

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Cobertura de salud asequible y de calidad para todos ofrecida a través de Access Health CT.

Obtén más información en ConnectiCareVentas.com.

¡Llama hoy! (866) 714-8990 (TTY: 711)

Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Bronze Alternative POS with Dental and Vision		Choice Bronze Standard POS	
			Value Bronze Standard POS	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
VALORES BÁSICOS				
Visitas de atención virtual de Teladoc las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año	Sin costo	50 % después del deducible	Sin costo	50 % después del deducible
Visita de control anual: adultos	Sin costo	50 %	Sin costo	50 %
Exámenes preventivos de rutina: niños y adultos	Sin costo	50 %	Sin costo	50 %
Exámenes de la vista de rutina: niños (menores de 26 años)	\$70	50 % después del deducible	\$70 después del deducible	50 % después del deducible
Anteosjos de rutina: niños (menores de 26 años)	50 % después del deducible	50 % después del deducible	Sin costo	50 % después del deducible
Medicamentos preventivos recetados	Sin costo	50 % después del deducible	Sin costo	50 % después del deducible
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día	Sin costo	N/A	Sin costo	N/A

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Bronze Alternative POS with Dental and Vision		Choice Bronze Standard POS	
			Value Bronze Standard POS	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
BENEFICIOS Y ASPECTOS DESTACADOS DE LOS COSTOS COMPARTIDOS				
Deducible (ind./fam.)	\$7,000/\$14,000	\$15,000/\$30,000	\$7,000/\$14,000	\$13,100/\$26,200
Deducible de medicamentos (ind./fam.)	Comb. c/ Med.	Comb. c/ Med.	Comb. c/ Med.	Comb. c/ Med.
Máximo de desembolso personal (ind./fam.)	\$9,200/\$18,400	\$20,000/ \$40,000	\$10,000/\$20,000	\$18,200/\$36,400
Instalaciones de la sala de emergencias	45 % después del deducible	45 % después del deducible INN	\$450 después del deducible	\$450 después del deducible INN
Servicios de atención de urgencia	\$100	50 % después del deducible	\$75	50 % después del deducible
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS				
Cargo por el uso de las instalaciones para pacientes hospitalizados <i>*Se pueden aplicar honorarios profesionales.</i>	45 % después del deducible	50 % después del deducible	\$500 por día después del deducible (máximo de \$1,000 por admisión)	50 % por admisión después del deducible

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Bronze Alternative POS with Dental and Vision		Choice Bronze Standard POS	
			Value Bronze Standard POS	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS DE VISITAS AL CONSULTORIO DE PROFESIONALES PARA PACIENTES AMBULATORIOS				
Atención primaria	\$50	50 % después del deducible	\$50	50 % después del deducible
Atención especializada	\$70 después del deducible	50 % después del deducible	\$70 después del deducible	50 % después del deducible
Servicios de rehabilitación y estimulación de habilidades	\$30 después del deducible	50 % después del deducible	\$30 después del deducible	50 % después del deducible
Servicios de salud mental o conductual o servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias	\$50	50 % después del deducible	\$50	50 % después del deducible

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Bronze Alternative POS with Dental and Vision		Choice Bronze Standard POS	
			Value Bronze Standard POS	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA				
Cargo por uso de las instalaciones para pacientes ambulatorios	45 % después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$500 después del deducible en un centro de cirugía ambulatoria	50 % después del deducible	\$500 después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$300 después del deducible en un centro de cirugía ambulatoria	50 % después del deducible
Honorarios profesionales para pacientes ambulatorios	45 % después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$0 después del deducible en un centro de cirugía ambulatoria	50 % después del deducible	\$0 después del deducible	50 % después del deducible

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN
DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Bronze Alternative POS with Dental and Vision		Choice Bronze Standard POS	
			Value Bronze Standard POS	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA				
Servicios avanzados de estudios por imágenes y exploración especializada	45 % después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$75 después del deducible en un proveedor independiente	50 % después del deducible	\$75 después del deducible hasta un máximo anual combinado de \$375 para resonancias magnéticas (Magnetic Resonance Imaging, MRI) y tomografías computarizadas (Computerized Axial Tomography, CAT); \$400 para tomografías por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET)	50 % después del deducible

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Bronze Alternative POS with Dental and Vision		Choice Bronze Standard POS	
			Value Bronze Standard POS	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA				
Servicios de diagnóstico y radiografías de rutina	45 % después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$70 después del deducible en un proveedor independiente	50 % después del deducible	\$40 después del deducible	50 % después del deducible
Análisis de laboratorio	\$25 después del deducible	50 % después del deducible	\$20	50 % después del deducible

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Bronze Alternative POS with Dental and Vision		Choice Bronze Standard POS	
			Value Bronze Standard POS	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
MEDICAMENTOS RECETADOS [§]				
Medicamentos preventivos	Sin cargo	50 % después del deducible	Sin cargo	50 % después del deducible
Medicamentos genéricos preferidos	\$30	50 % después del deducible	\$15	50 % después del deducible
Medicamentos de marca preferidos	\$100 después del deducible	50 % después del deducible	\$50	50 % después del deducible
Medicamentos no preferidos	50 % después del deducible	50 % después del deducible	50 % después del deducible	50 % después del deducible
Medicamentos especializados	50 % después del deducible (máximo de \$500 por receta)	50 % después del deducible	50 % después del deducible (máximo de \$500 por receta)	50 % después del deducible

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Bronze Standard POS HSA		Choice Silver Standard POS		Choice Silver Standard POS (CSR 73%)	
	Value Bronze Standard POS HSA		Value Silver Standard POS		Value Silver Standard POS (CSR 73%)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
VALORES BÁSICOS						
Visitas de atención virtual de Teladoc las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año	0 % después del deducible	50 % después del deducible	Sin costo	40 % después del deducible	Sin costo	40 % después del deducible
Visita de control anual: adultos	Sin costo	50 %	Sin costo	40 %	Sin costo	40 %
Exámenes preventivos de rutina: niños y adultos	Sin costo	50 %	Sin costo	40 %	Sin costo	40 %
Exámenes de la vista de rutina: niños (menores de 26 años)	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$60	40 % después del deducible	\$60	40 % después del deducible
Anteojos de rutina: niños (menores de 26 años)	\$0 después del deducible	50 % después del deducible	Sin costo	50 % después del deducible	Sin costo	50 % después del deducible
Medicamentos preventivos recetados	Sin costo	50 % después del deducible	Sin costo	40 % después del deducible de la receta	Sin costo	40 % después del deducible de la receta
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día	Sin costo	N/A	Sin costo	N/A	Sin costo	N/A

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Bronze Standard POS HSA		Choice Silver Standard POS		Choice Silver Standard POS (CSR 73%)	
	Value Bronze Standard POS HSA		Value Silver Standard POS		Value Silver Standard POS (CSR 73%)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
BENEFICIOS Y ASPECTOS DESTACADOS DE LOS COSTOS COMPARTIDOS						
Deducible (ind./fam.)	\$6,500/\$13,000	\$13,000/\$26,000	\$5,000/\$10,000	\$10,000/\$20,000	\$5,000/\$10,000	\$10,000/\$20,000
Deducible de medicamentos (ind./fam.)	Comb. c/ Med.	Comb. c/ Med.	\$250/\$500	\$500/\$1,000	\$250/\$500	\$500/\$1,000
Máximo de desembolso personal (ind./fam.)	\$7,225/\$14,450	\$14,450/\$28,900	\$9,400/\$18,800	\$18,200/\$36,400	\$7,675/\$15,350	\$18,200/\$36,400
Instalaciones de la sala de emergencias	20 % después del deducible	20 % después del deducible INN	\$450 después del deducible	\$450 después del deducible INN	\$450 después del deducible	\$450 después del deducible INN
Servicios de atención de urgencia	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$75	40 % después del deducible	\$75	40 % después del deducible

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Bronze Standard POS HSA		Choice Silver Standard POS		Choice Silver Standard POS (CSR 73%)	
	Value Bronze Standard POS HSA		Value Silver Standard POS		Value Silver Standard POS (CSR 73%)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS						
Cargo por el uso de las instalaciones para pacientes hospitalizados <i>*Se pueden aplicar honorarios profesionales.</i>	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$500 después del deducible (máximo de \$2,000 por admisión)	40 % después del deducible	\$500 después del deducible (máximo de \$2,000 por admisión)	40 % después del deducible
SERVICIOS DE VISITAS AL CONSULTORIO DE PROFESIONALES PARA PACIENTES AMBULATORIOS						
Atención primaria	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$45	40 % después del deducible	\$45	40 % después del deducible
Atención especializada	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$60	40 % después del deducible	\$60	40 % después del deducible
Servicios de rehabilitación y estimulación de habilidades	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$30	40 % después del deducible	\$30	40 % después del deducible
Servicios de salud mental o conductual o servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$45	40 % después del deducible	\$45	40 % después del deducible

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN
DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Bronze Standard POS HSA		Choice Silver Standard POS		Choice Silver Standard POS (CSR 73%)	
	Value Bronze Standard POS HSA		Value Silver Standard POS		Value Silver Standard POS (CSR 73%)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA						
Cargo por uso de las instalaciones para pacientes ambulatorios	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$500 después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$300 después del deducible en un centro de cirugía ambulatoria	40 % después del deducible	\$500 después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$300 después del deducible en un centro de cirugía ambulatoria	40 % después del deducible
Honorarios profesionales para pacientes ambulatorios	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$0 después del deducible	40 % después del deducible	\$0 después del deducible	40 % después del deducible

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN
DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Bronze Standard POS HSA		Choice Silver Standard POS		Choice Silver Standard POS (CSR 73%)	
	Value Bronze Standard POS HSA		Value Silver Standard POS		Value Silver Standard POS (CSR 73%)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA						
Servicios avanzados de estudios por imágenes y exploración especializada	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$75 hasta un máximo anual combinado de \$375 para resonancias magnéticas y tomografías computarizadas; \$400 para tomografías por emisión de positrones	40 % después del deducible	\$75 hasta un máximo anual combinado de \$375 para resonancias magnéticas y tomografías computarizadas; \$400 para tomografías por emisión de positrones	40 % después del deducible
Servicios de diagnóstico y radiografías de rutina	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$40 después del deducible	40 % después del deducible	\$40 después del deducible	40 % después del deducible
Análisis de laboratorio	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$25	40 % después del deducible	\$25	40 % después del deducible

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Bronze Standard POS HSA		Choice Silver Standard POS		Choice Silver Standard POS (CSR 73%)	
	Value Bronze Standard POS HSA		Value Silver Standard POS		Value Silver Standard POS (CSR 73%)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
MEDICAMENTOS RECETADOS [§]						
Medicamentos preventivos	Sin cargo	50 % después del deducible	Sin cargo	40 % después del deducible de la receta	Sin cargo	40 % después del deducible de la receta
Medicamentos genéricos preferidos	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$10	40 % después del deducible de la receta	\$10	40 % después del deducible de la receta
Medicamentos de marca preferidos	25 % después del deducible	50 % después del deducible	\$50 después del deducible de la receta	40 % después del deducible de la receta	\$50 después del deducible de la receta	40 % después del deducible de la receta
Medicamentos no preferidos	30 % después del deducible	50 % después del deducible	\$75 después del deducible de la receta	40 % después del deducible de la receta	\$75 después del deducible de la receta	40 % después del deducible de la receta
Medicamentos especializados	30 % después del deducible (máximo de \$500 por receta)	50 % después del deducible	20 % después del deducible de la receta (máximo de \$200 por receta)	40 % después del deducible de la receta	20 % después del deducible de la receta (máximo de \$100 por receta)	40 % después del deducible de la receta

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Silver Standard POS (CSR 87%)		Choice Silver Standard POS (CSR 94%)		Choice Covered Connecticut Program (87)	
	Value Silver Standard POS (CSR 87%)		Value Silver Standard POS (CSR 94%)		Value Covered Connecticut Program (87)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
VALORES BÁSICOS						
Visitas de atención virtual de Teladoc las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año	Sin costo	40 % después del deducible	Sin costo	40 % después del deducible	Sin costo	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0
Visita de control anual: adultos	Sin costo	40 %	Sin costo	40 %	Sin costo	Estado: 40 % Beneficiario: \$0
Exámenes preventivos de rutina: niños y adultos	Sin costo	40 %	Sin costo	40 %	Sin costo	Estado: 40 % Beneficiario: \$0
Exámenes de la vista de rutina: niños (menores de 26 años)	\$45	40 % después del deducible	\$30	40 % después del deducible	Estado: \$45 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0
Anteojos de rutina: niños (menores de 26 años)	Sin costo	50 % después del deducible	Sin costo	50 % después del deducible	Sin costo	Estado: 50 % después del deducible Beneficiario: \$0

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN
DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Silver Standard POS (CSR 87%)		Choice Silver Standard POS (CSR 94%)		Choice Covered Connecticut Program (87)	
	Value Silver Standard POS (CSR 87%)		Value Silver Standard POS (CSR 94%)		Value Covered Connecticut Program (87)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
VALORES BÁSICOS						
Medicamentos preventivos recetados	Sin costo	40 % después del deducible de la receta	Sin costo	40 % después del deducible de la receta	Sin costo	Estado: 40 % después del deducible de la receta Beneficiario: \$0
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día	Sin costo	N/A	Sin costo	N/A	Sin costo	N/A

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

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Silver Standard POS (CSR 87%)		Choice Silver Standard POS (CSR 94%)		Choice Covered Connecticut Program (87)	
	Value Silver Standard POS (CSR 87%)		Value Silver Standard POS (CSR 94%)		Value Covered Connecticut Program (87)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
BENEFICIOS Y ASPECTOS DESTACADOS DE LOS COSTOS COMPARTIDOS						
Deducible (ind./fam.)	\$415/\$830	\$10,000/\$20,000	\$0	\$10,000/\$20,000	Estado: \$415/\$830 Beneficiario: \$0	Estado: \$10,000/\$20,000 Beneficiario: \$0
Deducible de medicamentos (ind./fam.)	\$50/\$100	\$500/\$1,000	\$0	\$500/\$1,000	Estado: \$50/\$100 Beneficiario: \$0	Estado: \$500/\$1,000 Beneficiario: \$0
Máximo de desembolso personal (ind./fam.)	\$2,950/\$5,900	\$18,200/\$36,400	\$1,350/\$2,700	\$18,200/\$36,400	Estado: \$2,950/\$5,900 Beneficiario: \$0	Estado: \$18,200/\$36,400 Beneficiario: \$0
Instalaciones de la sala de emergencias	\$150 después del deducible	\$150 después del deducible INN	\$50	\$50	Estado: \$150 después del deducible Beneficiario: \$0	Estado: \$150 después del deducible INN Beneficiario: \$0
Servicios de atención de urgencia	\$35	40 % después del deducible	\$25	40 % después del deducible	Estado: \$35 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0

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

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Silver Standard POS (CSR 87%)		Choice Silver Standard POS (CSR 94%)		Choice Covered Connecticut Program (87)	
	Value Silver Standard POS (CSR 87%)		Value Silver Standard POS (CSR 94%)		Value Covered Connecticut Program (87)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS						
Cargo por el uso de las instalaciones para pacientes hospitalizados <i>*Se pueden aplicar honorarios profesionales.</i>	\$100 después del deducible (máximo de \$400 por admisión)	40 % después del deducible	\$75 (máximo de \$300 por admisión)	40 % después del deducible	Estado: \$100 por día/\$400 por admisión después del deducible Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0
SERVICIOS DE VISITAS AL CONSULTORIO DE PROFESIONALES PARA PACIENTES AMBULATORIOS						
Atención primaria	\$35	40 % después del deducible	\$15	40 % después del deducible	Estado: \$35 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0
Atención especializada	\$50	40 % después del deducible	\$30	40 % después del deducible	Estado: \$50 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0

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

SERVICIOS SIN
DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Silver Standard POS (CSR 87%)		Choice Silver Standard POS (CSR 94%)		Choice Covered Connecticut Program (87)	
	Value Silver Standard POS (CSR 87%)		Value Silver Standard POS (CSR 94%)		Value Covered Connecticut Program (87)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS DE VISITAS AL CONSULTORIO DE PROFESIONALES PARA PACIENTES AMBULATORIOS						
Servicios de rehabilitación y estimulación de habilidades	\$20	40 % después del deducible	\$20	40 % después del deducible	Estado: \$20 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0
Servicios de salud mental o conductual o servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias	\$35	40 % después del deducible	\$15	40 % después del deducible	Estado: \$35 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Silver Standard POS (CSR 87%)		Choice Silver Standard POS (CSR 94%)		Choice Covered Connecticut Program (87)	
	Value Silver Standard POS (CSR 87%)		Value Silver Standard POS (CSR 94%)		Value Covered Connecticut Program (87)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA						
Cargo por uso de las instalaciones para pacientes ambulatorios	\$100 después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$60 después del deducible en un centro de cirugía ambulatoria	40 % después del deducible	\$75 en un centro de atención ambulatoria \$45 en un centro de cirugía ambulatoria	40 % después del deducible	Estado: \$100 después del deducible en un centro de atención ambulatoria Beneficiario: \$0 Estado: \$60 después del deducible en un centro de cirugía ambulatoria Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0
Honorarios profesionales para pacientes ambulatorios	\$0 después del deducible	40 % después del deducible	\$0	40 % después del deducible	Estado: \$0 después del deducible Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN
DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Silver Standard POS (CSR 87%)		Choice Silver Standard POS (CSR 94%)		Choice Covered Connecticut Program (87)	
	Value Silver Standard POS (CSR 87%)		Value Silver Standard POS (CSR 94%)		Value Covered Connecticut Program (87)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA						
Servicios avanzados de estudios por imágenes y exploración especializada	\$60 hasta un máximo anual combinado de \$360 para resonancias magnéticas y tomografías computarizadas; \$400 para tomografías por emisión de positrones	40 % después del deducible	\$50 hasta un máximo anual combinado de \$350 para resonancias magnéticas y tomografías computarizadas; \$400 para tomografías por emisión de positrones	40 % después del deducible	Estado: \$60 hasta un máximo anual combinado de \$360 para resonancias magnéticas (MRI) y tomografías computarizadas (CAT); \$400 para tomografías por emisión de positrones (PET) Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0
Servicios de diagnóstico y radiografías de rutina	\$30 después del deducible	40 % después del deducible	\$25	40 % después del deducible	Estado: \$30 después del deducible Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0
Análisis de laboratorio	\$15	40 % después del deducible	\$10	40 % después del deducible	Estado: \$15 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Silver Standard POS (CSR 87%)		Choice Silver Standard POS (CSR 94%)		Choice Covered Connecticut Program (87)	
	Value Silver Standard POS (CSR 87%)		Value Silver Standard POS (CSR 94%)		Value Covered Connecticut Program (87)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
MEDICAMENTOS RECETADOS [§]						
Medicamentos preventivos	Sin cargo	40 % después del deducible de la receta	Sin cargo	40 % después del deducible de la receta	Sin cargo	Estado: 40 % después del deducible de la receta Beneficiario: \$0
Medicamentos genéricos preferidos	\$10	40 % después del deducible de la receta	\$5	40 % después del deducible de la receta	Estado: \$10 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible de la receta Beneficiario: \$0
Medicamentos de marca preferidos	\$25	40 % después del deducible de la receta	\$10	40 % después del deducible de la receta	Estado: \$25 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible de la receta Beneficiario: \$0

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Silver Standard POS (CSR 87%)		Choice Silver Standard POS (CSR 94%)		Choice Covered Connecticut Program (87)	
	Value Silver Standard POS (CSR 87%)		Value Silver Standard POS (CSR 94%)		Value Covered Connecticut Program (87)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
MEDICAMENTOS RECETADOS [§]						
Medicamentos no preferidos	\$40 después del deducible de la receta	40 % después del deducible de la receta	\$30	40 % después del deducible de la receta	Estado: \$40 después del deducible de la receta Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible de la receta Beneficiario: \$0
Medicamentos especializados	20 % después del deducible de la receta (máximo de \$60 por receta)	40 % después del deducible de la receta	20 % (máximo de \$60 por receta)	40 % después del deducible de la receta	Estado: 20 % después del deducible de la receta (máximo de \$60 por receta) Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible de la receta Beneficiario: \$0

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN
DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Covered Connecticut Program (94)		Choice Gold Standard POS		Choice Gold Alternative POS	
	Value Covered Connecticut Program (94)		Value Gold Standard POS			
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
VALORES BÁSICOS						
Visitas de atención virtual de Teladoc las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año	Sin costo	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0	Sin costo	30 % después del deducible	Sin costo	50 % después del deducible
Visita de control anual: adultos	Sin costo	Estado: 40 % Beneficiario: \$0	Sin costo	30 %	Sin costo	50 %
Exámenes preventivos de rutina: niños y adultos	Sin costo	Estado: 40 % Beneficiario: \$0	Sin costo	30 %	Sin costo	50 %
Exámenes de la vista de rutina: niños (menores de 26 años)	Estado: \$30 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0	\$40	30 % después del deducible	\$50	50 % después del deducible
Anteojos de rutina: niños (menores de 26 años)	Sin costo	Estado: 50 % después del deducible Beneficiario: \$0	Sin costo	50 % después del deducible	50 % después del deducible	50 % después del deducible

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN
DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Covered Connecticut Program (94)		Choice Gold Standard POS		Choice Gold Alternative POS	
	Value Covered Connecticut Program (94)		Value Gold Standard POS			
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
VALORES BÁSICOS						
Medicamentos preventivos recetados	Sin costo	Estado: 40 % después del deducible de la receta Beneficiario: \$0	Sin costo	30 % después del deducible de la receta	Sin costo	50 % después del deducible de la receta
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día	Sin costo	N/A	Sin costo	N/A	Sin costo	N/A

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

SERVICIOS SIN
DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Covered Connecticut Program (94)		Choice Gold Standard POS		Choice Gold Alternative POS	
	Value Covered Connecticut Program (94)		Value Gold Standard POS			
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
BENEFICIOS Y ASPECTOS DESTACADOS DE LOS COSTOS COMPARTIDOS						
Deducible (ind./fam.)	\$0	Estado: \$10,000/\$20,000 Beneficiario: \$0	\$1,200/\$2,400	\$3,000/\$6,000	\$2,000/\$4,000	\$7,000/\$14,000
Deducible de medicamentos (ind./fam.)	\$0	Estado: \$500/\$1,000 Beneficiario: \$0	\$50/\$100	\$350/\$700	\$75/\$150	\$500/\$1,000
Máximo de desembolso personal (ind./fam.)	Estado: \$1,350/\$2,700 Beneficiario: \$0	Estado: \$18,200/\$36,400 Beneficiario: \$0	\$7,375/\$14,750	\$14,750/\$29,500	\$7,900/\$15,800	\$12,000/\$24,000
Instalaciones de la sala de emergencias	Estado: \$50 Beneficiario: \$0	Estado: \$50 Beneficiario: \$0	\$400	\$400	30 % después del deducible	30 % después del deducible INN
Servicios de atención de urgencia	Estado: \$25 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0	\$50	30 % después del deducible	30 %	50 % después del deducible

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Covered Connecticut Program (94)		Choice Gold Standard POS		Choice Gold Alternative POS	
	Value Covered Connecticut Program (94)		Value Gold Standard POS			
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS						
Cargo por el uso de las instalaciones para pacientes hospitalizados <i>*Se pueden aplicar honorarios profesionales.</i>	Estado: \$75 (máximo de \$300 por admisión) Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0	\$500 después del deducible (\$1,000 por admisión)	30 % después del deducible	30 % después del deducible	50 % después del deducible
SERVICIOS DE VISITAS AL CONSULTORIO DE PROFESIONALES PARA PACIENTES AMBULATORIOS						
Atención primaria	Estado: \$15 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0	\$20	30 % después del deducible	\$40	50 % después del deducible
Atención especializada	Estado: \$30 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0	\$40	30 % después del deducible	\$50	50 % después del deducible
Servicios de rehabilitación y estimulación de habilidades	Estado: \$20 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0	\$20	30 % después del deducible	30 % después del deducible	50 % después del deducible
Servicios de salud mental o conductual o servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias	Estado: \$15 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0	\$20	30 % después del deducible	\$40	50 % después del deducible

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN
DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (INN)/ Fuera de la red (OON)	Choice Covered Connecticut Program (94)		Choice Gold Standard POS		Choice Gold Alternative POS	
	Value Covered Connecticut Program (94)		Value Gold Standard POS			
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA						
Cargo por uso de las instalaciones para pacientes ambulatorios	Estado: \$75 en un centro de atención ambulatoria Beneficiario: \$0 Estado: \$45 en un centro de cirugía ambulatoria Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0	\$500 después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$300 después del deducible en un centro de cirugía ambulatoria	30 % después del deducible	30 % después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$250 en un centro de cirugía ambulatoria	50 % después del deducible
Honorarios profesionales para pacientes ambulatorios	\$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0	\$0 después del deducible	30 % después del deducible	30 % después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$0 en un centro de cirugía ambulatoria	50 % después del deducible

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (INN)/ Fuera de la red (OON)	Choice Covered Connecticut Program (94)		Choice Gold Standard POS		Choice Gold Alternative POS	
	Value Covered Connecticut Program (94)		Value Gold Standard POS			
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA						
Servicios avanzados de estudios por imágenes y exploración especializada	Estado: \$50 hasta un máximo anual combinado de \$350 para resonancias magnéticas y tomografías computarizadas; \$400 para tomografías por emisión de positrones Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0	\$65 hasta un máximo anual combinado de \$375 para resonancias magnéticas y tomografías computarizadas; \$400 para tomografías por emisión de positrones	30 % después del deducible	30 % después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$75 después del deducible (máximo copago de 5) en un proveedor independiente	50 % después del deducible
Servicios de diagnóstico y radiografías de rutina	Estado: \$25 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0	\$40 después del deducible	30 % después del deducible	30 % después del deducible en un centro de atención ambulatoria \$50 en un proveedor independiente	50 % después del deducible
Análisis de laboratorio	Estado: \$10 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible Beneficiario: \$0	\$10	30 % después del deducible	\$10	50 % después del deducible

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Covered Connecticut Program (94)		Choice Gold Standard POS		Choice Gold Alternative POS	
	Value Covered Connecticut Program (94)		Value Gold Standard POS			
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
MEDICAMENTOS RECETADOS ^s						
Medicamentos preventivos	Sin cargo	Estado: 40 % después del deducible de la receta Beneficiario: \$0	Sin cargo	30 % después del deducible de la receta	Sin cargo	50 % después del deducible de la receta
Medicamentos genéricos preferidos	Estado: \$5 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible de la receta Beneficiario: \$0	\$5	30 % después del deducible de la receta	\$10	50 % después del deducible de la receta
Medicamentos de marca preferidos	Estado: \$10 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible de la receta Beneficiario: \$0	\$35	30 % después del deducible de la receta	\$40	50 % después del deducible de la receta

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN
DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Covered Connecticut Program (94)		Choice Gold Standard POS		Choice Gold Alternative POS	
	Value Covered Connecticut Program (94)		Value Gold Standard POS			
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
MEDICAMENTOS RECETADOS [§]						
Medicamentos no preferidos	Estado: \$30 Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible de la receta Beneficiario: \$0	\$60	30 % después del deducible de la receta	20 % después del deducible	50 % después del deducible de la receta
Medicamentos especializados	Estado: 20 % (máximo de \$60 por receta) Beneficiario: \$0	Estado: 40 % después del deducible de la receta Beneficiario: \$0	20 % después del deducible de la receta (máximo de \$100 por receta)	30 % después del deducible de la receta	20 % después del deducible (máximo de \$750 por receta)	50 % después del deducible de la receta

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN
DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Catastrophic POS with Dental and Vision	
	Dentro de la red	Fuera de la red
VALORES BÁSICOS		
Visitas de atención virtual de Teladoc las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año	\$0 después del deducible	50 % después del deducible
Visita de control anual: adultos	Sin costo	50 %
Exámenes preventivos de rutina: niños y adultos	Sin costo	50 %
Exámenes de la vista de rutina: niños (menores de 26 años)	\$0 después del deducible	50 % después del deducible
Anteojos de rutina: niños (menores de 26 años)	\$0 después del deducible	50 % después del deducible
Medicamentos preventivos recetados	Sin costo	50 % después del deducible

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

SERVICIOS SIN
DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Catastrophic POS with Dental and Vision	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día	Sin costo	N/A
BENEFICIOS Y ASPECTOS DESTACADOS DE LOS COSTOS COMPARTIDOS		
Deducible (ind./fam.)	\$10,600/\$21,200	\$15,000/\$30,000
Deducible de medicamentos (ind./fam.)	Comb. c/ Med.	Comb. c/ Med.
Máximo de desembolso personal (ind./fam.)	\$10,600/\$21,200	\$20,000/\$40,000
Instalaciones de la sala de emergencias	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible INN
Servicios de atención de urgencia	\$0 después del deducible	50 % después del deducible

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN
DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Catastrophic POS with Dental and Vision	
	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Cargo por el uso de las instalaciones para pacientes hospitalizados <i>*Se pueden aplicar honorarios profesionales.</i>	\$0 después del deducible	50 % después del deducible
SERVICIOS DE VISITAS AL CONSULTORIO DE PROFESIONALES PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
Atención primaria	\$30 las primeras 3 visitas y luego \$0 después del deducible	50 % después del deducible
Atención especializada	\$0 después del deducible	50 % después del deducible
Servicios de rehabilitación y estimulación de habilidades	\$0 después del deducible	50 % después del deducible
Servicios de salud mental o conductual o servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias	\$30 las primeras 3 visitas y luego \$0 después del deducible (combinado con PCP)	50 % después del deducible

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

SERVICIOS SIN
DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Catastrophic POS with Dental and Vision	
	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA		
Cargo por uso de las instalaciones para pacientes ambulatorios	\$0 después del deducible	50 % después del deducible
Honorarios profesionales para pacientes ambulatorios	\$0 después del deducible	50 % después del deducible
Servicios avanzados de estudios por imágenes y exploración especializada	\$0 después del deducible	50 % después del deducible
Servicios de diagnóstico y radiografías de rutina	\$0 después del deducible	50 % después del deducible
Análisis de laboratorio	\$0 después del deducible	50 % después del deducible

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN
DEDUCIBLES

Resumen de beneficios de ConnectiCare



Dentro de la red (In-Network, INN)/ fuera de la red (Out-of-Network, OON)	Choice Catastrophic POS with Dental and Vision	
	Dentro de la red	Fuera de la red
MEDICAMENTOS RECETADOS[§]		
Medicamentos preventivos	Sin cargo	50 % después del deducible
Medicamentos genéricos preferidos	\$0 después del deducible	50 % después del deducible
Medicamentos de marca preferidos	\$0 después del deducible	50 % después del deducible
Medicamentos no preferidos	\$0 después del deducible	50 % después del deducible
Medicamentos especializados	\$0 después del deducible	50 % después del deducible

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

** Los medicamentos insulínicos y no insulínicos recetados al por menor (costo compartido basado en un suministro para 30 días por receta) están cubiertos hasta un máximo de \$25 por cada suministro para 30 días.

§ El pedido por correo está disponible para medicamentos no especializados marcados como “MAIL” (Por correo) en el formulario. En el caso de los medicamentos recetados pedidos por correo, se proporciona un suministro para 90 días por un costo equivalente a tres veces (3x) el monto del costo compartido minorista para 30 días.

SERVICIOS SIN DEDUCIBLES