



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (conocido como prima) se brindará por separado.

Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para recibir una copia de los términos completos de la cobertura, visite [www.osc.ct.gov/anthemcpartner](http://www.osc.ct.gov/anthemcpartner). Para obtener definiciones generales sobre términos comunes, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <http://www.cciio.cms.gov> o llamar a Quantum Health al 1-833-740-3258 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es esto importante:
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	<u>Dentro de la red:</u> \$350/individual; \$1,400/familiar; <b>exento para miembros del HEP</b> <u>Fuera de la red:</u> \$300/individual; \$900/familiar	En 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. Una vez que usted o un miembro de su familia alcance el monto del <u>deducible</u> individual, el <u>plan</u> comienza a pagar por usted o ese miembro. Si tiene otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de gastos <u>deducibles</u> que pagan todos los miembros de su familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Las visitas de atención primaria y a un <u>especialista</u> en el consultorio <u>dentro de la red</u> , la <u>atención preventiva dentro de la red</u> , los <u>medicamentos con receta</u> , la <u>atención en la sala de emergencias</u> , la <u>atención de urgencia dentro de la red</u> , los servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias y salud mental <u>dentro de la red</u> y los exámenes de la vista <u>dentro de la red</u> están cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos beneficios y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios de prevención</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?	No.	No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Atención médica: <u>dentro de la red</u> \$2,000/individual, \$4,000/familiar; <u>fuera de la red</u> \$2,300/individual, \$4,900/familiar <u>Medicamentos con receta:</u> \$4,600/individual; \$9,200/familiar	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el monto máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de su familia en este <u>plan</u> , deben alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación del saldo</u> , las multas por no obtener una autorización previa para los servicios y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no se cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Visite <a href="http://carecompass.quantum-health.com">carecompass.quantum-health.com</a> o llame al 1-833-740-3258 para obtener una lista de <u>proveedores</u> de la red.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> del <u>plan</u> . Pagará el monto máximo si usa un <u>proveedor</u> fuera de la red, y puede recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> ( <u>facturación del saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin una <u>derivación</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este gráfico son posteriores a haber alcanzado el **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red preferido</u> (Pagará el monto mínimo)	<u>Proveedor dentro de la red</u>	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Pagará el monto máximo)	
<b>Si visita una clínica o el consultorio de un <u>proveedor</u> de atención médica</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	<u>Copago</u> de \$15/visita. No se aplica si no hay <u>proveedor preferido</u> dentro del estado. No se aplica <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 20 %	Ninguno.
	Visita a un <u>especialista</u>	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	No se aplica <u>deducible</u> .		
	<u>Atención preventiva/prueba de detección/vacunas</u>	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .		Es posible que deba pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego consulte qué pagará su <u>plan</u> .
<b>Si debe hacerse una prueba</b>	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	<u>Coseguro</u> del 20 %	<u>Coseguro</u> del 40 %	Ninguno.
	Exámenes por imágenes (tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	Sin cargo	<u>Coseguro</u> del 20 %	<u>Coseguro</u> del 40 %	Se requiere autorización previa para evitar una multa: \$500/20 % del costo, el monto que sea menor.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red preferido (Pagará el monto mínimo)	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Más información sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en <a href="http://www.osc.ct.gov/benefits/pharmacy.htm">www.osc.ct.gov/benefits/pharmacy.htm</a>	Medicamentos genéricos	Genéricos preferidos. Minorista: <u>copago</u> de \$5/surtido; pedido por correo y mantenimiento: <u>copago</u> de \$5/surtido. Genéricos no preferidos. Minorista: <u>copago</u> de \$10/surtido; pedido por correo y mantenimiento: <u>copago</u> de \$10/surtido.		<u>Coseguro</u> del 20 % por farmacia no participante	Minorista: suministro para 30 días; pedido por correo: suministro para 90 días. No se aplica <u>deducible</u> a los <u>medicamentos con receta</u> . Consulte los detalles de su cobertura para medicamentos con receta en <a href="http://www.osc.ct.gov/benefits/pharmacy.htm">www.osc.ct.gov/benefits/pharmacy.htm</a> . Los medicamentos de mantenimiento se deben surtir en una farmacia de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento de la <u>red</u> después del primer surtido en una farmacia minorista. Puede aplicarse una multa si se solicita un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible. Algunos medicamentos requieren autorización previa. Sin cargo por medicamentos genéricos preventivos (p. ej., anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA) o medicamentos de marca preventivos si los genéricos no son médicamente adecuados.
	Medicamentos de marca preferidos	Minorista: <u>copago</u> de \$25/surtido; pedido por correo y mantenimiento: <u>copago</u> de \$25/surtido.		<u>Coseguro</u> del 20 % por farmacia no participante	
	Medicamentos de marca no preferidos	Minorista: <u>copago</u> de \$40/surtido; pedido por correo y mantenimiento: <u>copago</u> de \$40/surtido.		<u>Coseguro</u> del 20 % por farmacia no participante	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Sin cargo por <u>medicamentos de especialidad</u> si está inscrito en el programa PrudentRx. Igual que los medicamentos de marca no preferidos si no está inscrito en el programa PrudentRx.		Sin cobertura	
<b>Si debe hacerse una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa por el uso de las instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo		<u>Coseguro</u> del 20 %	Se requiere autorización previa para evitar una multa de \$500 o el 20 % de los servicios cubiertos, el monto que sea menor.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo			
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	<u>Copago</u> de \$250/visita. No se aplica <u>deducible</u> .		<u>Copago</u> de \$250/visita. No se aplica <u>deducible</u> .	No se aplica el <u>copago</u> en caso de ingreso o si no existe una alternativa médica razonable.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo		Sin cargo	Ninguno.
	<u>Atención de urgencia</u>	<u>Copago</u> de \$15/visita. No se aplica <u>deducible</u> .		<u>Coseguro</u> del 20 %	Ninguno.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red preferido (Pagará el monto mínimo)	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
<b>Si debe recibir hospitalización</b>	Tarifa por el uso de las instalaciones (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo		<u>Coseguro</u> del 20 %	Se requiere autorización previa para evitar una multa de \$500 o el 20 % de los servicios cubiertos, el monto que sea menor. Sin cobertura por el monto superior al costo de una habitación semiprivada, a menos que sea <u>médicamente necesario</u> .
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo		<u>Coseguro</u> del 20 %	Se requiere autorización previa para evitar una multa de \$500 o el 20 % de los servicios cubiertos, el monto que sea menor.
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	<u>Copago</u> de \$15/visita. No se aplica <u>deducible</u> . Sin cargo por los servicios ambulatorios sin visitas al consultorio.		<u>Coseguro</u> del 20 %	Ninguno.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo		<u>Coseguro</u> del 20 %	Se requiere autorización previa para evitar una multa de \$500 o el 20 % de los servicios cubiertos, el monto que sea menor.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$15/primera visita únicamente. No se aplica <u>deducible</u> .		<u>Coseguro</u> del 20 %	No se aplican <u>costos compartidos</u> a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicio, puede aplicarse un <u>copago</u> , un <u>coseguro</u> o un <u>deducible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales de nacimiento/parto	Sin cargo		<u>Coseguro</u> del 20 %	Se requiere autorización previa para hospitalizaciones que superen las 48 horas (96 horas en caso de parto por cesárea) para evitar una multa de \$500 o el 20 % de los servicios cubiertos, el monto que sea menor.
	Servicios de nacimiento/parto del centro				

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red preferido</u> (Pagará el monto mínimo)	<u>Proveedor dentro de la red</u>	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Pagará el monto máximo)	
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b>	<u>Atención médica a domicilio</u>	Sin cargo		<u>Coseguro</u> del 20 %	Límite: 200 visitas/año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cargo		<u>Coseguro</u> del 20 %	Se requiere autorización previa para evitar una multa de \$500 o el 20 % de los servicios cubiertos, el monto que sea menor. Límite de terapia del habla <u>dentro de la red</u> : 30 visitas/año calendario. El límite no se aplica al tratamiento por autismo, derrame cerebral, extirpación de tumor, lesión o anomalías congénitas de la orofaringe. Límite de fisioterapia, terapia ocupacional, quiropráctica, terapia del habla y autismo <u>fuera de la red</u> : 30 visitas/afección/año calendario.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cargo		<u>Coseguro</u> del 20 %	Ninguno.
	<u>Centro de enfermería especializada</u>	Sin cargo		<u>Coseguro</u> del 20 %	Límite <u>fuera de la red</u> : 60 visitas/año/persona. Se requiere autorización previa para evitar una multa de \$500 o el 20 % de los servicios cubiertos, el monto que sea menor.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo		<u>Coseguro</u> del 20 %	Se requiere autorización previa para artículos que superen los \$500 para evitar una multa de \$500 o el 20 % de los servicios cubiertos, el monto que sea menor.
	<u>Servicios de hospicio</u>	Sin cargo		<u>Coseguro</u> del 20 %	Servicios para pacientes hospitalizados: se requiere autorización previa para evitar una multa de \$500 o el 20 % de los servicios cubiertos, el monto que sea menor. Límite de servicios para pacientes hospitalizados <u>fuera de la red</u> : 60 días/persona/año calendario. Límite de servicios a domicilio <u>fuera de la red</u> : 200 visitas/año calendario.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red preferido (Pagará el monto mínimo)	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Copago de \$15/visita. No se aplica deducible.		Coseguro del 50 %	Límite: 1 visita/año calendario realizada como parte de un examen.
	Anteojos para niños	Sin cobertura		Sin cobertura	Deberá pagar el 100 % de este servicio, incluso si está <u>dentro de la red</u> .
	Control dental infantil	Sin cobertura		Sin cobertura	Deberá pagar el 100 % de este servicio, incluso si está <u>dentro de la red</u> .

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte la póliza o el documento del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> ).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Control dental infantil</li> <li>Anteojos para niños</li> <li>Cirugía estética</li> <li>Atención dental (adultos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos (<u>atención de urgencia</u> cubierta)</li> <li>Atención a largo plazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado de los pies de rutina (excepto cuando sea <u>médicamente necesario</u> para el tratamiento de la diabetes)</li> <li>Programas de pérdida de peso (excepto cuando lo exija la ley)</li> </ul>

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su <u>plan</u> ).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acupuntura (límite: 20 visitas por año calendario)</li> <li>Cirugía bariátrica (se requiere autorización previa)</li> <li>Atención quiropráctica (límite: 30 visitas por año calendario para servicios <u>fuera de la red</u>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos (límite: 1 juego por período de 36 meses; se requiere autorización previa)</li> <li>Tratamiento de infertilidad (se requiere autorización previa)</li> <li>Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos (<u>atención de urgencia</u> únicamente)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicio privado de atención de enfermería (se requiere autorización previa)</li> <li>Atención de la vista de rutina (adultos, límite: 1 examen por año calendario)</li> </ul>

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. Puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos llamando al 1-877-267-2323, ext. 61565, o visitando el sitio web [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). También podría acceder a otras opciones de cobertura, como adquirir la cobertura de un seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para realizar quejas y apelaciones:** hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Este reclamo se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese a la siguiente dirección:

Quantum Health  
5240 Blazer Parkway  
Dublin, OH 43017  
1-833-740-3258

CVS/Caremark  
Prescription Claim Appeals MC109  
P.O. Box 52084  
Phoenix, AZ 85072-2084  
Fax: 1-866-443-1172

Además, puede recibir ayuda de un programa de asistencia al consumidor para presentar su apelación. Comuníquese con la oficina del defensor de la atención médica de Connecticut al 1-866-466-4446.

#### **¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? Sí**

Por lo general, la cobertura esencial mínima incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para obtener el crédito fiscal para las primas.

#### **¿Cumple este plan los estándares de valor mínimo? Sí**

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, es posible que sea elegible para obtener un crédito fiscal para las primas que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

#### **Servicios de acceso a idiomas:**

Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-922-2232.

Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-922-2232.

如果需要中文的帮助，请拨打这个号码1-800-922-2232.

Dinek'ehgo shika a'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-922-2232.

---

*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de un ejemplo de situación médica, consulte la siguiente sección.*

---

**Información acerca de estos ejemplos de cobertura:**



**Esta no es una calculadora de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán distintos en función de la atención real que reciba, los precios que le cobren los proveedores y muchos otros factores. Céntrese en los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con distintos planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

**Peg está embarazada**

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$350
■ <u>Copago del especialista</u>	\$15
■ Hospital (centro)	\$0
■ Otro	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

- Visitas a un especialista en el consultorio (*atención prenatal*)
- Servicios profesionales de nacimiento/parto
- Servicios de nacimiento/parto del centro
- Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
- Visita a un especialista (*anestesia*)

**Costo total del ejemplo**      **\$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$350
<u>Copagos</u>	\$25
<u>Coseguros</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$435</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

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

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$350
■ <u>Copago del especialista</u>	\$15
■ Hospital (centro)	\$0
■ Otro	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

- Visitas al médico de atención primaria en el consultorio (*incluida la educación sobre enfermedades*)
- Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
- Medicamentos con receta
- Equipo médico duradero (*glucómetro*)

**Costo total del ejemplo**      **\$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$120
<u>Copagos</u>	\$190
<u>Coseguros</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$310</b>

**Fractura simple de Mia**

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

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$350
■ <u>Copago del especialista</u>	\$15
■ Hospital (centro)	\$0
■ Otro	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

- Atención en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
- Prueba de diagnóstico (*radiografías*)
- Equipo médico duradero (*muletas*)
- Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

**Costo total del ejemplo**      **\$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$350
<u>Copagos</u>	\$320
<u>Coseguros</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$670</b>

**NOTA:** Estas cifras suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si usted participa en el programa de bienestar del plan, es posible que pueda reducir su costo. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, visite <http://osc.ct.gov/benefits.htm>.

El plan se haría cargo de los demás costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.