

## ConnectiCare : Value Silver Standard POS (CSR 94 %)

Cobertura para: Individuo + Familia | Tipo de plan: POS



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) es un documento que 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: Se brindará información por separado sobre el costo de este [plan](#) (lo que se denomina la [prima](#)).

Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al 1-800-251-7722. Para una definición de los términos de uso común, como [importe permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos delineados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamando al 1-800-251-7722, para solicitar una copia.

| Preguntas importantes  | Respuestas  | Por qué es importante:  |
|--|---|---|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?   | <b>Dentro de la red:</b> \$0 individual/\$0 familiar. No se aplica a la <a href="#">atención preventiva</a> .<br><b>Fuera de la red:</b> \$10,000 individual/\$20,000 familiar. | Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el importe del <a href="#">deducible</a> , antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el importe total de los gastos del <a href="#">deducible</a> que paguen todos los familiares alcance el <a href="#">deducible</a> general familiar.  |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?                          | Sí. La <a href="#">atención preventiva</a> se cubre antes de pagar el <a href="#">deducible</a> .   | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha pagado el importe del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/#preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/#preventive-care-benefits/</a> .   |
| ¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?                                 | Sí. Para la cobertura de medicamentos <b>fuera de la red</b> \$500 individual/\$1,000 familiar.   | Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el importe del <a href="#">deducible</a> específico antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar por estos servicios.  |
| ¿Cuál es el <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> de este <a href="#">plan</a> ? | Para <a href="#">proveedores</a> participantes, \$1,050 individual/\$2,100 familiar. Para <a href="#">proveedores</a> no participantes, \$18,200 individual/\$36,400 familiar.  | El <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros familiares cubiertos por el <a href="#">plan</a> , ellos deben pagar sus propios <a href="#">límites de los gastos directos del bolsillo</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de los gastos directos del bolsillo</a> familiar general.  |
| ¿Qué no incluye el <a href="#">límite de los gastos directos del bolsillo</a> ?                      | Las <a href="#">primas</a> , los cargos por <a href="#">facturación de saldo</a> y la atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.                                   | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de los gastos directos del bolsillo</a> .  |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?                     | Sí. Visite <a href="http://www.ConnectiCare.com">www.ConnectiCare.com</a> o llame al 1-800-251-7722 para obtener una lista de <a href="#">proveedores</a> participantes.        | Este <a href="#">plan</a> tiene una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Usted pagará más si acude a un <a href="#">proveedor</a> no participante, y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia en el costo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?                | No.   | Puede ver al <a href="#">especialista</a> que elija sin una <a href="#">derivación</a> .  |



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya alcanzado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

| Eventos médicos comunes   | Servicios que podría necesitar  | Lo que usted paga   |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---|---|---|--|---|
|   |   | Proveedor participante (Usted pagará lo mínimo)   | Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo)   |   |
| <b>Si visita una clínica o consultorio del <a href="#">proveedor</a> de atención médica</b> | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad   | \$10 de <a href="#">copago</a> por visita   | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por visita luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan   | Ninguno.  |
|   | Visita al <a href="#">especialista</a>  | \$30 de <a href="#">copago</a> por visita   | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por visita luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan   | Ninguno.  |
|   | <a href="#">Atención preventiva/exámenes de detección/inmunizaciones</a>  | Sin cargo   | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a>                 | Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.   |
| <b>Si se realiza una prueba</b>   | <a href="#">Análisis de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)   | Radiografías: \$25 de <a href="#">copago</a> por servicio; Servicios de laboratorio: \$10 de <a href="#">copago</a> por servicio  | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por servicio luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan | Se necesita <a href="#">autorización previa</a> para ciertos servicios (p. ej., pruebas genéticas)  |
|   | Estudios de imágenes (tomografía computarizada [CT], tomografías por emisión de positrones [PET], resonancia magnética [MRI]) | \$50 de <a href="#">copago</a> por servicio hasta un máximo anual combinado de \$350 por resonancia magnética (MRI) y tomografías axiales computadas (TAC); \$400 por tomografías por emisión de positrones (PET) | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por servicio luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan | Se necesita <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en \$500 o 50 %, el monto que sea menor. |

| Eventos médicos comunes   | Servicios que podría necesitar  | Lo que usted paga  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|---|--|--|--|
|   |   | Proveedor participante (Usted pagará lo mínimo)  | Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo)   |  |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección.</b><br>Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.ConnectiCare.com">www.ConnectiCare.com</a> . | Medicamentos genéricos (Nivel 1)  | \$5 de <a href="#">copago</a> por receta (de venta minorista); \$10 de <a href="#">copago</a> por receta (pedidos por correo)  | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por receta luego de pagar el <a href="#">deducible</a> por medicamentos con receta OON (de venta minorista y pedidos por correo)                  | Determinados medicamentos necesitarán <a href="#">autorización previa</a> . Cubre hasta un suministro de 30 días por receta (de venta minorista); suministro de 90 días por receta (pedidos por correo). Los <a href="#">medicamentos especializados</a> están disponibles en farmacias de especialidades de venta minorista solamente y cubiertos hasta un límite de 30 días de suministro. |
|   | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)  | \$10 de <a href="#">copago</a> por receta (de venta minorista); \$20 de <a href="#">copago</a> por receta (pedidos por correo)   | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por receta luego de pagar el <a href="#">deducible</a> por medicamentos con receta OON (de venta minorista y pedidos por correo)                  |  |
|   | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)                                       | \$30 de <a href="#">copago</a> por receta (de venta minorista); \$60 de <a href="#">copago</a> por receta (pedidos por correo)   | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por receta luego de pagar el <a href="#">deducible</a> por medicamentos con receta OON (de venta minorista y pedidos por correo)                  |  |
|   | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (Nivel 4)                              | 20 % de <a href="#">coseguro</a> hasta un máximo de \$60 por receta (solo para farmacias de especialidades de venta minorista)   | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por receta luego de pagar el <a href="#">deducible</a> por medicamentos con receta OON (solo para farmacias de especialidades de venta minorista) |  |
| <b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>   | Tarifa de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria o de corta estancia) | \$75 de <a href="#">copago</a> por visita en un centro hospitalario ambulatorio<br>\$45 de <a href="#">copago</a> por visita en un centro de cirugía ambulatoria o de corta estancia | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por visita luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan   | Se necesita <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en \$500 o 50 %, el monto que sea menor.  |
|   | Tarifas del médico/cirujano   | Sin cargo  | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por visita luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan   | Ninguno.   |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>  | <a href="#">Atención en la sala de emergencia</a>                                   | \$50 de <a href="#">copago</a> por visita  | \$50 de <a href="#">copago</a> por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a>   | Ninguno.   |
|   | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                                     | Sin cargo  | Sin cargo  | Ninguno.   |
|   | <a href="#">Atención médica urgente</a>   | \$25 de <a href="#">copago</a> por visita  | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por visita luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan   | Ninguno.   |

| Eventos médicos comunes  | Servicios que podría necesitar                           | Lo que usted paga  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | Proveedor participante (Usted pagará lo mínimo)  | Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo)   |  |
| <b>Si le hospitalizan</b>  | Tarifa de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | \$75 de <a href="#">copago</a> por día hasta un máximo de \$300 por admisión   | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por admisión luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan | <a href="#">Se necesita autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en \$500 o 50 %, el monto que sea menor.                      |
|  | Tarifas del médico/cirujano                              | Sin cargo  | 40 % de <a href="#">coseguro</a> luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan              | Ninguno.   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                    | \$10 de <a href="#">copago</a> por visita<br><b>Tratamiento de salud mental y por abuso de alcohol y sustancias para pacientes ambulatorios</b> (tratamiento ambulatorio intensivo y <a href="#">hospitalización</a> parcial): \$75 de copago por visita | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por visita luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan   | Ninguno.   |
|  | Servicios para pacientes internados                      | \$75 de <a href="#">copago</a> por día hasta un máximo de \$300 por admisión   | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por admisión luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan | <a href="#">Se necesita autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse a \$500 o al 50 %, el monto que sea menor.                    |
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas al consultorio                                   | Sin cargo por cuidados prenatales y posparto   | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por visita luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan   | El costo compartido no se aplica a determinados servicios preventivos. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <a href="#">coseguro</a> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ultrasonido). |
|  | Servicios profesionales de parto                         | Sin cargo  | 40 % de <a href="#">coseguro</a> luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan              |  |
|  | Servicios de instalaciones de partos profesionales       | \$75 de <a href="#">copago</a> por día hasta un máximo de \$300 por admisión   | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por admisión luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan |  |

| Eventos médicos comunes   | Servicios que podría necesitar                       | Lo que usted paga   |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---|--|---|---|---|
|   |  | Proveedor participante (Usted pagará lo mínimo)   | Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo)  |   |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | <a href="#">Cuidado de salud en el hogar</a>         | Sin cargo   | 25 % de <a href="#">coseguro</a> por visita luego de pagar \$50 de <a href="#">deducible</a> por separado       | Se necesita <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en \$500 o 50 %, el monto que sea menor. Hasta 100 visitas por año calendario. |
|   | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>          | \$20 de <a href="#">copago</a> por visita   | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por visita luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan            | Se necesita <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en \$500 o 50 %, el monto que sea menor. Hasta 40 visitas por año.             |
|   | <a href="#">Servicios de habilitación</a>            | \$20 de <a href="#">copago</a> por visita   | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por visita luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan            | Hasta 40 visitas por año.   |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a> | \$75 de <a href="#">copago</a> por día hasta \$300 por admisión luego de pagar el <a href="#">deducible</a> INET del plan | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por admisión luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan          | Se necesita <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en \$500 o 50 %, el monto que sea menor. Máximo de 90 días por año calendario. |
|   | <a href="#">Equipo médico duradero</a>               | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por equipo/suministro  | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por equipo/suministro luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan | Se necesita <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en \$500 o 50 %, el monto que sea menor.                                       |

| Eventos médicos comunes  | Servicios que podría necesitar        | Lo que usted paga  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|---------------------------------------|--|--|---|
|  |                                       | Proveedor participante (Usted pagará lo mínimo)  | Proveedor no participante (Usted pagará lo máximo)   |   |
| <b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b> | <a href="#">Servicios de hospicio</a> | Costo compartido aplicable para cuidado de salud en el hogar o centro hospitalario para pacientes internados   | Costo compartido aplicable para cuidado de salud en el hogar o centro hospitalario para pacientes internados | Se necesita <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , es posible que sea responsable del costo total del servicio o los beneficios pueden reducirse en \$500 o 50 %, el monto que sea menor. |
| <b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>                             | Examen de la vista pediátrico         | \$30 de <a href="#">copago</a> por visita  | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por visita luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan         | Un examen por año calendario.   |
|  | Anteojos para niños                   | Lentes: sin cargo<br>Marco de colección: sin cargo<br>Marco que no sea de colección:<br>los miembros que elijan pasar de un marco de colección a un marco que no sea de colección recibirán un crédito sustancialmente igual al costo del marco de colección y tendrán derecho a los descuentos negociados por la compañía de seguros con el minorista | 50 % de <a href="#">coseguro</a> por visita luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan         | Un par de marcos y lentes o lentes de contacto por año calendario.  |
|  | Chequeo dental pediátrico             | Sin cargo  | 50 % de <a href="#">coseguro</a> por visita luego de pagar el <a href="#">deducible</a> OON del plan         | La cobertura se limita a dos exámenes por año.  |



## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

### Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (Revise su póliza o documento del [plan](#) para ver más información o una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Cirugía estética</li><li>• Atención dental (adultos)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención a largo plazo</li><li>• Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos</li><li>• Servicios de enfermería privada</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado de rutina de los pies</li><li>• Pruebas de audición de rutina</li><li>• Programas de pérdida de peso (tarifa con descuento)</li></ul> |
|---|---|---|

### Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• La cobertura de acupuntura se limita al control del dolor</li><li>• Atención quiropráctica</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Audífonos (pueden estar cubiertos con limitaciones)</li><li>• Tratamiento de infertilidad</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención de la vista de rutina</li><li>• Interrupción del embarazo/aborto</li></ul> |
|--|---|---|

**Sus derechos a continuar con su cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros al 1-877-267-2323 X61565 o en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov), o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-3272 o en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro de Salud](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596. Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, también puede comunicarse con el [plan](#) al 1-800-251-7722.

**Su derecho a presentar quejas formales y apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [queja formal](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa [reclamación](#) médica. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: ConnectiCare Member Appeals: PO Box 4061, Farmington, CT 06034-4061 o 1-800-251-7722

Residentes de Connecticut: Departamento de Seguros del Estado de Connecticut al 1-800-203-3447 o en [www.ct.gov/cid/site/default.asp](http://www.ct.gov/cid/site/default.asp)

Residentes de Massachusetts: División de Seguros de Massachusetts al 1-877-563-4467 o en [www.mass.gov/ocabr/government/oca-agencies/doi-lp/](http://www.mass.gov/ocabr/government/oca-agencies/doi-lp/)

Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado: al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform)

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro de salud](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cobertura determinada. Si usted es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal de la prima](#).

### ¿Esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo? No corresponde.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), es posible que sea elegible para un [crédito fiscal de la prima](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

————— Para ver ejemplos sobre cómo este [plan](#) podría cubrir los costos para una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección. —————

## Información sobre estos ejemplos de cobertura



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos que se indican son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes en función de la atención real que reciba, los precios que cobran sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los importes de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar de acuerdo con otros [planes](#) de salud diferentes. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

### Peg está embarazada

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) del [especialista](#) \$30
- [Copago](#) del hospital (instalación) \$75
- Otro [coseguro](#) 40 %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Visitas a consultorio de especialistas](#)

(atención prenatal)

Servicios profesionales de parto

Servicios de la instalación de partos profesionales

[Pruebas de diagnóstico](#) (ultrasonidos y análisis de sangre)

Visita al [especialista](#) (anestesia)

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$12,700</b> |
|-------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <a href="#">Costo compartido</a> |  |
|----------------------------------|--|

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$0 |
|----------------------------|-----|

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| <a href="#">Copagos</a> | \$400 |
|-------------------------|-------|

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| <a href="#">Coseguro</a> | \$0 |
|--------------------------|-----|

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <i>Qué no está cubierto</i> |  |
|-----------------------------|--|

|                       |      |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$60 |
|-----------------------|------|

|                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$460</b> |
|------------------------------------|--------------|

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) del [especialista](#) \$30
- [Copago](#) del hospital (instalación) \$75
- Otro [coseguro](#) 40 %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Visitas al consultorio del médico de atención](#)

[primaria](#) (incluida la educación sobre la enfermedad)

[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos con receta](#)

[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$5,600</b> |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <a href="#">Costo compartido</a> |  |
|----------------------------------|--|

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$0 |
|----------------------------|-----|

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| <a href="#">Copagos</a> | \$500 |
|-------------------------|-------|

|                          |       |
|--------------------------|-------|
| <a href="#">Coseguro</a> | \$300 |
|--------------------------|-------|

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <i>Qué no está cubierto</i> |  |
|-----------------------------|--|

|                       |      |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$20 |
|-----------------------|------|

|                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$820</b> |
|------------------------------------|--------------|

### Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) del [especialista](#) \$30
- [Copago](#) del hospital (instalación) \$75
- Otro [coseguro](#) 40 %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencia](#) (incluye suministros médicos)

[Prueba de diagnóstico](#) (radiografía)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$2,800</b> |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <a href="#">Costo compartido</a> |  |
|----------------------------------|--|

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$0 |
|----------------------------|-----|

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| <a href="#">Copagos</a> | \$300 |
|-------------------------|-------|

|                          |       |
|--------------------------|-------|
| <a href="#">Coseguro</a> | \$100 |
|--------------------------|-------|

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <i>Qué no está cubierto</i> |  |
|-----------------------------|--|

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| Límites o exclusiones | \$0 |
|-----------------------|-----|

|                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$400</b> |
|------------------------------------|--------------|

Nota: Estos números suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del [plan](#). Si participa en el programa de bienestar del [plan](#), es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información acerca del programa de bienestar, llame al: 1-800-390-3522.

\*Nota: Es posible que este [plan](#) tenga otros [deducibles](#) por servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila "¿Hay algún otro [deducible](#) por servicios específicos?" arriba.

El [plan](#) sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.



## Notificación sobre accesibilidad y no discriminación

ConnectiCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no ejerce ninguna discriminación en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ConnectiCare no excluye a las personas ni las trata de manera diferente en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

### ConnectiCare:

- Ofrece material de forma gratuita y presta servicios a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con eficacia con nosotros, incluidos intérpretes calificados e información en formatos alternativos.
- Presta servicios de idioma sin cargo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, incluidos documentos traducidos e interpretaciones orales. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Comité de Derechos Civiles.

Si cree que ConnectiCare no ha proporcionado estos servicios, o ha discriminado a alguien en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una [queja formal](#) en: The Committee for Civil Rights, ConnectiCare, 175 Scott Swamp Road, Farmington, CT 06034; llame al 1-800-251-7722 o a la línea de TTY al 1-800-833-8134. Puede presentar una [queja formal](#) en persona en 175 Scott Swamp Road, Farmington, CT, por correo postal, por fax al (860) 674-2232 o por correo electrónico a [memberservices@connecticare.com](mailto:memberservices@connecticare.com). Si necesita ayuda para presentar una [queja formal](#), el Comité de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.; puede hacerlo por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Servicios lingüísticos:

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134)。

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-251-7722 (ATS: 1-800-833-8134).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-251-7722 (телетайп: 1-800-833-8134).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134).

(ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-251-7722 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-833-800-1).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-800-251-7722 (TTY: 1-800-833-8134)번으로 전화해 주십시오.

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-224-2273 (TTY: 1-800-842-9710).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-224-2273 (TTY: 1-800-842-9710) पर कॉल करें।

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-224-2273 (TTY: 1-800-842-9710).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-224-2273 (TTY: 1-800-842-9710).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្បួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-224-2273 (TTY: 1-800-842-9710)។

सुचना: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-224-2273 (TTY: 1-800-842-9710).