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. **Exención para miembros del Programa de mejoras en la salud (Health Enhancement Program, HEP por sus siglas en inglés) y para los jubilados antes del 2 de octubre de 2011** Fuera de la red: **$300**/individual; **$900**/familiar	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que el plan comience a pagar. Una vez que usted o un miembro de su familia alcance el monto del deducible individual, el plan comienza a pagar por usted o ese miembro. Si hay otros miembros de su familia en el plan, cada uno debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de gastos deducibles que pagan todos los miembros alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. Las visitas a un especialista y al médico de atención primaria dentro de la red, la atención preventiva dentro de la red, los medicamentos recetados, la atención en la sala de emergencias, la atención de urgencias dentro de la red, los servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias y salud mental dentro de la red y los exámenes de la vista dentro de la red están cubiertos antes de alcanzar su 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 de prevención 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; fuera de la red: **$2,300**/individual; **$4,900**/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.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si elige 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 monto máximo si elige un proveedor fuera de la red, y puede recibir una factura por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga el plan (facturación del saldo). 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.
¿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 deducible.	Coseguro del 20%	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 deducible.	Coseguro del 20%	
	Atención preventiva/exámenes/vacunación	Sin cargo. No se aplica deducible.	Sin cargo. No se aplica deducible.	Coseguro del 20%	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	Prueba de diagnóstico y preventiva (análisis de sangre)	Proveedor del centro de servicio: sin cargo.	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Ninguno.
	Imágenes (rayos X/tomografías computarizadas/por emisión de positrones, imagen por resonancia magnética)	Sin cargo.	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se requiere autorización previa para imágenes más costosas como imagen por resonancia magnética y tomografías computarizadas/por emisión de positrones para evitar una multa 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	Medicamentos genéricos	Genéricos preferidos. No mantenimiento: copago de $5/surtido en farmacias minoristas; genéricos preferidos - 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; no preferidos - 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 tiendas 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 tiendas minoristas; mantenimiento: copago de $0/primer surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento		Coseguro del 20% para farmacias no participantes.	No se aplica deducible a los medicamentos recetados cubiertos. Sin cargo para medicamentos genéricos preventivos (p. ej., anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA) o medicamentos de marca preventivos si los genéricos no son adecuados. Consulte los detalles de su cobertura para ver los ajustes mínimos de los copagos para las personas jubiladas entre el 1 de julio de 2009 y el 1 de octubre de 2011, y las personas jubiladas 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
	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 $25/primer surtido; copago de $25/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; copago de $0/surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento.		Coseguro del 20% para farmacias no participantes.	

https://carecompass.ct.gov/state/pharmacy/	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	Coseguro del 20% para farmacias no participantes.	disponible. Los medicamentos recetados comprados en una farmacia minorista se limitan a un máximo de un suministro para 30 días; los medicamentos recetados comprados en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento se limitan a un máximo de un suministro para 90 días. Para algunos medicamentos recetados, es posible que se requiera autorización previa. La cobertura de medicamentos con receta se administra por separado.
	Medicamentos especializados	Sin cargo por 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	

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 deben realizarle una cirugía ambulatoria	Tarifa por uso de las instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo		Coseguro del 20%	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		Coseguro del 20%	
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 entre el 2 de octubre de 2011 y el 1 de octubre de 2017: copago de $35/visita Jubilados antes del 2 de octubre de 2011: sin cargo No se aplica deducible.	No se aplica el copago 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 Jubilado antes de 1999: copago de $5/visita. No se aplica el deducible.		Coseguro del 20%	Ninguno.

Si debe recibir hospitalización	Tarifa por uso de las instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo	Coseguro del 20%	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	Coseguro del 20%	Se requiere autorización previa para 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 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 el deducible. Sin cargo por los servicios ambulatorios sin visitas al consultorio.		Coseguro del 20%	Ninguno.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo		Coseguro del 20%	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/primera visita únicamente Jubilado antes de 1999: copago de $5/primera visita únicamente. No se aplica el deducible.		Coseguro del 20%	No se aplican costos compartidos a los servicios de atención preventiva. Según el tipo de servicio, puede aplicarse un copago, un coseguro o un deducible. Los cuidados de maternidad pueden incluir pruebas y servicios descritos en otra sección (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	Sin cargo		Coseguro del 20%	Se requiere autorización previa para evitar
	Servicios en instalaciones para el nacimiento/parto	Sin cargo		Coseguro del 20%	una multa 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 ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica a domicilio	Sin cargo		Coseguro del 20%	Límite: 200 visitas/año calendario.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo		Coseguro del 20%	Se requiere autorización previa (excepto para jubilados antes de 1999) para evitar multas de $500 o el 20% de los servicios cubiertos, el monto que sea menor. Límite de terapia del habla dentro de la red: 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 fuera de la red: 30 visitas/afección/año calendario.
	Servicios de habilitación	Sin cargo		Coseguro del 20%	Ninguno.
	Centro de enfermería especializada	Sin cargo		Coseguro del 20%	Límite de servicios fuera de la red: 60 días/año calendario. 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		Coseguro del 20%	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 hospicio	Sin cargo		Coseguro del 20%	Límite de hospicio a domicilio fuera de la red: 200 visitas/año calendario. Límite de hospicio para pacientes hospitalizados fuera de la red: 60 días/año calendario. Se requiere autorización previa para servicios para pacientes hospitalizados para evitar una multa 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 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.
	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 a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia fuera de los Estados Unidos (atención de urgencias cubierta).
- 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 es médicamente necesario para artrosis o náuseas y vómitos asociados con la cirugía, la quimioterapia o el embarazo)
- Cirugía bariátrica (se requiere autorización previa)
- Atención quiropráctica (límite: 30 visitas fuera de la red/año)
- Audífonos (límite: 1 juego por 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 877-267-2323 ext. 61565 o visitar el sitio web http://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 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: 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 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 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 800-922-2232.
Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 800-922-2232.
如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 800-922-2232.
Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 800-922-2232.

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 coseguro) 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	**$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.