



通过
Access Health CT
投保的计划

2025 年

ConnectiCare[®]



创建更健康的未来

健康是您最大的力量。帮助您保持健康是我们的责任。在 ConnectiCare，我们超越了传统承保范围，为您提供位置便捷的医生与全方位的身心健康资源，从而更好地为您的健康保驾护航。

本指南提供了通过康涅狄格州官方健康保险市场 Access Health CT 销售的 2025 年计划信息。

获享您需要的保险福利和服务

ConnectiCare 计划提供许多帮助您和您的家人保持健康的保险福利，包括：

- 预防性医疗服务，分摊费用为 \$0，涵盖年度体检、筛查、流感疫苗和其他疫苗接种等服务。*
- 处方药物承保。一些药物，如避孕药和预防心脏病的药物，以 \$0 的分摊费用即可获得。
- 使用独立的门诊和放射设施时，享受更低的自付费用。
- 针对药物使用障碍、焦虑、抑郁症和其他行为健康状况。
- 专科医生治疗、诊断测试和医院治疗。
- 为 26 岁以下会员提供儿童牙科和眼科承保。
- 无论您身在何处，都可享受紧急护理。**



Teladoc® Primary360

大多数 ConnectiCare 计划都提供便捷的在线门诊服务，通过电话、视频或移动应用程序消息即可享受 \$0 共付额和 \$0 自付额的虚拟初级保健、心理健康以及每周七天、全天候按需、非紧急护理服务。**** 更有皮肤科服务可供选择，但需按专科医生标准支付分摊费用。找同一个初级保健医生 (PCP) 就诊，就诊次数无限制。

*\$0 分摊费用的预防性医疗服务意味着您无需为服务支付共付额，也不必为服务支付您的自付额或共同保险费用。有些时候，预防性医疗服务就诊会产生其他医疗护理或检查，即使是在同一次预约也是如此。您应该在就诊期间咨询您的医生或医生的工作人员，看看是否有需要付费的服务。

**受到限制。

***在线门诊并不适用于所有承保服务，并有限制。并非所有服务都每周七天、全天候提供。要享受初级保健服务，会员必须年满 18 岁；要享受 Teladoc 在线门诊精神健康服务，会员必须年满 13 岁。选择兼容 HSA 的计划时，需承担一定的自付额。



牙科

牙科检查是维护您整体健康的重要部分

预防性牙科治疗 (包括检查、洗牙和 x 光检查) 可以帮助降低与心脏病、糖尿病、怀孕和其他疾病相关的风险。

以下是我们的计划提供牙科承保的方式：

- 所有计划都包含至 26 岁的儿科牙科保险福利。儿科牙科包括诊断、预防、基础和主要服务。
- 我们的两项计划包括成人预防性牙科承保：优选巨灾计划 POS (Choice Catastrophic POS) (含牙科) 和优选青铜另类计划 POS (Choice Bronze Alternative POS) (含牙科)。
- 我们还提供两个独立的牙科计划，无论您是否已加入 ConnectiCare 医疗计划，均可购买：ConnectiCare 基本牙科计划和 ConnectiCare 标准牙科计划。有关承保范围的详细信息，请参见第 14-17 页。

使用 connecticare.com 上的“查找医生”，查找 ConnectiCare 牙科网络中的参与牙医。

会员选择配药保险福利

使用维持性药物 (即您每天、每个月服用的药物) 的会员能够方便地获得 90 天的用药量，并且可选择在 CVS 或 Walgreens 给处方配药或通过快捷药方公司 (ESI) 邮购配药。

其他处方药可在任何网内药房配药。* 您可以选择每个计划年度更换一次药房连锁店。

*请注意，如果您选择在 CVS 中给维持性药物配药，则 Walgreens 将成为您的网外服务提供商。如果您选择 Walgreens，CVS 将成为网外服务提供商。即使在您选择零售网络后，维持性药物的 ESI 邮件订单仍可随时成为您的便捷备选方案。无论是选择送药上门服务还是在参与药房取药，90 天用量的药物的共付额相同。

额外礼
遇!

ConnectiCare 的独特优势



BenefitHub 折扣计划

在衣服、电子产品、礼券、汽车、度假等方面节省开支。



健康评估礼品卡

通过回答健康评估问题, 获得一张价值 **\$20** 的礼品卡。



HUSK 健保购买市场健康折扣

- 健身房和健身中心会员资格。
- 按需健身。
- 身心健康产品。



眼科折扣计划

选择参与计划的验光师进行配镜, 可享受镜框、镜片和处方隐形眼镜 **25% 至 30%** 的折扣优惠。



选择您的计划

您希望您花的每一分医疗保健费用都物有所值。因此，请花些时间查看您的计划选项，并选择符合您需求和预算的选项。

ConnectiCare 计划的类型

优选计划 (Choice)	您可以使用我们覆盖康涅狄格州的大型优选计划 (Choice) 网络中的任何医生、医院、实验室和设施。
晋级计划 (Value)	这些计划的特点是有有一个量身定制的晋级计划 (Value) 网络，它是我们的商业优选计划 (Choice) 网络的一个子集。对于那些可以在更局部的区域内选择护理方案的个人来说，它可能是合适的解决方案。并非所有医院及其附属专区都参与晋级计划 (Value) 网络。
POS	选择名称中有“POS”（服务点）的计划意味着您可以去网外医生处就诊，但需支付更多费用。
HSA	代表“健保储蓄账户 (HSA)”。HSA 计划允许您通过使用税前资金来节省符合条件的医疗保健费用。

金属级别

以下是所有类型计划的保费和自付费用范围。

金属级别	保费	自付费用	计划支付*
黄金	更高	更低	80%
白银	中度	中度	70%
青铜	最低	最高	60%

网络

使用您计划网络中的医生可以帮助您省钱。访问 connecticare.com，使用“查找医生”在您的计划网络中查找医生和医疗设施。按网络搜索并选择“通过 Access Health CT”，然后选择您的计划类型。

*计划为承保服务范围支付的平均金额。

提供财务援助

我们鼓励您访问 accesshealthct.com 并输入您的收入信息, 查看您是否有资格获得经济援助。如果您符合资格, 您将需要通过 Access Health CT 投保一个计划, 以获得经济援助。*

巨灾计划也适用于 30 岁以下符合资格的个人, 以及通过 Access Health CT 有资格获得负担能力或困难豁免的人。

您投保后会发生什么?

在您投保个人或家庭计划后, 如果您需要为您的计划每月支付保费, 您将收到账单。您必须在费用清单上的到期日之前支付账单, 才能开始享受保险。请注意, 如果您没有及时支付保费, 您将不会被视为该计划的会员, 并且您所获得的任何服务也将不会得到承保。

保险生效后不久, 您将收到您的会员身份卡。我们鼓励所有会员在我们的会员平台 my.connecticare.com 上设置帐户, 并选择初级保健医生 (PCP)。

在 connecticare.com/plans/glossary 上查找健康术语表。



*Access Health CT 是您获得财务援助以支付承保范围的专属途径。

优选计划 (Choice Plan)

计划名称/金属级别

优选黄金标准计划 POS
(Choice Gold Standard POS)

优选黄金另类计划 POS
(Choice Gold Alternative POS)

网络就诊

仅限康涅狄格州

仅限康涅狄格州

计划/医疗自付额

自付额(个人/家庭)

\$1,200/\$2,400

\$2,000/\$4,000

最高自付费用限额(个人/家庭)

\$7,375/\$14,750

\$7,900/\$15,800

网内医疗福利

预防性医疗服务/筛查/免疫接种

\$0

\$0

初级保健医生 (PCP) 服务

\$20 共付额(免自付额)

\$40 共付额(免自付额)

通过 Teladoc 在线门诊进行在线门诊就诊**

初级保健、心理健康和一般医疗服务：
\$0(免自付额)
皮肤科医生：\$40 共付额(免自付额)

初级保健、心理健康和一般医疗服务：
\$0(免自付额)
皮肤科医生：\$50 共付额(免自付额)

专科医生服务

\$40 共付额(免自付额)

\$50 共付额(免自付额)

心理健康和物质使用门诊就诊

\$20 共付额(免自付额)

\$40 共付额(免自付额)

眼科

\$40 共付额(免自付额)

\$50 共付额(免自付额)

免预约/紧急护理中心

\$50 共付额(免自付额)

30% 共同保险(免自付额)

全球紧急情况承保***

\$400 共付额(免自付额)

满足自付额后, 30% 共同保险金

医院 — 住院治疗

\$500 共付额/天
满足自付额后, 每次住院最高 \$1,000

满足自付额后, 30% 共同保险金

医院 — 门诊治疗

满足自付额后, \$500 共付额

满足自付额后, 30% 共同保险金

独立地点的门诊手术

满足自付额后, \$300 共付额

\$250 共付额(免自付额)

化验室服务

\$10 共付额(免自付额)

\$10 共付额(免自付额)

x 光检查

满足自付额后, \$40 共付额

独立设施：
\$50 共付额(免自付额)
医院设施：
满足自付额后, 30% 共同保险金

高级成像 (CT 扫描和磁共振成像 (MRI))

\$65 共付额
最高 \$375 (免自付额)

独立设施：\$75 共付额(免自付额)
医院设施：满足自付额后, 30% 共同保险金

网外医疗福利

自付额(个人/家庭)

\$3,000/\$6,000

\$7,000/\$14,000

共同保险金

30%

50%

最高自付费用限额(个人/家庭)

\$14,750/\$29,500

\$12,000/\$24,000

处方药物保险福利

处方药物 (Rx) 自付额(个人/家庭)

\$50/\$100

\$75/\$150

第 1 级 — 非品牌药物

\$5 共付额(免自付额)

\$10 共付额(免自付额)

第 2 级 — 首选品牌药物

\$35 共付额(免自付额)

\$40 共付额(免自付额)

第 3 级 — 非首选品牌药

\$60 共付额(免自付额)

满足处方自付额后, \$60 共付额

第 4 级 — 专科药物

20% 共同保险金
满足处方自付额后, 每个处方药最高 \$100

20% 共同保险金
满足处方自付额后, 每个处方药最高 \$150

*综合医疗和处方药物自付额。

**在线门诊并不适用于所有承保服务, 并有限制。要享受初级保健服务, 会员必须年满 18 岁; 要享受 Teladoc 在线门诊精神健康服务, 会员必须年满 13 岁。

***受到限制。

优选青铜计划标准 POS (Choice Bronze Standard POS)	优选青铜另类计划 POS (Choice Bronze Alternative POS) (含牙科)	优选青铜计划标准 POS HSA (Choice Bronze Standard POS HSA)
仅限康涅狄格州	仅限康涅狄格州	仅限康涅狄格州
\$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
\$40 共付额 (免自付额)	\$50 共付额 (免自付额)	满足自付额后, 20% 共同保险金
初级保健、心理健康和一般医疗服务: \$0 (免自付额) 皮肤科医生: \$70 共付额 (满足自付额后)	初级保健、心理健康和一般医疗服务: \$0 (免自付额) 皮肤科医生: \$70 共付额 (满足自付额后)	初级保健、心理健康和一般医疗服务: 0% 共同保险 (满足自付额后) 皮肤科医生: 20% 共同保险 (满足自付额后)
\$70 共付额 (满足自付额后)	\$70 共付额 (满足自付额后)	满足自付额后, 20% 共同保险金
\$40 共付额 (免自付额)	\$50 共付额 (免自付额)	满足自付额后, 20% 共同保险金
\$70 共付额 (满足自付额后)	\$70 共付额 (免自付额)	满足自付额后, 20% 共同保险金
\$75 共付额 (免自付额)	\$100 共付额 (免自付额)	满足自付额后, 20% 共同保险金
满足自付额后, \$450 共付额	满足自付额后 45% 共同保险金	满足自付额后, 20% 共同保险金
\$500 共付额/天 满足自付额后, 每次住院最高 \$1,000	满足自付额后, 45% 共同保险金	满足自付额后, 20% 共同保险金
满足自付额后, \$500 共付额	满足自付额后 45% 共同保险金	满足自付额后, 20% 共同保险金
满足自付额后, \$300 共付额	满足自付额后, \$500 共付额	满足自付额后, 20% 共同保险金
\$20 共付额 (免自付额)	满足自付额后, \$25 共付额	满足自付额后, 20% 共同保险金
满足自付额后, \$40 共付额	独立设施: 满足自付额后, \$70 共付额 医院设施: 满足自付额后, 45% 共同保险金	满足自付额后, 20% 共同保险金
\$75 共付额 满足自付额后最高 \$375	独立设施: 满足自付额后, \$75 共付额 医院设施: 满足自付额后, 45% 共同保险金	满足自付额后, 20% 共同保险金
\$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
计划已将自付额与医疗费用整合 (见上文) *	计划已将自付额与医疗费用整合 (见上文) *	计划已将自付额与医疗费用整合 (见上文) *
\$15 共付额 (免自付额)	\$30 共付额 (免自付额)	满足自付额后, 20% 共同保险金
\$50 共付额 (免自付额)	满足自付额后, \$100 共付额	满足自付额后, 25% 共同保险金
满足自付额后, 50% 共同保险金	满足自付额后, 50% 共同保险金	满足自付额后, 30% 共同保险金
50% 共同保险金 满足自付额后每个处方药最高 \$500	50% 共同保险金 满足自付额后每个处方药最高 \$500	30% 共同保险金 满足自付额后, 每个处方药最高 \$500

优选计划 (Choice Plan)

计划名称/金属级别

优选白银标准计划 POS
(Choice Silver Standard POS)

优选白银标准计划 POS
(Choice Silver Standard POS) (CSR 73%)

适用于

网络就诊 仅限康涅狄格州

仅限康涅狄格州

计划/医疗自付额

自付额(个人/家庭)	\$5,000/\$10,000	\$5,000/\$10,000
最高自付费用限额(个人/家庭)	\$9,100/\$18,200	\$7,350/\$14,700

网内医疗福利

预防性医疗服务/筛查/免疫接种	\$0	\$0
初级保健医生 (PCP) 服务	\$40 共付额(免自付额)	\$40 共付额(免自付额)
通过 Teladoc 在线门诊进行在线门诊就诊***	初级保健、心理健康和一般医疗服务： \$0(免自付额) 皮肤科医生:\$60 共付额(免自付额)	初级保健、心理健康和一般医疗服务： \$0(免自付额) 皮肤科医生:\$60 共付额(免自付额)
专科医生服务	\$60 共付额(免自付额)	\$60 共付额(免自付额)
心理健康和物质使用门诊就诊	\$40 共付额(免自付额)	\$40 共付额(免自付额)
眼科	\$60 共付额(免自付额)	\$60 共付额(免自付额)
免预约/紧急护理中心	\$75 共付额(免自付额)	\$75 共付额(免自付额)
全球紧急情况承保†	满足自付额后, \$450 共付额	满足自付额后, \$450 共付额
医院 — 住院治疗	\$500 共付额/天 满足自付额后, 每次住院最高 \$2,000	\$500 共付额/天 满足自付额后, 每次住院最高 \$2,000
医院 — 门诊治疗	满足自付额后, \$500 共付额	满足自付额后, \$500 共付额
独立地点的门诊手术	满足自付额后, \$300 共付额	满足自付额后, \$300 共付额
化验室服务	\$25 共付额(免自付额)	\$25 共付额(免自付额)
x 光检查	满足自付额后, \$40 共付额	满足自付额后, \$40 共付额
高级成像(CT 扫描和磁共振成像 (MRI))	\$75 共付额 最高 \$375(免自付额)	\$75 共付额 最高 \$375(免自付额)

网外医疗福利

自付额(个人/家庭)	\$10,000/\$20,000	\$10,000/\$20,000
共同保险金	40%	40%
最高自付费用限额(个人/家庭)	\$18,200/\$36,400	\$18,200/\$36,400

处方药物保险福利

处方药物 (Rx) 自付额(个人/家庭)	\$250/\$500	\$250/\$500
第 1 级 — 非品牌药物	\$10 共付额(免自付额)	\$10 共付额(免自付额)
第 2 级 — 首选品牌药物	满足处方自付额后, \$45 共付额	满足处方自付额后, \$45 共付额
第 3 级 — 非首选品牌药	满足处方自付额后, \$70 共付额	满足处方自付额后, \$70 共付额
第 4 级 — 专科药物	20% 共同保险 满足处方自付额后, 每个处方药最高 \$200	20% 共同保险金 满足处方自付额后, 每个处方药最高 \$100

* 巨灾计划适用于30 岁以下以及有资格通过 Access Health CT 获得负担能力或困难豁免的人士。

**综合医疗和处方药物自付额。

***在线门诊并不适用于所有承保服务, 并有限制。要享受初级保健服务, 会员必须年满 18 岁; 要享受 Teladoc 在线门诊精神健康服务, 会员必须年满 13 岁。

†受到限制。

优选白银标准计划 POS (Choice Silver Standard POS) (CSR 87%)	优选白银标准计划 POS (Choice Silver Standard POS) (CSR 94%)	优选巨灾计划 POS (Choice Catastrophic POS) (含牙科) *
F 最高达到联邦贫困标准线 (FPL) 250% 的个人和家庭。		
仅限康涅狄格州	仅限康涅狄格州	仅限康涅狄格州
\$475/\$950	无	\$9,200/\$18,400**
\$2,725/\$5,450	\$1,150/\$2,300	\$9,200/\$18,400
\$0	\$0	\$0
\$20 共付额 (免自付额)	\$10 共付额	头 3 次就诊每次就诊 \$30 共付额 自付额适用于额外就诊 满足自付额后, \$0
初级保健、心理健康和一般医疗服务: \$0 (免自付额) 皮肤科医生: \$45 共付额 (免自付额)	初级保健、心理健康和一般医疗服务: \$0 皮肤科医生: \$30 共付额	初级保健、心理健康和 一般医疗服务: 满足自付额后, \$0 皮肤科医生: 满足自付额后, \$0 共付额
\$45 共付额 (免自付额)	\$30 共付额	满足自付额后, \$0
\$20 共付额 (免自付额)	\$10 共付额	前 3 次就诊每次就诊 \$30 共付额 自付额适用于额外访视 满足自付额后, \$0
\$45 共付额 (免自付额)	\$30 共付额	满足自付额后, \$0
\$35 共付额 (免自付额)	\$25 共付额	满足自付额后, \$0
满足自付额后, \$150 共付额	\$50 共付额	满足自付额后, \$0
\$100 共付额/天 满足自付额后, 每次住院最高 \$400	\$75 共付额/天 每次住院最高 \$300	满足自付额后, \$0
满足自付额后, \$100 共付额	\$75 共付额	满足自付额后, \$0
满足自付额后, \$60 共付额	\$45 共付额	满足自付额后, \$0
\$10 共付额 (免自付额)	\$10 共付额	满足自付额后, \$0
满足自付额后, \$30 共付额	\$25 共付额	满足自付额后, \$0
\$60 共付额 最高 \$360 (免自付额)	\$50 共付额 最高 \$350	满足自付额后, \$0
\$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	无	计划已将自付额与医疗费用整合 (见上文) *
\$10 共付额 (免自付额)	\$5 共付额	满足自付额后, \$0
\$25 共付额 (免自付额)	\$10 共付额	满足自付额后, \$0
满足处方自付额后, \$40 共付额	\$30 共付额	满足自付额后, \$0
20% 共同保险金 满足处方自付额后, 每个处方药最高 \$60	20% 共同保险金 每个处方药最高 \$60	满足自付额后, \$0

晋级计划 (Value)

计划名称/金属级别		晋级黄金标准计划 (Value Gold Standard) POS
网络就诊		仅限康涅狄格州境内的定制网络
计划/医疗自付额		
自付额 (个人/家庭)		\$1,200/\$2,400
最高自付费用限额 (个人/家庭)		\$7,375/\$14,750
网内医疗福利		
预防性医疗服务/筛查/免疫接种		\$0
初级保健医生 (PCP) 服务		\$20 共付额 (免自付额)
通过 Teladoc 在线门诊进行在线门诊就诊**		初级保健、心理健康和一般医疗服务:\$0 (免自付额) 皮肤科医生:\$40 共付额 (免自付额)
专科服务 (某些专科医生服务需要初级保健医生 (PCP) 转诊。)		\$40 共付额 (免自付额)
心理健康和药物使用门诊就诊		\$20 共付额 (免自付额)
眼科		\$40 共付额 (免自付额)
免预约/紧急护理中心		\$50 共付额 (免自付额)
全球紧急情况承保***		\$400 共付额 (免自付额)
医院 — 住院治疗		\$500 共付额/天 满足自付额后, 每次住院最高 \$1,000
医院 — 门诊治疗		满足自付额后, \$500 共付额
独立地点的门诊手术		满足自付额后, \$300 共付额
化验室服务		\$10 共付额 (免自付额)
X 光检查		满足自付额后, \$40 共付额
高级成像 (CT 扫描和磁共振成像 (MRI))		\$65 共付额 最高 \$375 (免自付额)
网外医疗福利		
自付额 (个人/家庭)		\$3,000/\$6,000
共同保险金		30%
最高自付费用限额 (个人/家庭)		\$14,750/\$29,500
处方药物保险福利		
处方药物 (Rx) 自付额 (个人/家庭)		\$50/\$100
第 1 级 — 非品牌药物		\$5 共付额 (免自付额)
第 2 级 — 首选品牌药物		\$35 共付额 (免自付额)
第 3 级 — 非首选品牌药		\$60 共付额 (免自付额)
第 4 级 — 专科药物		20% 共同保险金 满足处方自付额后, 每个处方药最高 \$100

*综合医疗和处方药物自付额。

**在线门诊并不适用于所有承保服务, 并有限制。要享受初级保健服务, 会员必须年满 18 岁; 要享受 Teladoc 在线门诊精神健康服务, 会员必须年满 13 岁。

***受到限制。

晋级青铜标准计划 (Value Bronze Standard) POS	晋级青铜标准计划 (Value Bronze Standard) POS HSA
仅限康涅狄格州境内的定制网络	仅限康涅狄格州境内的定制网络
\$6,550/\$13,100*	\$6,500/\$13,000*
\$9,100/\$18,200	\$7,225/\$14,450
\$0	\$0
\$40 共付额 (免自付额)	满足自付额后, 20% 共同保险金
初级保健、心理健康和一般医疗服务: \$0 (免自付额) 皮肤科医生: \$70 共付额 (满足自付额后)	初级保健、心理健康和一般医疗服务: 0% 共同保险 (满足自付额后) 皮肤科医生: 20% 共同保险 (满足自付额后)
\$70 共付额 (满足自付额后)	满足自付额后, 20% 共同保险金
\$40 共付额 (免自付额)	满足自付额后, 20% 共同保险金
\$70 共付额 (满足自付额后)	满足自付额后, 20% 共同保险金
\$75 共付额 (免自付额)	满足自付额后, 20% 共同保险金
满足自付额后, \$450 共付额	满足自付额后, 20% 共同保险金
\$500 共付额/天 满足自付额后, 每次住院最高 \$1,000	满足自付额后, 20% 共同保险金
满足自付额后, \$500 共付额	满足自付额后, 20% 共同保险金
满足自付额后, \$300 共付额	满足自付额后, 20% 共同保险金
\$20 共付额 (免自付额)	满足自付额后, 20% 共同保险金
满足自付额后, \$40 共付额	满足自付额后, 20% 共同保险金
\$75 共付额 满足自付额后最高 \$375	满足自付额后, 20% 共同保险金
\$13,100/\$26,200	\$13,000/\$26,000
50%	50%
\$18,200/\$36,400	\$14,450/\$28,900
计划已将自付额与医疗费用整合 (见上文) *	计划已将自付额与医疗费用整合 (见上文) *
\$15 共付额 (免自付额)	满足自付额后, 20% 共同保险金
\$50 共付额 (免自付额)	满足自付额后, 25% 共同保险金
满足自付额后, 50% 共同保险金	满足自付额后, 30% 共同保险金
50% 共同保险金 满足自付额后, 每个处方药最高 \$500	30% 共同保险金 满足自付额后, 每个处方药最高 \$500

晋级计划 (Value)

计划名称/金属级别

晋级白银标准计划 (Value Silver Standard) POS

网络就诊

仅限康涅狄格州境内的定制网络

计划/医疗自付额

自付额 (个人/家庭)

\$5,000/\$10,000

最高自付费用限额 (个人/家庭)

\$9,100/\$18,200

网内医疗福利

预防性医疗服务/筛查/免疫接种

\$0

初级保健医生 (PCP) 服务

\$40 共付额 (免自付额)

通过 Teladoc 在线门诊进行在线门诊就诊*

初级保健、心理健康和一般医疗服务：
\$0 (免自付额)
皮肤科医生：\$60 共付额 (免自付额)

专科医生服务

\$60 共付额 (免自付额)

心理健康和物质使用门诊就诊

\$40 共付额 (免自付额)

眼科

\$60 共付额 (免自付额)

免预约/紧急护理中心

\$75 共付额 (免自付额)

全球紧急情况承保**

满足自付额后, \$450 共付额

医院 — 住院治疗

\$500 共付额/天
满足自付额后, 每次住院最高 \$2,000

医院 — 门诊治疗

满足自付额后, \$500 共付额

独立地点的门诊手术

满足自付额后, \$300 共付额

化验室服务

\$25 共付额 (免自付额)

x 光检查

满足自付额后, \$40 共付额

高级成像 (CT 扫描和磁共振成像 (MRI))

\$75 共付额
最高 \$375 (免自付额)

网外医疗福利

自付额 (个人/家庭)

\$10,000/\$20,000

共同保险金

40%

最高自付费用限额 (个人/家庭)

\$18,200/\$36,400

处方药物保险福利

处方药物 (Rx) 自付额 (个人/家庭)

\$250/\$500

第 1 级 — 非品牌药物

\$10 共付额 (免自付额)

第 2 级 — 首选品牌药物

满足处方自付额后, \$45 共付额

第 3 级 — 非首选品牌药

满足处方自付额后, \$70 共付额

第 4 级 — 专科药物

20% 共同保险
满足处方自付额后, 每个处方药最高 \$200

*在线门诊并不适用于所有承保服务, 并有限制。要享受初级保健服务, 会员必须年满 18 岁; 要享受 Teladoc 在线门诊精神健康服务, 会员必须年满 13 岁。

**受到限制。

晋级白银标准计划 (Value Silver Standard) POS (CSR 73%)	晋级白银标准计划 (Value Silver Standard) POS (CSR 87%)	晋级白银标准计划 (Value Silver Standard) POS (CSR 94%)
适用于最高达到联邦贫困标准线 (FPL) 250% 的个人和家庭。		
仅限康涅狄格州境内的定制网络	仅限康涅狄格州境内的定制网络	仅限康涅狄格州境内的定制网络
\$5,000/\$10,000	\$475/\$950	无
\$7,350/\$14,700	\$2,725/\$5,450	\$1,150/\$2,300
\$0	\$0	\$0
\$40 共付额 (免自付额)	\$20 共付额 (免自付额)	\$10 共付额
初级保健、心理健康和一般医疗服务： \$0 (免自付额) 皮肤科医生：\$60 共付额 (免自付额)	初级保健、心理健康和一般医疗服务： \$0 (免自付额) 皮肤科医生：\$45 共付额 (免自付额)	初级保健、心理健康和一般医疗服务： \$0 皮肤科医生：\$30 共付额
\$60 共付额 (免自付额)	\$45 共付额 (免自付额)	\$30 共付额
\$40 共付额 (免自付额)	\$20 共付额 (免自付额)	\$10 共付额
\$60 共付额 (免自付额)	\$45 共付额 (免自付额)	\$30 共付额
\$75 共付额 (免自付额)	\$35 共付额 (免自付额)	\$25 共付额
满足自付额后，\$450 共付额	满足自付额后，\$150 共付额	\$50 共付额
\$500 共付额/天 满足自付额后，每次住院最高 \$2,000	\$100 共付额/天 满足自付额后，每次住院最高 \$400	\$75 共付额/天 每次住院最高 \$300
满足自付额后，\$500 共付额	满足自付额后，\$100 共付额	\$75 共付额
满足自付额后，\$300 共付额	满足自付额后，\$60 共付额	\$45 共付额
\$25 共付额 (免自付额)	\$10 共付额 (免自付额)	\$10 共付额
满足自付额后，\$40 共付额	满足自付额后，\$30 共付额	\$25 共付额
\$75 共付额 最高 \$375 (免自付额)	\$60 共付额 最高 \$360 (免自付额)	\$50 共付额 最高 \$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	无
\$10 共付额 (免自付额)	\$10 共付额 (免自付额)	\$5 共付额
满足处方自付额后，\$45 共付额	\$25 共付额 (免自付额)	\$10 共付额
满足处方自付额后，\$70 共付额	满足处方自付额后，\$40 共付额	\$30 共付额
20% 共同保险金 满足处方自付额后，每个处方药最高 \$100	20% 共同保险金 满足处方自付额后，每个处方药最高 \$60	20% 共同保险金 每个处方药最高 \$60

ConnectiCare 基本牙科计划

计划概览		网内 (INET) 会员支付	网外 (ONET) 会员支付
自付额 (不适用于网内服务的预防和诊断服务)		每位会员 \$50, 最多 3 名家庭成员	每位会员 \$50, 最多 3 名家庭成员
自付最高金额* 适用于一个儿童 适用于两个或两个以上儿童		\$350 \$700	无
诊断服务		限制	
口腔检查	每年两 (2) 次。	\$0	在达到 ONET 自付额之后 30% (26 岁以下的受保人 为 \$0)
根尖周 x 光片	每年四 (4) 次。		
咬翼片 x 光片	每位会员每年四 (4) 次咬翼片 x 光检查。		
全景或完整系列射线照片	每三 (3) 年拍摄一 (1) 次全口腔系列 x 线检查或一 (1) 次全景胶片。		
预防服务			
洗牙	每年两 (2) 次。	\$0	在达到 ONET 自付额之后 30% (26 岁以下的受保人 为 \$0)
牙周刮治及牙根平整术	每个象限每 36 个月承保一 (1) 次。		
牙周维护	牙周手术后每三 (3) 个月一次。		
氟化物*	每年两 (2) 次。		
密封剂*	每三 (3) 个历年, 每个 6 岁至 14 岁的受保儿童每一颗受保牙齿使用一 (1) 份密封剂。		
基本服务 (仅适用于 26 岁以下的受保人*)			
补牙	补牙, 不包括临时补牙, 每六 (6) 个月每颗牙齿承保一次。	在达到 INET 自付额之后 20%	在达到 ONET 自付额之后 40%
简单拔牙	常规拔除一颗或多颗牙齿。		
主要服务 (仅适用于 26 岁以下的受保人*)			
手术拔牙	承保用于拔除出牙、颌骨骨折、嵌塞和病变的手术。不承保颌骨矫正手术和与意外伤害相关的手术。	在达到 INET 自付额之后 40%	在达到 ONET 自付额之后 50%
牙髓治疗 (即根管治疗)	每颗牙齿一生一 (1) 次牙髓切除术。 不承保盖髓术。		
牙周治疗	每个日历年每名会员五 (5) 次牙龈和下颌疾病治疗, 包括两 (2) 次牙周维持程序。		
牙冠和铸件修复	包括: 牙冠; 嵌体; 修复服务; 可摘、完整和部分假牙; 固定齿桥; 用作基台的牙冠或嵌体。 五 (5) 年后承保更换。		
假牙修复 (全口和部分假牙; 固定齿桥)	包括: 永久性假牙、固定齿桥和可摘部分假牙; 如果牙齿证实做过根管治疗, 则包括牙柱; 每六 (6) 个月承保固位钉。自服务之日起五 (5) 年后承保更换。自服务之日起五 (5) 年后, 承保在同一牙弓中插入固定齿桥和部分假牙。插入一 (1) 年后承保器具的调整。		
其他服务 (仅适用于 26 岁以下的受保人*)			
医疗上必要的牙齿矫正	包括诊室就诊、正畸矫治器、随访就诊和保留。 不承保现有器具。	在达到 INET 自付额之后 50%	在达到 ONET 自付额之后 50%

年度计划最大值	
计划最大值 (适用于 26 岁以下的投保人*)	无
计划最大值 (为 26 岁及以上的投保人提供网内和网外服务的组合*)	\$1,000/人

*对于子女、继子女或其他受抚养子女，直至受抚养人年满 26 岁的计划年度结束。

重要信息
- 这是对保险福利的简要总结。有关承保范围和福利的完整详情，请参阅您的 ConnectiCare Insurance Company, Inc. 保单。 - 如果您对计划有疑问，请致电会员服务部 855-999-2329 (TTY: 711)。 - 由非参与牙医提供的承保服务将按允许的最大金额报销。会员负责支付最大允许金额与医疗服务提供方收费金额之间的差额。有关更多信息，请参阅您的 ConnectiCare Insurance Company, Inc. 保单。 - 有关参与牙医的名单，请致电会员服务部 855-999-2329 (TTY: 711) 或访问 connecticare.com。

ConnectiCare 标准牙科计划

计划概览		网内 (INET) 会员支付	网外 (ONET) 会员支付
自付额 (不适用于网内服务的预防和诊断服务)		每位会员 \$60, 最多 3 名家庭成员	每位会员 \$60, 最多 3 名家庭成员
自付最高金额* 适用于一个儿童 适用于两个或两个以上儿童		\$350 \$700	无
诊断服务		限制	
口腔检查	每年两 (2) 次。	\$0	在达到 ONET 自付额之后 20%
根尖周 x 光片	每年四 (4) 次。		
咬翼片 x 光片	每位会员每年四 (4) 次咬翼片 x 光检查。		
全景或完整系列射线照片	每三 (3) 年拍摄一 (1) 次全口腔系列 x 线检查或一 (1) 次全景胶片。		
预防服务			
洗牙	每年两 (2) 次。	\$0	在达到 ONET 自付额之后 20%
牙周刮治及牙根平整术	每个象限每 36 个月承保一 (1) 次。		
牙周维护	牙周手术后每三 (3) 个月一次。		
氟化物*	每年两 (2) 次。		
密封剂*	每三 (3) 个历年, 每个 6 岁至 14 岁的受保儿童每一颗受保牙齿使用一 (1) 份密封剂。		
基本服务 (等待期适用于 26 岁以上的受保人*)			
补牙	补牙, 不包括临时补牙, 每六 (6) 个月每颗牙齿承保一次。	在达到 INET 自付额之后 20%	在达到 ONET 自付额之后 40%
简单拔牙	常规拔除一颗或多颗牙齿。		
主要服务 (等待期适用于 26 岁以上的受保人*)			
手术拔牙	承保用于拔除出牙、颌骨骨折、嵌塞和病变的手术。不承保颌骨矫正手术和与意外伤害相关的手术。	在达到 INET 自付额之后 40%	在达到 ONET 自付额之后 50%
牙髓治疗 (即根管治疗)	每颗牙齿一生一 (1) 次牙髓切除术。 不承保盖髓术。		
牙周治疗	每个日历年每名会员五 (5) 次牙龈和下颌疾病治疗, 包括两 (2) 次牙周维持程序。		
牙冠和铸件修复	包括: 牙冠; 嵌体; 修复服务; 可摘、完整和部分假牙; 固定齿桥; 用作基台的牙冠或嵌体。 五 (5) 年后承保更换。		
假牙修复 (全口和部分假牙; 固定齿桥)	包括: 永久性假牙、固定齿桥和可摘部分假牙; 如果牙齿证实做过根管治疗, 则包括牙柱; 每六 (6) 个月承保固位钉。自服务之日起五 (5) 年后承保更换。自服务之日起五 (5) 年后, 承保在同一牙弓中插入固定齿桥和部分假牙。插入一 (1) 年后承保器具的调整。		

其他服务 (仅适用于 26 岁以下的投保人*)			
医疗上必要的牙齿矫正服务	包括诊室就诊、正畸矫治器、随访就诊和保留。不承保现有器具。	在达到 INET 自付额之后 50%	在达到 ONET 自付额之后 50%
等待期 (适用于 26 岁以上的投保人*)			

适用的保险福利等待期	
诊断和预防服务	无等待期
基本服务	6 个月 ^
主要服务	12 个月 ^

^如果终止日期不早于本计划生效日期前 30 天, 则免除等待期, 并提供牙科保险计划下这些服务的事先承保证明。

年度计划最大值	
计划最大值 (适用于 26 岁以下的投保人*)	无
计划最大值 (为 26 岁及以上的投保人提供网内和网外服务)	\$2,000/人

*对于子女、继子女或其他受抚养子女, 直至受抚养人年满 26 岁的计划年度结束。

重要信息
- 这是对保险福利的简要总结。有关承保范围和福利的完整详情, 请参阅您的 ConnectiCare Insurance Company, Inc. 保单。 - 如果您对计划有疑问, 请致电会员服务部 855-999-2329 (TTY: 711)。 - 由非参与牙医提供的承保服务将按允许的最大金额报销。会员负责支付最大允许金额与医疗服务提供方收费金额之间的差额。有关更多信息, 请参阅您的 ConnectiCare Insurance Company, Inc. 保单。 - 有关参与牙医的名单, 请致电会员服务部 855-999-2329 (TTY: 711) 或访问 connecticare.com。



Covered Connecticut Program

由康涅狄格州创建并由康涅狄格州社会服务部管理, Covered Connecticut Program 为符合条件的个人提供医疗和牙科保险福利, 以及非紧急医疗运输, **费用为每月 \$0!**

以下是运作的方式:要参加 Covered Connecticut Program, 您必须通过 Access Health CT 投保一个白银级健保计划, 并使用 100% 的预支保费税额抵免 (APTC)。然后, 该州将支付每月保费以及其他费用, 如自付额和共付额。

谁有资格参加 Covered Connecticut Program? 本计划可能使最近通过 HUSKY Health/医疗补助计划 (Medicaid, 即白卡) 失去保险或负担不起医疗保险的人受益。

您必须:

- 是 19-64 岁的康涅狄格州居民。
- 家庭收入高达联邦贫困标准线 (FPL) 的 175% (包括175%以内), 且因收入而无资格参加 HUSKY Health/医疗补助计划 (Medicaid, 即白卡)。
- 有资格获得财务援助, 包括 APTC 和分摊费用削减 (CSR), 并使用 100% 的可用财务援助。
- 通过 Access Health CT 投保一个白银级计划。

康涅狄格州承保收入指南

家庭规模	1	2	3	4	5	6	7	8
收入限额	\$26,355	\$35,770	\$45,185	\$54,600	\$64,015	\$73,430	\$82,845	\$92,260

立即通过 Covered Connecticut Program 获得承保!请致电 **855-805-4325** 或访问 **accesshealthct.com** 联系 Access Health CT, 或致电 **833-545-1088** (TTY: **711**) 联系 ConnectiCare。

Covered Connecticut Program 计划

计划名称	Covered Connecticut Program (87)	
	网络就诊	优选计划 (Choice), 仅限康涅狄格州
	会员支付	州支付
计划/医疗自付额		
自付额(个人/家庭)	无	\$475/\$950
最高自付费用限额(个人/家庭)	无	\$2,725/\$5,450
网内医疗福利		
预防性医疗服务/筛查/免疫接种	\$0	\$0
初级保健医生 (PCP) 服务	\$0	\$20 共付额 (免自付额)
通过 Teladoc 在线门诊进行在线门诊就诊*	\$0	初级保健、心理健康和一般医疗服务： \$0 (免自付额) / 皮肤科医生:\$45 共付额 (免自付额)
专科医生服务	\$0	\$45 共付额 (免自付额)
心理健康和物质使用门诊就诊	\$0	\$20 共付额 (免自付额)
眼科	\$0	\$45 共付额 (免自付额)
免预约/紧急护理中心	\$0	\$35 共付额 (免自付额)
全球紧急情况承保**	\$0	满足自付额后, \$150 共付额
医院 — 住院治疗	\$0	\$100 共付额/天 满足自付额后, 每次住院最高 \$400
医院 — 门诊治疗	\$0	满足自付额后, \$100 共付额
独立地点的门诊手术	\$0	满足自付额后, \$60 共付额
化验室服务	\$0	\$10 共付额 (免自付额)
x 光检查	\$0	满足自付额后, \$30 共付额
高级成像(CT 扫描和磁共振成像 (MRI))	\$0	\$60 共付额 最高 \$360 (免自付额)
处方药物保险福利		
处方药物 (Rx) 自付额(个人/家庭)	无	\$50/\$100
第 1 级 — 非品牌药物	\$0	\$10 共付额 (免自付额)
第 2 级 — 首选品牌药物	\$0	\$25 共付额 (免自付额)
第 3 级 — 非首选品牌药	\$0	满足处方自付额后, \$40 共付额
第 4 级 — 专科药物	\$0	20% 共同保险金 满足处方自付额后, 每个处方药最高 \$60

*在线门诊并不适用于所有承保服务, 并有限制。

**受到限制。

Covered Connecticut Program (94)		Covered Connecticut Program (87)		Covered Connecticut Program (94)	
优选计划 (Choice), 仅限康涅狄格州		晋级计划 (Value), 仅限康涅狄格州境内的定制网络		晋级计划 (Value), 仅限康涅狄格州境内的定制网络	
会员支付	州支付	会员支付	州支付	会员支付	州支付
无	无	无	\$475/\$950	无	无
无	\$1,150/\$2,300	无	\$2,725/\$5,450	无	\$1,150/\$2,300
\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
\$0	\$10 共付额	\$0	\$20 共付额(免自付额)	\$0	\$10 共付额
\$0	初级保健、心理健康和一般医疗服务:\$0 皮肤科医生:\$30 共付额	\$0	初级保健、心理健康和一般医疗服务:\$0(免自付额) 皮肤科医生:\$45 共付额(免自付额)	\$0	初级保健、心理健康和一般医疗服务:\$0 皮肤科医生:\$30 共付额
\$0	\$30 共付额	\$0	\$45 共付额(免自付额)	\$0	\$30 共付额
\$0	\$10 共付额	\$0	\$20 共付额(免自付额)	\$0	\$10 共付额
\$0	\$30 共付额	\$0	\$45 共付额(免自付额)	\$0	\$30 共付额
\$0	\$25 共付额	\$0	\$35 共付额(免自付额)	\$0	\$25 共付额
\$0	\$50 共付额	\$0	满足自付额后,\$150 共付额	\$0	\$50 共付额
\$0	\$75 共付额/天 每次住院最高 \$300	\$0	\$100 共付额/天 满足自付额后, 每次住院最高 \$400	\$0	\$75 共付额/天 每次住院最高 \$300
\$0	\$75 共付额	\$0	满足自付额后,\$100 共付额	\$0	\$75 共付额
\$0	\$45 共付额	\$0	满足自付额后,\$60 共付额	\$0	\$45 共付额
\$0	\$10 共付额	\$0	\$10 共付额(免自付额)	\$0	\$10 共付额
\$0	\$25 共付额	\$0	满足自付额后,\$30 共付额	\$0	\$25 共付额
\$0	\$50 共付额 最高 \$350	\$0	\$60 共付额 最高 \$360(免自付额)	\$0	\$50 共付额 最高 \$350
无	无	无	\$50/\$100	无	无
\$0	\$5 共付额	\$0	\$10 共付额(免自付额)	\$0	\$5 共付额
\$0	\$10 共付额	\$0	\$25 共付额(免自付额)	\$0	\$10 共付额
\$0	\$30 共付额	\$0	满足处方自付额后,\$40 共付额	\$0	\$30 共付额
\$0	20% 共同保险金 每个处方药最高 \$60	\$0	20% 共同保险金 满足处方自付额后, 每个处方药最高 \$60	\$0	20% 共同保险金 每个处方药最高 \$60



周一至周五 8 a.m. 至 5 p.m.,
请致电 **800-723-2986** (TTY: **711**) 联系我们
11 月 1 日至 1 月 15 日期间延长营业时间:
周一至周五 8 a.m. 至 7 p.m.



访问 **chooseconnecticare.com** 或
accesshealthct.com, 比较计划
保险福利、特色和保费费率。



在 ConnectiCare 中心与我们会面。
访问 **visitconnecticare.com** 或致电
877-523-6837 (TTY: **711**) 查找位置并预约。



要了解更多信息, 请使用智能手机
扫描此二维码。

ConnectiCare 遵守适用的联邦民权法, 并且不以种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别为由而歧视任何人。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 在线门诊及相关标志是 Teladoc Health, Inc. 的商标, 并允许 ConnectiCare 使用。ConnectiCare 是一个或多个 ConnectiCare 子公司集团提供的产品和服务所用的品牌名称。在康涅狄格州, 个人和家庭医疗保险由获得许可的医疗中心 ConnectiCare, Inc. (CCI) 核保, 或由持牌保险公司 ConnectiCare Benefits, Inc. (CBI) 或 ConnectiCare Insurance Company, Inc. (CICI) 核保。CICI 核保个人、家庭和团体牙科承保。团体医疗承保由 CCI 承保, 或由 CICI 承保或管理。在马萨诸塞州, 团体健康保险由持牌 HMO ConnectiCare of Massachusetts, Inc. (CMI) 核保。所有保险合同、保单和团体保险福利计划均包含除外责任和限制。并非所有承保范围都适用于所有市场。有关承保范围的费用和详细信息, 请致电或写信给您的保险经纪人或公司。