



El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, en inglés) le ayudará a elegir un plan de salud. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información acerca del costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información acerca de la cobertura, o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte el Acuerdo de Intercambio Individual de CICI POS, o llame al 1-800-251-7722. Consulte el Glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-800-251-7722 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                   | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                             | ¿Por qué es importante?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general?                                   | <b>Proveedores Participantes:</b><br>\$5,000 individual/\$10,000 familiar.<br><b>Proveedores No Participantes:</b><br>\$10,000 individual/\$20,000 familiar.                                                                                                                           | Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro debe cumplir con el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros alcance el <u>deducible</u> general familiar.                                                                                                                      |
| ¿Hay algún servicio cubierto antes de cumplir con el <u>deducible</u> ? | Sí. La <u>atención médica preventiva</u> , la <u>atención primaria</u> y las consultas al <u>especialista</u> están cubiertas antes de alcanzar el <u>deducible</u> .                                                                                                                  | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/#preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/#preventive-care-benefits/</a> . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?                | Sí. Para <u>Proveedores Participantes</u> en la cobertura de medicamentos:<br>\$250 Individual/\$500 Familiar.<br><b>Proveedores No Participantes:</b><br>\$500 Individual/\$1,000 Familiar y atención médica domiciliaria<br><b>Proveedores No Participantes:</b><br>\$50 por persona | Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto específico del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | Para <u>proveedores</u> participantes \$7,675 individual/\$15,350 familiar. Para <u>Proveedores</u> No Participantes                                                                                                                                                                   | El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.                                                                                                                                                                                                                           |

| Preguntas importantes                                                                        | Respuestas                                                                                                                                                                                   | ¿Por qué es importante?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                              | \$18,200 individual/\$36,400 familiar.                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ? | <a href="#">Primas</a> , cargos por <a href="#">facturación del saldo</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                          | Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?                                | Sí.<br>Consulte <a href="http://Connecticare.com/CTFindCare">Connecticare.com/CTFindCare</a> o llame al 1-800-251-7722 para obtener una lista de <a href="#">Proveedores Participantes</a> . | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Usted pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> que forma parte de la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará el mayor monto si usa un <a href="#">proveedor</a> no participante, y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre lo que cobra el <a href="#">proveedor</a> y lo que paga el <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para consultar a un <a href="#">especialista</a> ?  | No                                                                                                                                                                                           | Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">derivación</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el [deducible](#), en caso de que se aplique el [deducible](#).

| Evento médico común                                                                       | Los servicios que podría necesitar                                            | Qué deberá pagar                                                                       |                                                                                          | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                           |                                                                               | Proveedor Participante<br>(Usted pagará más)                                           | Proveedor No Participante<br>(Usted pagará más)                                          |                                                                                                                                                                                                                          |
| Si visita el consultorio de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica o una clínica | Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o herida             | \$45 de <a href="#">Copago</a> por consulta; no se aplica el <a href="#">deducible</a> | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por consulta                                            | Ninguno                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                           | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                  | \$60 de <a href="#">Copago</a> por consulta; no se aplica el <a href="#">deducible</a> | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por consulta                                            | Ninguno                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                           | <a href="#">Atención médica preventiva/pruebas de detección</a> /inmunización | Sin cargo                                                                              | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por consulta; no se aplica el <a href="#">deducible</a> | Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su plan. Se aplican límites de frecuencia. |

| Evento médico común                                                                                                                                                                                                   | Los servicios que podría necesitar                                                                                               | Qué deberá pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  | Proveedor Participante<br>(Usted pagará más)                                                                                                                                                                                                                                                          | Proveedor No Participante<br>(Usted pagará más)                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Si tiene que hacerse un examen</b>                                                                                                                                                                                 | <a href="#">Prueba de diagnóstico</a><br>(radiografías, análisis de sangre)                                                      | <b>Radiografías:</b> \$40 de <a href="#">copago</a> de por servicio<br><b>Análisis de laboratorio:</b> \$25 de <a href="#">Copago</a> por servicio; no se aplica el <a href="#">deducible</a>                                                                                                         | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por servicio                                                   | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %. |
|                                                                                                                                                                                                                       | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética [MRI]) | \$75 de <a href="#">Copago</a> por servicio hasta un máximo anual combinado de \$375 para resonancias magnéticas (MRI, en inglés) y tomografías axiales computarizadas (CAT, en inglés); \$400 para tomografías por emisión de positrones (PET, en inglés); no se aplica el <a href="#">deducible</a> | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por servicio                                                   | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %. |
| <b>Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b><br>Más información acerca de la <a href="#">cobertura de medicamento recetado</a> disponible en <a href="#">ConnectiCare.com/CTFormulary2026</a> | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                                                                                                 | \$10 de <a href="#">Copago</a> por receta; no se aplica el <a href="#">deducible</a> (minorista);<br>\$30 de <a href="#">Copago</a> por receta; no se aplica el <a href="#">deducible</a> (pedido por correo)                                                                                         | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por receta (minorista y pedido por correo)                     | Determinados medicamentos requerirán <a href="#">autorización previa</a>                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                       | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)                                                                                       | \$50 de <a href="#">Copago</a> por receta (minorista); \$150 de <a href="#">copago</a> por receta (pedido por correo)                                                                                                                                                                                 | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por receta (minorista y pedido por correo)                     | Cubre hasta un suministro de 30 días por receta médica (minorista); suministro de 90 días por receta médica (pedido por correo)                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                       | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)                                                                                    | \$75 de <a href="#">Copago</a> por receta (minorista); \$225 de <a href="#">copago</a> por receta (pedido por correo)                                                                                                                                                                                 | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por receta (minorista y pedido por correo)                     | Los <a href="#">medicamentos especializados</a> están disponibles solo en farmacias minoristas especializadas y cubren hasta un límite de suministro de 30 días.                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                       | <a href="#">Medicamentos especializados</a> (Nivel 4)                                                                            | 20 % de <a href="#">Coseguro</a> hasta un máximo de \$100 por receta (solo para minoristas especializados)                                                                                                                                                                                            | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por medicamento recetado (solo para minoristas especializados) |                                                                                                                                                                                                                                                |

| Evento médico común                                                                      | Los servicios que podría necesitar                         | Qué deberá pagar                                                                                                                                                                                                       |                                                 | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                          |                                                            | Proveedor Participante<br>(Usted pagará más)                                                                                                                                                                           | Proveedor No Participante<br>(Usted pagará más) |                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Si requiere una cirugía ambulatoria</b>                                               | Arancel del centro (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria) | \$500 de <a href="#">Copago</a> por consulta en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios<br><br>\$300 de <a href="#">Copago</a> por consulta en un Centro de Cirugía Ambulatoria                             | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por consulta   | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %. |
|                                                                                          | Tarifa del médico/cirujano                                 | 0 % de <a href="#">Coseguro</a> por consulta                                                                                                                                                                           | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por consulta   | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Si requiere atención médica inmediata</b>                                             | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>         | \$450 de <a href="#">Copago</a> por consulta                                                                                                                                                                           | Cubierto igual que el Proveedor Participante    | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                          | <a href="#">Transporte médico para casos de emergencia</a> | Sin cargo                                                                                                                                                                                                              | Cubierto igual que el Proveedor Participante    | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                          | <a href="#">Atención de urgencia</a>                       | \$75 de <a href="#">Copago</a> por consulta; no se aplica el <a href="#">deducible</a>                                                                                                                                 | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por consulta   | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Si tiene una estadía en un hospital</b>                                               | Honorarios del centro (p. ej. habitación de hospital)      | \$500 de <a href="#">Copago</a> por día hasta un máximo de \$2,000 por admisión                                                                                                                                        | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por admisión   | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %. |
|                                                                                          | Tarifa del médico/cirujano                                 | 0% de <a href="#">coseguro</a> por admisión                                                                                                                                                                            | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por admisión   | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                      | \$45 de <a href="#">copago</a> por consulta; no se aplica el <a href="#">deducible</a><br><b>Tratamiento ambulatorio para trastornos de salud mental, por consumo de alcohol y sustancias (tratamiento ambulatorio</b> | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por consulta   | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                        |

| Evento médico común       | Los servicios que podría necesitar          | Qué deberá pagar                                                                                                                                                                       |                                                 | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                           |                                             | Proveedor Participante<br>(Usted pagará más)                                                                                                                                           | Proveedor No Participante<br>(Usted pagará más) |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                           |                                             | <b>intensivo y <a href="#">hospitalización parcial</a>): <a href="#">hospitalización</a>): \$100 de <a href="#">Copago</a> por consulta; no se aplica el <a href="#">deducible</a></b> |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                           | Servicios para pacientes internados         | \$500 de <a href="#">Copago</a> por día hasta un máximo de \$2,000 por admisión                                                                                                        | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por admisión   | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %.                            |
| <b>Si está embarazada</b> | Visitas al consultorio                      | Sin cargo para atención prenatal y posnatal                                                                                                                                            | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por consulta   | Los costos compartidos no se aplican a ciertos servicios preventivos. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <a href="#">coseguro</a> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido). |
|                           | Servicios profesionales de parto/nacimiento | 0 % de <a href="#">Coseguro</a> por admisión                                                                                                                                           | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por admisión   | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                           | Servicios de parto/nacimiento en el centro  | \$500 de <a href="#">Copago</a> por día hasta un máximo de \$2,000 por admisión                                                                                                        | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por admisión   | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| Evento médico común                                                            | Los servicios que podría necesitar                           | Qué deberá pagar                                                                       |                                                                                                                  | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                |                                                              | Proveedor Participante<br>(Usted pagará más)                                           | Proveedor No Participante<br>(Usted pagará más)                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Si requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas | <a href="#">Atención médica domiciliaria</a>                 | Sin cargo                                                                              | 25 % de <a href="#">Coseguro</a> por consulta después de alcanzar \$50 de <a href="#">deducible</a> por separado | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %.<br>hasta 100 consultas por año calendario |
|                                                                                | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                  | \$30 de <a href="#">copago</a> por consulta; no se aplica el <a href="#">deducible</a> | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por consulta                                                                    | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %.<br>hasta 40 consultas por año             |
|                                                                                | <a href="#">Servicios de recuperación de las habilidades</a> | \$30 de <a href="#">copago</a> por consulta; no se aplica el <a href="#">deducible</a> | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por consulta                                                                    | hasta 40 consultas por año                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>         | \$500 de <a href="#">Copago</a> por día hasta \$2,000 por admisión                     | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por admisión                                                                    | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %.<br>90 días por año calendario como máximo |

| Evento médico común                                  | Los servicios que podría necesitar                        | Qué deberá pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                      |                                                           | Proveedor Participante<br>(Usted pagará más)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Proveedor No Participante<br>(Usted pagará más)                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                      | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                    | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por equipo/suministro; no se aplica el <a href="#">deducible</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por equipo/suministro                                                         | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %. |
|                                                      | <a href="#">Atención médica para pacientes terminales</a> | Centro hospitalario para pacientes hospitalizados aplicable o costo compartido de atención médica domiciliaria                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Centro hospitalario para pacientes hospitalizados aplicable o costo compartido de atención médica domiciliaria | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %. |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños                             | \$60 de <a href="#">Copago</a> por consulta; no se aplica el <a href="#">deducible</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 40 % de <a href="#">Coseguro</a> por consulta                                                                  | un examen por año calendario                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                      | Anteojos para niños                                       | <b>Lentes:</b> Sin cargo<br><b>Montura de la colección:</b> Sin cargo<br><b>Montura que no sea de la colección:</b> Los miembros que opten por pasar de una montura de colección a una montura que no sea de la colección recibirán un crédito sustancialmente igual al costo de la montura de la colección y tendrán derecho a cualquier descuento negociado por el transportista con el minorista | 50 % de <a href="#">Coseguro</a> por consulta                                                                  | un par de monturas y lentes o lentes de contacto por año calendario                                                                                                                                                                            |
|                                                      | Chequeo dental para niños                                 | Sin cargo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 50 % de <a href="#">Coseguro</a> por consulta                                                                  | Cobertura limitada a dos exámenes por año calendario                                                                                                                                                                                           |

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- |                                                                  |                                                               |                                 |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| • Cirugía bariátrica                                             | • Atención médica a largo plazo                               | • Cuidado de rutina de los pies |
| • Cirugía cosmética                                              | • Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos | • Pruebas auditivas de rutina   |
| • Atención dental (adultos)                                      | • Enfermería de guardia privada                               | • Programas de pérdida de peso  |
| • Atención de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos |                                                               |                                 |

Otros servicios cubiertos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su [plan](#)).

- |                                                            |                                                    |                                 |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------|
| • La cobertura de acupuntura se limita al manejo del dolor | • Audífono (puede estar cubierto con limitaciones) | • Cuidado de rutina de los ojos |
| • Cuidado quiropráctico                                    | • Tratamiento de infertilidad                      | • Terminación del embarazo      |

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice existen organismos que pueden ayudarle. La información de contacto de esos organismos es la siguiente: U.S. Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight al 1-877-267-2323 X61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o el U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). También puede tener a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Marketplace](#) de [Seguros de Salud](#). Para obtener más información acerca del [Marketplace](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596. Para obtener más información sobre sus derechos a continuar la cobertura, también puede comunicarse con el [plan](#) llamando al 1-800-251-7722.

**Su derecho a presentar una Queja Formal o una Apelación:** Existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su [plan](#) por una denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Además, los documentos de su [plan](#) proporcionan información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con ConnectiCare Member Appeals: PO Box 4061, Farmington, CT 06034-4061 o 1-800-251-7722. Residentes de Connecticut: CT State Department of Insurance al 1-800-203-3447 o [www.ct.gov/cid/site/default.asp](http://www.ct.gov/cid/site/default.asp). Employee Benefits Security Administration: 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

### ¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí

La [Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye [planes](#) y [seguros de salud](#) disponibles a través del [Marketplace](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no sea elegible para recibir el [crédito fiscal para las primas](#).

### ¿Cumple este plan el Estándar de Valor Mínimo? No se aplica

Si su [plan](#) no cumple con el [Estándar de Valor Mínimo](#), usted puede ser elegible para obtener [crédito fiscal para las primas](#) que le ayudará a pagar por un [plan](#) a través del [Marketplace](#).

*Para ejemplos sobre cómo este [plan](#) paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.*

## Sobre estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este [plan](#) cubriría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, lo que cobren los [proveedores](#) y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar según los diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg tendrá un bebé

(9 meses de cuidado prenatal dentro la red y parto en un hospital)

|                                                               |         |
|---------------------------------------------------------------|---------|
| ■ <a href="#">Deducible</a> total del <a href="#">plan</a>    | \$5,000 |
| ■ <a href="#">Copago</a> para el <a href="#">especialista</a> | \$60    |
| ■ <a href="#">Copago</a> del hospital (centro)                | \$500   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                               | 40 %    |

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)  
 Servicios Profesionales de Parto/Nacimiento  
 Servicios de Parto/Nacimiento en el Centro  
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$12,700</b> |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg debe pagar:

| Costos Compartidos                    |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>            | \$5,000        |
| <a href="#">Copagos</a>               | \$1,400        |
| <a href="#">Coseguro</a>              | \$0            |
| Qué servicios no cubre el plan        |                |
| Límites o exclusiones                 | \$60           |
| <b>El total que debe pagar Peg es</b> | <b>\$6,460</b> |

### Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red para una enfermedad bien controlada)

|                                                               |         |
|---------------------------------------------------------------|---------|
| ■ <a href="#">Deducible</a> total del <a href="#">plan</a>    | \$5,000 |
| ■ <a href="#">Copago</a> para el <a href="#">especialista</a> | \$60    |
| ■ <a href="#">Copago</a> del hospital (centro)                | \$500   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                               | 50 %    |

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye información sobre la enfermedad*)  
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)  
[Medicamentos recetados](#)  
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$5,600</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe debe pagar:

| Costos Compartidos                    |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>            | \$0            |
| <a href="#">Copagos</a>               | \$1,000        |
| <a href="#">Coseguro</a>              | \$300          |
| Qué servicios no cubre el plan        |                |
| Límites o exclusiones                 | \$20           |
| <b>El total que debe pagar Joe es</b> | <b>\$1,320</b> |

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro la red)

|                                                               |         |
|---------------------------------------------------------------|---------|
| ■ <a href="#">Deducible</a> total del <a href="#">plan</a>    | \$5,000 |
| ■ <a href="#">Copago</a> para el <a href="#">especialista</a> | \$60    |
| ■ <a href="#">Copago</a> del hospital (centro)                | \$500   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                               | 50 %    |

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

[Atención en la sala de emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)  
[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografías*)  
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$2,800</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia debe pagar:

| Costos Compartidos                    |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>            | \$900          |
| <a href="#">Copagos</a>               | \$300          |
| <a href="#">Coseguro</a>              | \$100          |
| Qué servicios no cubre el plan        |                |
| Límites o exclusiones                 | \$0            |
| <b>El total que debe pagar Mia es</b> | <b>\$1,300</b> |

El [plan](#) será responsable del resto de los costos de estos servicios cubiertos que figuran como EJEMPLOS.

ConnectiCare cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de edad, color, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo.

Para ayudarle a comunicarse con nosotros, ConnectiCare ofrece servicios gratuitos y de manera oportuna:

- ConnectiCare ofrece adaptaciones razonables y ayuda y servicios apropiados para personas con discapacidades. Esto incluye lo siguiente: (1) Intérpretes calificados. (2) Información por escrito en otros formatos, como en letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles y braille.
- ConnectiCare brinda servicios lingüísticos a personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés. Esto incluye lo siguiente: (1) Intérpretes de idiomas calificados. (2) Información traducida a su idioma.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con Servicios para Miembros de ConnectiCare al 1-800-251-7722 o TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora local.

Si cree que sufrió discriminación por motivos de edad, color, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo, puede presentar una queja formal. Puede presentar una queja formal por teléfono, fax, correo postal o a través de su portal seguro para miembros. Si necesita ayuda para escribir la queja formal, le ayudaremos. Puede obtener nuestro procedimiento de quejas formales en nuestro sitio web [Connecticare.com/legal/nondiscrimination](https://connecticare.com/legal/nondiscrimination). Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al 1-800-251-7722 o TTY/TDD: 711 o envíe su queja formal a:

ConnectiCare Grievance and Appeals Department  
P.O. Box 4061  
Farmington, CT 06034-4061  
Fax: 1-800-319-0089  
Sitio web: [MyConnectiCarePortal.com](https://myconnecticareportal.com)

También puede presentar una queja formal de derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights por medios electrónicos a través del Portal de Quejas de la Office for Civil Rights, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201



Teléfono: 1-800-368-1019

TTY: 1-800-537-7697

**Aviso de no discriminación: Sección 1557**  
**ConnectiCare - Marketplace**

Los formularios para las quejas están disponibles aquí: [https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form- package.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf)

|                                   |                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| English                           | For free language assistance services, and auxiliary aids and services, call 1-800-251-7722 (TTY: 711).                                                |
| Spanish<br>Español                | Para obtener servicios gratuitos de asistencia lingüística, así como ayudas y servicios auxiliares, llame al 1-800-251-7722 (TTY: 711).                |
| Portuguese<br>Português           | Para obter serviços de assistência linguística e materiais e serviços auxiliares gratuitos ligue para 1-800-251-7722 (telefone de texto [TTY]: 711).   |
| Polish<br>Polski                  | Aby uzyskać bezpłatną pomoc językową oraz dodatkowe wsparcie i usługi, należy zadzwonić pod numer 1-800-251-7722 (TTY: 711).                           |
| Chinese (Traditional)<br>中文（台灣繁體） | 如需免費的語言協助服務以及輔助裝置和服務，請致電1-800-251-7722（聽障專線：711）。                                                                                                      |
| Italian<br>Italiano               | Per i servizi di assistenza gratuiti in italiano nonché per supporti e servizi ausiliari, chiamare 1-800-251-7722 (TTY: 711).                          |
| French<br>Français                | Pour bénéficier de services d'assistance linguistique gratuits, ainsi que de services et aides complémentaires, appelez le 1-800-251-7722 (ATS : 711). |
| French Creole<br>Kreyòl Ayisyen   | Pou asistans lang gratis, epi èd ak sèvis oksilyè, rele 1-800-251-7722 (TTY: 711).                                                                     |
| Russian<br>Русский                | Для получения бесплатных услуг языковой помощи, а также вспомогательных средств и услуг, позвоните: 1-800-251-7722 (телетайп: 711).                    |
| Vietnamese<br>Tiếng Việt          | Để sử dụng dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cũng như các dịch vụ và tính năng hỗ trợ thêm, hãy gọi 1-800-251-7722 (TTY: 711).                          |
| Arabic<br>العربية                 | اتصل على الرقم 1-800-251-7722 (الهاتف النصي 711) لتلقي خدمات المساعدة اللغوية المجانية والخدمات والمساعدات الإضافية                                    |
| Korean<br>한국인                     | 무료 언어 지원 서비스와 보조 지원 및 서비스를 원하시면 1-800-251-7722 (TTY: 711)로 연락 주시기 바랍니다.                                                                                |
| Albanian<br>shqip                 | Për shërbime falas të asistencës gjuhësore në shqip, mbështetje dhe shërbime shtesë, telefononi numrin 1-800-251-7722 (TTY: 711).                      |

Hindi  
हिंदी

निःशुल्क भाषा सहायता सेवाओं और सहायक ऐड एवं सेवाओं के लिए 1-800-251-7722 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Tagalog

Para sa libreng serbisyo sa tulong sa wika, at mga auxiliary aid at serbisyo, tumawag sa 1-800-251-7722 (TTY: 711).

Greek  
Ελληνικά

Για δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, καθώς και βοηθητικά μέσα και υπηρεσίες, καλέστε στο 1-800-251-7722 (TTY: 711).