a través de Teladoc*	$0	Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales: $0 (no se aplica el deducible)/Dermatólogo: $45 de copago (no se aplica el deducible)
Servicios de especialistas	$0	Copago de $45 (no se aplica el deducible)
Visitas al consultorio para servicios de salud mental y uso de sustancias	$0	Copago de $20 (no se aplica el deducible)
Atención de la vista	$0	Copago de $45 (no se aplica el deducible)
Centro de atención de urgencia/Consultas médicas sin cita previa	$0	Copago de $35 (no se aplica el deducible)
Cobertura de emergencia en todo el mundo**	$0	Copago de $150 luego del deducible
Hospital: tratamiento para pacientes hospitalizados	$0	Copago de $100/día Máximo de $400 por ingreso luego del deducible
Hospital: tratamiento para pacientes ambulatorios	$0	Copago de $100 luego del deducible
Cirugía ambulatoria en centros independientes	$0	Copago de $60 luego del deducible
Servicios de laboratorio	$0	Copago de $10 (no se aplica el deducible)
Radiografías	$0	Copago de $30 luego del deducible
Imágenes de diagnóstico avanzadas (exploraciones por CT y MRI)	$0	Copago de $60 Máximo de $360 (no se aplica el deducible)
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA		
Deducible para medicamentos con receta (Rx) (individual/familiar)	Ninguno	$50/$100
Nivel 1: medicamentos genéricos	$0	Copago de $10 (no se aplica el deducible)
Nivel 2: medicamentos de marca preferidos	$0	Copago de $25 (no se aplica el deducible)
Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos	$0	Copago de $40 luego del deducible del medicamento con receta
Nivel 4: medicamentos de especialidad	$0	20 % de coseguro Máximo de $60 por receta luego del deducible del medicamento con receta

*La telemedicina no es apropiada para todos los servicios cubiertos, y se aplican restricciones.

**Sujeto a limitaciones.

Programa Covered Connecticut (94)		Programa Covered Connecticut (87)		Programa Covered Connecticut (94)	
Choice, solo Connecticut		Value, red personalizada solo en Connecticut		Value, red personalizada solo en Connecticut	
el miembro paga	el estado paga	el miembro paga	el estado paga	el miembro paga	el estado paga
Ninguno	Ninguno	Ninguno	$475/$950	Ninguno	Ninguno
Ninguno	$1,150/$2,300	Ninguno	$2,725/$5,450	Ninguno	$1,150/$2,300
$0	$0	$0	$0	$0	$0
$0	Copago de $10	$0	Copago de $20 (no se aplica el deducible)	$0	Copago de $10
$0	Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales: $0 Dermatólogo: $30 de copago	$0	Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales: $0 (no se aplica el deducible) Dermatólogo: $45 de copago (no se aplica el deducible)	$0	Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales: $0 Dermatólogo: $30 de copago
$0	Copago de $30	$0	Copago de $45 (no se aplica el deducible)	$0	Copago de $30
$0	Copago de $10	$0	Copago de $20 (no se aplica el deducible)	$0	Copago de $10
$0	Copago de $30	$0	Copago de $45 (no se aplica el deducible)	$0	Copago de $30
$0	Copago de $25	$0	Copago de $35 (no se aplica el deducible)	$0	Copago de $25
$0	Copago de $50	$0	Copago de $150 luego del deducible	$0	Copago de $50
$0	Copago de $75/día Máximo de $300 por ingreso	$0	Copago de $100/día Máximo de $400 por ingreso luego del deducible	$0	Copago de $75/día Máximo de $300 por ingreso
$0	Copago de $75	$0	Copago de $100 luego del deducible	$0	Copago de $75
$0	Copago de $45	$0	Copago de $60 luego del deducible	$0	Copago de $45
$0	Copago de $10	$0	Copago de $10 (no se aplica el deducible)	$0	Copago de $10
$0	Copago de $25	$0	Copago de $30 luego del deducible	$0	Copago de $25
$0	Copago de $50 Máximo de $350	$0	Copago de $60 Máximo de $360 (no se aplica el deducible)	$0	Copago de $50 Máximo de $350
Ninguno	Ninguno	Ninguno	$50/$100	Ninguno	Ninguno
$0	Copago de $5	$0	Copago de $10 (no se aplica el deducible)	$0	Copago de $5
$0	Copago de $10	$0	Copago de $25 (no se aplica el deducible)	$0	Copago de $10
$0	Copago de $30	$0	Copago de $40 luego del deducible del medicamento con receta	$0	Copago de $30
$0	20 % de coseguro Máximo de $60 por receta	$0	20 % de coseguro Máximo de $60 por receta luego del deducible del medicamento con receta	$0	20 % de coseguro Máximo de $60 por receta

175 Scott Swamp Road, Farmington, CT 06032 | connecticare.com

ConnectiCare

Llámenos al **800-723-2986** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Horario extendido del 1 de noviembre al 15 de enero: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.

Visite **chooseconnecticare.com** o **accesshealthct.com** para comparar los beneficios, las características y las tarifas de las primas de los planes.

Reúnase con nosotros en un centro de ConnectiCare. Visite **visitconnecticare.com** o llame al **877-523-6837** (TTY: **711**) para conocer nuestras ubicaciones y para programar una cita.

Para obtener más información, escanee este código QR con su teléfono inteligente.

ConnectiCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no ejerce ninguna discriminación en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **800-251-7722** (TTY: **711**). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **800-251-7722** (TTY: **711**). Teladoc y las marcas relacionadas son marcas comerciales de Teladoc Health, Inc. y son utilizadas por ConnectiCare con su autorización. ConnectiCare es el nombre comercial utilizado para los productos y servicios proporcionados por uno o más grupos de empresas subsidiarias de ConnectiCare. En Connecticut, la cobertura de salud individual y familiar está suscrita por ConnectiCare, Inc. (CCI), un centro de atención médica con licencia, o ConnectiCare Benefits, Inc. (CBI) o ConnectiCare Insurance Company, Inc. (CICI), aseguradoras con licencia. 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. En Massachusetts, el seguro de salud grupal está suscrito por ConnectiCare of Massachusetts, Inc. (CMI), una HMO con licencia. 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 detalles de la cobertura, llame o escriba a su agente de seguros o a la empresa.

©2025 ConnectiCare, Inc. & Affiliates.

45-11873SP 10/24