



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 obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite carecompass.ct.gov/wp-content/uploads/2025/12/State-of-CT-2025-Medical-Plan-Document-Partnership-Accessible.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 consultar el Glosario en ccio.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 <u>deducible</u> general?	<u>Dentro de la red</u> : \$350/individual; \$1,400/familiar. Exención para miembros del Programa de mejoras en la salud (Health Enhancement Program, HEP) <u>Fuera de la red</u> : \$300/individual; \$900/familiar	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que el plan comience a pagar. Una vez que usted o un miembro de su familia alcance el monto del <u>deducible</u> 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 <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de gastos <u>deducibles</u> que pagan todos los miembros alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Las visitas a un <u>especialista</u> y al médico de atención primaria <u>dentro de la red</u> , la <u>atención preventiva dentro de la red</u> , los <u>medicamentos recetados</u> , la <u>atención en la sala de emergencias</u> , la <u>atención de urgencias 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 plan 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 plan cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de alcanzar el <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este plan?	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 plan, deben alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya cumplido el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las primas, los cargos por <u>facturación del saldo</u> , 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 <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si elige	Sí. Visite https://carecompass.quantum-health.com/ o	Este plan utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si elige un <u>proveedor</u> de la <u>red</u> del

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿un proveedor dentro de la red?	llame al 1-833-740-3258 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	<u>plan</u> . Pagará el monto máximo si elige un <u>proveedor fuera de la red</u> , y puede recibir una factura 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 que lo atiendan.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin una <u>remisión</u> .



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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red</u> de nivel 1 (Pagará el monto mínimo)	<u>Proveedor dentro de la red</u>	<u>Proveedor fuera de la red</u> (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 <u>deducible</u> .	<u>Copago</u> de \$15/visita 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> .	<u>Copago</u> de \$15/visita No se aplica <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 20%	
	Atención preventiva/ <u>exámenes</u> /vacunación	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 20%	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> .
Si debe hacerse una prueba	<u>Prueba de diagnóstico y preventiva</u> (análisis de sangre)	Proveedor del centro de servicio Sin cargo.	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno.
	Imágenes (rayos X/tomografías computarizadas/por emisión de positrones, imagen por resonancia magnética)	Sin cargo.	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	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.
Si necesita	Medicamentos	Genéricos preferidos. Sin mantenimiento: <u>copago</u> de		<u>Coseguro</u> del 20%	No se aplica <u>deducible</u> a la <u>cobertura de</u>

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red de nivel 1 (Pagará el monto mínimo)	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
medicamentos para su enfermedad o afección Puede encontrar más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en: carecompass.ct.gov/state/pharmacy	genéricos	\$5/surtido en farmacias minoristas; genéricos preferidos - mantenimiento: <u>copago</u> de \$5/surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento. Genéricos no preferidos. Sin mantenimiento: <u>copago</u> de \$10/surtido en farmacias minoristas; no preferidos - mantenimiento: <u>copago</u> de \$10/surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento.		para farmacias no participantes.	<u>medicamentos recetados</u> . 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 en 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. Los <u>medicamentos recetados</u> comprados en una farmacia minorista se limitan a un máximo de un suministro para 30 días; los <u>medicamentos recetados</u> 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 <u>medicamentos recetados</u> , es posible que se requiera autorización previa. La <u>cobertura de medicamentos con receta</u> se administra por separado.
	Medicamentos de marca preferidos	Sin mantenimiento: <u>copago</u> de \$25/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$25/primer surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento.		<u>Coseguro</u> del 20% para farmacias no participantes.	
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin mantenimiento: <u>copago</u> de \$40/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$40/primer surtido por pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento.		<u>Coseguro</u> del 20% para farmacias no participantes.	
	<u>Medicamentos especializados</u>	Sin cargo para <u>medicamentos especializados</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	
Si deben realizarle una cirugía ambulatoria	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 % del costo de los servicios, el monto que sea menor.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo		<u>Coseguro</u> del 20%	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	<u>Copago</u> de \$250/visita.		<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 hay una alternativa médica razonable.
	<u>Transporte médico</u>	Sin cargo		Sin cargo	Ninguno.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red de nivel 1 (Pagará el monto mínimo)	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
	<u>de emergencia</u>				
	<u>Atención de urgencia</u>	<u>Copago</u> de \$15/visita		<u>Coseguro</u> del 20%	Ninguno.
Si debe recibir hospitalización	Tarifa por uso de las instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo		<u>Coseguro</u> 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 <u>necesidad médica</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 % del costo de los servicios, el monto que sea menor.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	<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 multas de \$500 o el 20% del costo de los servicios, el monto que sea menor.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$15/primera visita únicamente		<u>Coseguro</u> del 20%	No se aplican <u>costos compartidos</u> a los <u>servicios de atención preventiva</u> . Según el tipo de servicio, puede aplicarse un <u>copago</u> , un <u>coseguro</u> o un <u>deducible</u> . Los cuidados de maternidad pueden incluir pruebas y servicios descritos en otra sección (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales de nacimiento/parto	Sin cargo		<u>Coseguro</u> 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 nacimiento/parto del centro	Sin cargo		<u>Coseguro</u> del 20 %	
Si necesita	<u>Atención médica a</u>	Sin cargo		<u>Coseguro</u> del 20%	Límite: 200 visitas/año calendario.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor <u>dentro de la red</u> de nivel 1 (Pagará el monto mínimo)	Proveedor <u>dentro de la red</u>	Proveedor <u>fuera de la red</u> (Pagará el monto máximo)	
ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	<u>domicilio</u>				
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cargo		<u>Coseguro</u> del 20 %	Se requiere autorización previa para evitar multas de \$500 o el 20% de los servicios cubiertos. 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 de servicios <u>fuera de la red</u> : 60 días/año calendario. Se requiere autorización previa para evitar multas de \$500 o el 20% del costo de los servicios, el monto que sea menor.
	<u>Equipos médicos permanentes</u>	Sin cargo		<u>Coseguro</u> 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.
	<u>Servicios de hospicio</u>	Sin cargo		<u>Coseguro</u> del 20 %	Límite de hospicio a domicilio <u>fuera de la red</u> : 200 visitas/año calendario. Límite de hospicio para pacientes hospitalizados <u>fuera de la red</u> : 60 días/año calendario. Se requiere autorización previa para pacientes hospitalizados a fin de evitar multas de \$500 o el 20 % del costo de los servicios, el monto que sea menor.
Si su hijo necesita atención dental	Examen de la vista para niños	<u>Copago</u> de \$15/visita No se aplica <u>deducible</u> .		<u>Coseguro</u> del 50%	Límite: 1 visita/año calendario.
	Anteojos para niños	Sin cobertura		Sin cobertura	Deberá pagar el 100% de este servicio,

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor <u>dentro de la red</u> de nivel 1 (Pagará el monto mínimo)	<u>Proveedor dentro de la red</u>	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Pagará el monto máximo)	
o de la vista					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 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/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)

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 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 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.

¿Ofrece este plan la cobertura mínima esencial? 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 mínima esencial, es posible que no reúna los requisitos 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, kwijigo 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. Sus costos reales serán distintos 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)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$350
■ <u>Copago del especialista</u>	\$15
■ Hospital (instalación)	\$0
■ Otro	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio de especialistas (*atención prenatal*), servicios profesionales para el parto, servicios en instalaciones para el parto

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
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)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$350
■ <u>Copago del especialista</u>	\$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:

<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
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)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$350
■ <u>Copago del especialista</u>	\$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:

<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
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 carecompass.ct.gov/hep

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