El documento Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo 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 indica por separado.

Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura, visite https://carecompass.ct.gov/wp-content/uploads/2024/03/State-of-CT-2023-Medical-Plan_Rev0318.2024-1.pdf 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 importante:
¿Qué es el deducible general?	Dentro de la red: **$350**/individual; **$1,400**/familiar **Exento para miembros del Programa de mejoras en la salud (HEP, por sus siglas en inglés) y para jubilados anteriores al 2 de octubre de 2011**	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que el plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia en la póliza, se debe alcanzar el deducible familiar general antes de que el plan comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. Las visitas a un especialista y al médico de atención primaria en el consultorio, la atención preventiva, los medicamentos con receta, la atención en la sala de emergencias, la atención de urgencia, los servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias y salud mental, y los exámenes de la vista están cubiertos antes de alcanzar el deducible.	Este plan cubre algunos beneficios y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible. Sin embargo, puede aplicarse un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costos compartidos y antes de alcanzar el deducible. Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Atención médica: dentro de la red: **$2,000**/individual; **$4,000**/familiar Medicamentos con receta: **$4,600**/individual; **$9,200**/familiar	El límite de gastos de bolsillo es el monto máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de su familia en este plan, deben alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se haya cumplido el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Las primas, los cargos por facturación del saldo, las multas por no contar una autorización previa para los servicios y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no se cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si usa un proveedor dentro de la red?	Sí. Visite https://carecompass.quantum-health.com o llame al 1-833-740-3258 para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si elige un proveedor de la red del plan. Pagará el costo total si usa un proveedor fuera de la red. Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de que lo atiendan.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una remisión para ver a un especialista?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una remisión.

Todos los costos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro se aplican una vez que haya alcanzado el **deducible**, si es que corresponde.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel 1 Proveedor dentro de la red (Pagará el monto mínimo)	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
Si visita una clínica o el consultorio de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria por lesión o enfermedad	Sin cargo. No se aplica deducible.	Copago de $15/visita. Jubilados antes de 1999: copago de $5/visita. No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Ninguno.
	Visita a un especialista	Sin cargo. No se aplica deducible.	Copago de $15/visita. Jubilados antes de 1999: copago de $5/visita. No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Ninguno.
	Atención preventiva/exámenes/vacunación	Sin cargo. No se aplica deducible.	Sin cargo. No se aplica deducible.	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego consulte qué pagará su plan.
Si debe hacerse una prueba	Laboratorio diagnóstico y preventivo (análisis de sangre)	Proveedor del centro de servicio: sin cargo.	Coseguro del 20%.	Sin cobertura	Ninguno.
	Imágenes (rayos X/tomografías computarizadas/por emisión de positrones, imagen por resonancia magnética)	Sin cargo.	Coseguro del 20%.	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para imágenes más costosas como imagen por resonancia magnética y tomografías computarizadas/por emisión de positrones a fin de evitar multas de $500 o el 20% del costo de los servicios, el monto que sea menor.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel 1 Proveedor dentro de la red (Pagará el monto mínimo)	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
Si necesita medicamentos para su enfermedad o afección Puede obtener más información sobre la **cobertura de medicamentos recetados** en https://carecompass.ct.gov/state/pharmacy/	Medicamentos genéricos	Genéricos preferidos. No mantenimiento: copago de $5/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: copago de $5/surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento. Genéricos no preferidos. No mantenimiento: copago de $10/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: copago de $10/surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento. Jubilados del 2 de julio de 2009 al 1 de octubre de 2011. No mantenimiento: copago de $5/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: copago de $0/primer surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento. Jubilados antes del 1 de julio de 2009. No mantenimiento: copago de $3/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: copago de $0/primer surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento.		Coseguro del 20% para resurtidos de medicamentos por enfermedades agudas en la farmacia de la red no participante	No se aplica deducible a los medicamentos con receta. Consulte los detalles de su cobertura para ver los copagos ajustados levemente para las personas jubiladas entre el 1 de julio de 2009 y el 1 de octubre de 2011, y después del 1 de octubre de 2011. Consulte la información detallada en https://carecompass.ct.gov/state/pharmacy/ Los medicamentos de mantenimiento se deben surtir en una farmacia de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento 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 pueden requerir 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. Los medicamentos con receta comprados en una farmacia minorista se limitan a un máximo de un suministro para 30 días; los medicamentos con receta comprados en una farmacia de pedido por correo se limitan a un máximo de un suministro para 90 días. La cobertura de medicamentos con receta se administra por separado.
	Medicamentos de marca preferidos	No mantenimiento: copago de $25/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: copago de $25/primer surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento. Jubilados del 2 de julio de 2009 al 1 de octubre de 2011. No mantenimiento: copago de $10/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: copago de $10/primer surtido; copago de $0/surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento. Jubilados antes del 1 de julio de 2009. No mantenimiento: copago de $6/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: copago de $0/primer surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento.			
	Medicamentos de marca no preferidos	No mantenimiento: copago de $40/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: copago de $40/primer surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento. Jubilados del 2 de julio de 2009 al 1 de octubre de 2011. No mantenimiento: copago de $25/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: copago de $0/primer surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento. Jubilados antes del 1 de julio de 2009. No mantenimiento: copago de $6/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: copago de $0/primer surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento.			

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel 1 Proveedor dentro de la red (Pagará el monto mínimo)	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
	Medicamentos especializados	Sin cargo para medicamentos especializados 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	
Si deben realizarle una cirugía ambulatoria	Tarifa por el uso de las instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo		Sin cobertura	Se requiere autorización previa para evitar una multa de $500 o el 20 % del costo de los servicios, el monto que sea menor.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo		Sin cobertura	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de $250/visita. Jubilados del 2 de octubre de 2011 al 1 de octubre de 2017: copago de $35/visita. Jubilados antes del 2 de octubre de 2011: sin cargo. No se aplica deducible.		Copago de $250/visita. Jubilados del 2 de octubre de 2011 al 1 de octubre de 2017: copago de $35/visita. Jubilados antes del 2 de octubre de 2011: No se aplica deducible.	No se aplica el copago de $250 en caso de ingreso o si no hay una alternativa médica razonable.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo		Sin cargo	Ninguno.
	Atención de urgencia	Copago de $15/visita. Jubilados antes de 1999: copago de $5/visita. No se aplica deducible.		Sin cobertura	Servicios fuera de la red sin cobertura, excepto los servicios de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos
Si debe recibir hospitalización	Tarifa por uso de las instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo		Sin cobertura	Se requiere autorización previa para evitar multas de $500 o el 20% del costo de los servicios, el monto que sea menor. Sin cobertura por el monto superior al costo de una habitación semiprivada, a menos que constituya una necesidad médica.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo		Sin cobertura	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel 1 Proveedor dentro de la red (Pagará el monto mínimo)	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Copago de $15/visita. Jubilados antes de 1999: copago de $5/visita. No se aplica deducible. Sin cargo por los servicios ambulatorios sin visitas al consultorio.		Sin cobertura	Ninguno.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo		Sin cobertura	Se requiere autorización previa para evitar una multa de $500 o el 20% del costo de los servicios, el monto que sea menor.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Copago de $15/visita. Jubilados antes de 1999: copago de $5/visita. No se aplica deducible.		Sin cobertura	No se aplican costos compartidos a los servicios de prevención. Según el tipo de servicio, puede aplicarse un copago, un coseguro o un deducible. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	Sin cargo		Sin cobertura	Se requiere autorización previa para evitar una multa de $500 o el 20 % del costo de los servicios, el monto que sea menor.
	Servicios de nacimiento/parto del centro	Sin cargo		Sin cobertura	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel 1 Proveedor dentro de la red (Pagará el monto mínimo)	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica a domicilio	Sin cargo		Sin cobertura	Límite: 200 visitas/año calendario.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo por fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y atención quiropráctica		Sin cobertura	Se requiere autorización previa (excepto para jubilados antes de 1999) para evitar una multa de $500 o el 20% de los servicios cubiertos, el monto que sea menor. Límite de terapia del habla: 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.
	Servicios de habilitación	Sin cargo		Sin cobertura	Ninguno.
	Centro de enfermería especializada	Sin cargo		Sin cobertura	Se requiere autorización previa para evitar una multa de $500 o el 20% del costo de los servicios, el monto que sea menor.
	Equipos médicos permanentes	Sin cargo		Sin cobertura	Se requiere autorización previa para ciertos artículos para evitar una multa de $500 o el 20% del costo de los servicios, el monto que sea menor.
	Servicios de hospicio	Sin cargo		Sin cobertura	Se requiere autorización previa para evitar una multa de $500 o el 20% del costo de los servicios, el monto que sea menor.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Copago de $15/visita No se aplica deducible.		Sin cobertura	Límite: 1 visita de examen/año calendario.
	Anteojos para niños	Sin cobertura		Sin cobertura	Deberá pagar el 100% de este servicio, incluso si está dentro de la red.
	Control dental infantil	Sin cobertura		Sin cobertura	Deberá pagar el 100% de este servicio, incluso si está dentro de la red.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte la póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Control dental infantil
- Anteojos para niños
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos (atención de urgencia cubierta)
- Atención a largo plazo
- Cuidado de rutina de los pies

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones. No es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Acupuntura (cubierta solo si constituye una necesidad médica y con un límite de 20 visitas al año)
- Cirugía bariátrica (se requiere autorización previa)
- Atención quiropráctica
- Audífonos (límite: 1 juego/período de 36 meses; es posible que se requiera autorización previa para dispositivos con soporte óseo)
- Tratamiento de infertilidad (se requiere autorización previa)
- Servicio privado de atención de enfermería (se requiere autorización previa)
- Atención de la vista de rutina (adultos) (límite: 1 examen/año)

Sus derechos para continuar con la cobertura: existen agencias que lo pueden ayudar si desea continuar con la cobertura una vez finalizada. Para comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos, puede llamar al 1-877-267-2323, ext. 61565, o visitar el sitio web www.cciio.cms.gov. También podría acceder a otras opciones de cobertura, como adquirir una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre este Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar 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 los beneficios que recibirá para 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. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, diríjase a:

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 a través de un programa de asistencia al consumidor para presentar su apelación. Comuníquese con la oficina del defensor de la atención médica de Connecticut al 833-466-4446.

¿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 individuales, 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 crédito fiscal para 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 crédito fiscal para primas que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso a idiomas:
Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-385-9055.
Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-385-9055.
如果需要中文的帮助，请拨打这个号码1-800-385-9055.
Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-385-9055.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica supuesta, 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. Los costos reales variarán en función de la atención efectiva 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 se basan solo en la cobertura individual.

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

Deducible general del plan	**$350**
Copago del especialista	**$15**
Hospital (instalación)	**$0**
Otro	**$0**

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes: Visitas al consultorio de especialistas *(atención prenatal)* Servicios profesionales para el nacimiento/parto Servicios en instalaciones para el nacimiento/parto Pruebas de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)* Visita con un especialista *(anestesia)*

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$350
Copagos	$25
Coseguros	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$435**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

Deducible general del plan	**$350**
Copago del especialista	**$15**
Hospital (instalación)	**$0**
Otro	**$0**

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes: Visitas al médico de atención primaria en el consultorio *(incluida las consultas informativas 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:

Costo compartido	
Deducibles	$120
Copagos	$190
Coseguros	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$310**

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

Deducible general del plan	**$350**
Copago del especialista	**$15**
Hospital (instalación)	**$0**
Otro costo compartido	**$0**

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes: Atención en la sala de emergencias *(incluidos 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:

Costo compartido	
Deducibles	$350
Copagos	$320
Coseguros	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$670**

NOTA: Estas cifras suponen que el paciente no participa en el Programa de Mejora de la Salud (HEP, por sus siglas en inglés) del plan. Si usted participa en este programa, es posible que se reduzca el costo. Para obtener más información sobre el HEP, visite https://carecompass.ct.gov/hep/

El **plan** se haría cargo de los demás costos de los servicios cubiertos en el EJEMPLO.