



Planes Individuales Solo

2024

ConnectiCare[®]

La salud sobre todo

Su salud es su mayor fortaleza. Ayudarle a mantenerla es nuestra misión. Es por eso que en ConnectiCare, cuando decimos que nos referimos a la salud, queremos decir que vamos más allá de la cobertura para conectarle con médicos ubicados convenientemente y recursos de salud y bienestar que pueden ayudarle a mantenerse saludable.

Esta guía contiene información sobre los planes de salud para individuos y familias SOLO 2024.

Planes y beneficios

- **¡Nuevo! Member Choice**, un beneficio de farmacia, requiere que los miembros que toman medicamentos de mantenimiento (fármacos que toma todos los días, mes tras mes) obtengan suministros cómodos de 90 días, con la opción de surtir estas recetas en CVS o Walgreens, o a través del servicio de pedidos por correo de Express Scripts. Cada miembro de la familia puede elegir.* Otras recetas pueden ser surtidas en cualquier farmacia dentro de la red. Usted tiene la opción de cambiar su cadena de farmacias una vez por año del plan.
- **Teladoc® Primary360** ofrece atención primaria, salud conductual, dermatología y atención que no sea de emergencia las 24 horas, los 7 días de la semana a solicitud, a través del teléfono, video o mensajería mediante una aplicación en su teléfono.*** Los miembros pueden ver virtualmente al mismo proveedor de atención primaria (PCP) sin limitación en el número de visitas. Los proveedores de Teladoc también pueden emitir recetas para fármacos médicamente necesarios.
- **WellSpark Health** puede ayudarle a crear hábitos saludables, sentirse más feliz y reducir el riesgo de enfermedades crónicas prevenibles. Los miembros pueden utilizar herramientas de seguimiento de hábitos, conectar un rastreador de actividad y dispositivos, y consultar una amplia biblioteca de recursos de salud.

El compromiso de servirle: nuestra marca

El servicio de atención al cliente de ConnectiCare ha sido reconocido internacionalmente por su calidad durante los últimos cuatro años.** Nuestros representantes están preparados para ayudarle y responder a sus llamadas desde su base aquí mismo en el estado. Y los amables asociados de los centros ConnectiCare están disponibles para reunirse con usted y ayudarle en persona.

*Tenga en cuenta que si elige surtir sus medicamentos de mantenimiento en CVS, Walgreens pasará a ser una farmacia fuera de la red para usted.

Si selecciona Walgreens, CVS pasará a ser una farmacia fuera de la red.

** Ganadores de premios Stevie en 2019, 2020, 2021 y 2022.

*** Se aplican restricciones. Para la atención primaria, los miembros deben tener 18 años o más; para los servicios de salud mental, debe tener 13 años o más. No todos los servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Obtenga los beneficios y los servicios que necesita

Los planes de ConnectiCare incluyen muchos beneficios que le ayudan a usted (y a su familia) a mantenerse saludable y obtener atención cuando está enfermo/a o lesionado/a.

Con un plan de ConnectiCare, usted obtiene lo siguiente:

- Cobertura de atención preventiva para servicios como chequeos anuales, exámenes de detección, vacunas contra la gripe y otras vacunas sin copagos ni deducibles.[†]
- Cobertura de medicamentos con receta, incluidos medicamentos gratuitos, como anticonceptivos y medicamentos para prevenir enfermedades cardiovasculares.
- Visitas de telemedicina Teladoc con acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a proveedores que pueden emitir recetas, cuando sea médicamente necesario, a través de una aplicación móvil, teléfono o computadora.^{††}
- Cuidado de la salud mental para trastornos por abuso de sustancias, ansiedad, depresión y otras afecciones de salud del comportamiento.
- Atención de un especialista, pruebas de diagnóstico y tratamiento en hospital.
- Cobertura dental y de la vista pediátrica para miembros hasta 26 años.
- Atención de urgencia y de emergencia donde sea que viaje.^{†††}

Cobertura dental preventiva opcional

También ofrecemos cobertura dental opcional para adultos para servicios preventivos (limpiezas y chequeos) y algunos servicios integrales, como empastes. No se incluye el tratamiento de ortodoncia. Los planes cubren servicios tanto dentro como fuera de la red, aunque es posible que usted pague menos si acude a dentistas dentro de la red. Busque dentistas en nuestra red en “Find a Doctor” (Busque un médico) en connecticare.com.

Puede adquirir cobertura dental preventiva con su plan médico SOLO o buscar nuestros nuevos planes dentales disponibles en Access Health CT con o sin la compra de un plan médico en el intercambio.

Estamos aquí para ayudarle

Su agente está listo para ayudarle a inscribirse en un plan 2024. Si no tiene un agente, comuníquese con nosotros.

Por teléfono

Llámenos al **800-723-2986** (TTY: **711**) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
Horario extendido del 1.º de noviembre al 15 de diciembre:
Lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m.

En persona

Reúnase con nosotros en un centro de ConnectiCare.
Visite visitconnecticare.com o llame al **877-523-6837** (TTY: **711**) para conocer nuestras ubicaciones y para programar una cita.

Por internet

Visite chooseconnecticare.com para comprar un plan individual de ConnectiCare e inscribirse en él. Compare los beneficios, los costos de bolsillo y las primas de los planes. Luego, complete y presente una solicitud.

[†]Atención preventiva significa que no deberá abonar un copago ni tendrá que pagar como parte de su deducible o coseguro por los servicios. A veces, una visita de atención preventiva conduce a otro tipo de atención médica o pruebas, incluso en la misma cita. Consulte a su médico o con el personal médico durante su visita para saber si hay servicios por los que se le podría facturar.

^{††}Telemedicina proporcionada por Teladoc. No todos los servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

^{†††}Sujeto a limitaciones.

Eligiendo su plan

Desea sacarle el máximo provecho al dinero que invierte en su atención médica. Por lo tanto, tómese un tiempo para revisar sus opciones de plan y elija aquel que se ajuste a sus necesidades y presupuesto.

Tipos de planes ConnectiCare

Ofrecemos dos tipos de planes SOLO.

Opciones	Nuestros planes Choice le permiten administrar su salud a su manera. Puede usar cualquiera de los médicos, los hospitales, los laboratorios y las instalaciones de nuestra amplia red que abarca Connecticut, 28 condados de Nueva York y partes de Massachusetts y Rhode Island.
Passage	Los planes Passage dejan su atención médica donde pertenece: entre usted y su médico. Sin embargo, deberá elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de entre quienes acepten los planes Passage y solicitar que su PCP le derive a especialistas.

Los niveles de metal tienen más información sobre los costos.

Los niveles de metal muestran el rango de primas y costos de bolsillo para todos los tipos de planes.

Nivel de metal	Primas	Costos de bolsillo	El plan paga*
Silver	Moderadas	Moderados	70 %
Bronze	Menores	Mayores	60 %

*El importe promedio que el plan paga por los servicios cubiertos.

Información básica de los planes de salud

Tres cartas que pueden explicar mucho sobre su plan de salud.

HMO: si elige un plan con “organización para el mantenimiento de la salud” (“HMO”) en su nombre, deberá visitar médicos de la red para que esos servicios estén cubiertos.

POS: elegir un plan con “punto de servicio” (“POS”) en su nombre significa que usted podrá visitar médicos fuera de la red, pero pagará más.

HSA: significa “cuenta de ahorros de salud” (“health savings account”). Los planes HSA le permiten ahorrar dinero libre de impuestos y usarlo para gastos de cuidado de salud que califiquen. Es posible que los planes HSA tengan deducibles más altos que otros planes.

Guía de términos importantes

Usted paga una prima cada mes por su seguro médico.

Es posible que también deba pagar otros costos. Las tablas de planes en las siguientes páginas usan los términos que se definen a continuación.

Deducible: cantidad específica que paga cada año antes de que ConnectiCare comience a pagar los gastos cubiertos.

Costos de gasto máximo de bolsillo: lo máximo que tendría que pagar (además de la prima) por los servicios cubiertos durante el año del plan.

Dentro de la red: se refiere a médicos, hospitales, farmacias, instalaciones y otros profesionales de atención médica que han negociado con ConnectiCare sus tarifas para servicios.

Copago: un importe fijo que usted paga por un servicio cubierto por su plan.

Beneficios médicos o servicios cubiertos: los beneficios o servicios de los que su plan de ConnectiCare paga la totalidad o parte de los costos.

Fuera de la red: médicos, hospitales, farmacias, instalaciones y otros profesionales de atención médica que no tienen contratos con ConnectiCare. A menudo pagará más o no tendrá ninguna cobertura si visita médicos, hospitales, farmacias, centros u otros profesionales de atención médica fuera de la red.

No se aplica el deducible: significa que su deducible no se aplica al servicio, y usted tiene un copago o coseguro.

Coseguro: describe cómo ConnectiCare compartirá los costos de los servicios cubiertos y los medicamentos con receta.

Beneficio de medicamento con receta: describe cuánto pagará por los medicamentos con receta que se encuentran en la lista de medicamentos de su plan.

Proveedor de atención primaria (PCP): un profesional de atención médica que conoce su salud y su historial médico para ayudarle a mantenerse saludable. Usted visita a un PCP para ayudar a controlar afecciones crónicas y recibir atención preventiva, como chequeos anuales, exámenes de detección y vacunas.

Niveles: una manera de clasificar los medicamentos con receta cubiertos por su plan. Por lo general, los medicamentos en niveles con números más bajos le cuestan menos que los medicamentos en niveles con números más altos.

Compare planes e inscríbese

Visite [chooseconnecticare.com](https://www.chooseconnecticare.com) para comparar las características, las primas y los costos de bolsillo de los planes. Luego, inscríbese en línea ahí mismo.

Planes Passage y Choice SOLO

Nombre del plan/Nivel de metal

Passage SOLO HMO
Copago/coseg. \$7,500 de deduc.
Bronze

ACCESO A LA RED

Los PCP de Passage solo se encuentran en Connecticut. Hay especialistas y centros participantes en Connecticut y en las zonas limítrofes de Massachussets y Rhode Island. Los miembros de Passage también pueden usar especialistas y centros en Nueva York a través de la red Prime de EmblemHealth.

PLAN/DEDUCIBLE MÉDICO

Deducible (individual/familiar)	\$7,500/\$15,000*
Límite máximo de gastos de bolsillo (individual/familiar)	\$9,450/\$18,900

BENEFICIOS MÉDICOS DENTRO DE LA RED

Atención preventiva/Exámenes de detección/Inmunizaciones	\$0
Servicios de proveedor de atención primaria (PCP)	Copago de \$40 (no se aplica el deducible)
Visitas de telemedicina a través de Teladoc**	Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales: \$0 (no se aplica el deducible) Dermatólogo: \$60 de copago luego del deducible
Servicios de especialistas	Copago de \$60 luego del deducible
Visitas al consultorio para servicios de salud mental y uso de sustancias	Copago de \$60 (no se aplica el deducible)
Cobertura de la vista	Copago de \$50 (no se aplica el deducible)
Centro de atención de urgencia/Consultas médicas sin cita previa	Copago de \$100 (no se aplica el deducible)
Cobertura de emergencia en todo el mundo***	50 % de coseguro luego del deducible
Hospital: tratamiento para pacientes hospitalizados	Coseguro del 50 % luego del deducible
Hospital: tratamiento para pacientes ambulatorios	Coseguro del 50 % luego del deducible
Cirugía ambulatoria en centros independientes	Copago de \$500 luego del deducible
Servicios de laboratorio	Centro independiente: \$20 de copago luego del deducible Centro hospitalario: 50 % de coseguro luego del deducible
Radiografías	Centro independiente: \$60 de copago luego del deducible Centro hospitalario: 50 % de coseguro luego del deducible
Estudios avanzados de diagnóstico por imágenes (exploraciones por CT y MRI)	Coseguro del 50 % luego del deducible

BENEFICIOS MÉDICOS FUERA DE LA RED

Deducible (individual/familiar)	No corresponde
Coseguro	No corresponde
Límite máximo de gastos de bolsillo (individual/familiar)	No corresponde

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Deducible para medicamentos con receta (individual/familiar)	El plan tiene un deducible integrado con médico (ver arriba)*
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$15 (no se aplica el deducible)
Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos	50 % de coseguro; máximo de \$250 por receta luego del deducible
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$60 luego del deducible del plan
Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	50 % de coseguro; máximo de \$500 por receta luego del deducible
Nivel 5: medicamentos de especialidad preferidos	50 % de coseguro; máximo de \$500 por receta luego del deducible
Nivel 6: medicamentos de especialidad no preferidos	50 % de coseguro; máximo de \$750 por receta luego del deducible

*Deducible integrado para gastos médicos y de medicamentos con receta.

**La telemedicina no es apropiada para todos los servicios cubiertos, y se aplican restricciones. Atención primaria: los miembros deben tener la edad de 18 años o más.

***Sujeto a limitaciones.

Choice SOLO POS Coseguro \$4,000 de deduc. Silver	Choice SOLO POS Copago/coseg. \$5,500 30 % de deduc. Silver	Choice SOLO POS Copago/coseg. \$6,000 de deduc. Silver
Connecticut, partes de Massachussets, Rhode Island y Nueva York a través de la red Prime de EmblemHealth	Connecticut, partes de Massachussets, Rhode Island y Nueva York a través de la red Prime de EmblemHealth	Connecticut, partes de Massachussets, Rhode Island y Nueva York a través de la red Prime de EmblemHealth
\$4,000/\$8,000*	\$5,500/\$11,000*	\$6,000/\$12,000
\$9,450/\$18,900	\$9,450/\$18,900	\$9,450/\$18,900
\$0	\$0	\$0
Copago de \$50 (no se aplica el deducible)	Copago de \$40 (no se aplica el deducible)	Copago de \$40 (no se aplica el deducible)
Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales: \$0 (no se aplica el deducible) Dermatólogo: 50 % de coseguro luego del deducible	Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales: \$0 (no se aplica el deducible) Dermatólogo: \$70 de copago luego del deducible	Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales: \$0 (no se aplica el deducible) Dermatólogo: \$70 de copago (no se aplica el deducible)
Coseguro del 50 % luego del deducible	Copago de \$70 luego del deducible	Copago de \$70 (no se aplica el deducible)
Coseguro del 50 % luego del deducible	Copago de \$70 (no se aplica el deducible)	Copago de \$70 (no se aplica el deducible)
Coseguro del 50 % luego del deducible	Copago de \$50 (no se aplica el deducible)	Copago de \$50 (no se aplica el deducible)
Coseguro del 50 % luego del deducible	Copago de \$100 (no se aplica el deducible)	Copago de \$100 (no se aplica el deducible)
Coseguro del 50 % luego del deducible	Coseguro del 30 % luego del deducible	30 % de coseguro luego del deducible
Coseguro del 50 % luego del deducible	Coseguro del 30 % luego del deducible	30 % de coseguro luego del deducible
Coseguro del 50 % luego del deducible	Coseguro del 30 % luego del deducible	Coseguro del 30 % luego del deducible
Coseguro del 50 % luego del deducible	Copago de \$500 luego del deducible	Copago de \$500 luego del deducible
50 % de coseguro luego del deducible	Centro independiente: \$10 de copago luego del deducible Centro hospitalario: 30 % de coseguro luego del deducible	Centro independiente: \$10 de copago luego del deducible Centro hospitalario: 30 % de coseguro luego del deducible
50 % de coseguro luego del deducible	Centro independiente: \$35 de copago luego del deducible Centro hospitalario: 30 % de coseguro luego del deducible	Centro independiente: \$35 de copago (no se aplica el deducible) Centro hospitalario: 30 % de coseguro luego del deducible
50 % de coseguro luego del deducible	Centro independiente: \$75 de copago hasta \$375 luego del deducible Centro hospitalario: 30 % de coseguro luego del deducible	Centro independiente: \$75 de copago hasta \$375 luego del deducible Centro hospitalario: 30 % de coseguro luego del deducible
\$15,000/\$30,000	\$15,000/\$30,000	\$15,000/\$30,000
50 %	50 %	50 %
\$30,000/\$60,000	\$30,000/\$60,000	\$30,000/\$60,000
El plan tiene un deducible integrado con médico (ver arriba)*	El plan tiene un deducible integrado con médico (ver arriba)*	El plan tiene un deducible integrado con médico (ver arriba)*
Copago de \$10 (no se aplica el deducible)	Copago de \$10 (no se aplica el deducible)	Copago de \$10 (no se aplica el deducible)
50 % de coseguro; máximo de \$250 por receta luego del deducible	50 % de coseguro; máximo de \$250 por receta luego del deducible	50 % de coseguro; máximo de \$250 por receta luego del deducible
Copago de \$50 (no se aplica el deducible)	Copago de \$60 (no se aplica el deducible)	Copago de \$60 (no se aplica el deducible)
50 % de coseguro; máximo de \$500 por receta luego del deducible	50 % de coseguro; máximo de \$500 por receta luego del deducible	50 % de coseguro; máximo de \$500 por receta luego del deducible
50 % de coseguro; máximo de \$500 por receta luego del deducible	50 % de coseguro; máximo de \$500 por receta luego del deducible	50 % de coseguro; máximo de \$500 por receta luego del deducible
50 % de coseguro; máximo de \$750 por receta luego del deducible	50 % de coseguro; máximo de \$750 por receta luego del deducible	50 % de coseguro; máximo de \$750 por receta luego del deducible

Planes Choice SOLO

Nombre del plan/Nivel de metal	Choice SOLO HMO Copago/coseg.\$8,000 de deduc. Silver
ACCESO A LA RED	Connecticut, partes de Massachussets, Rhode Island y Nueva York a través de la red Prime de EmblemHealth
PLAN/DEDUCIBLE MÉDICO	
Deducible (individual/familiar)	\$8,000/\$16,000*
Límite máximo de gastos de bolsillo (individual/familiar)	\$9,450/\$18,900
BENEFICIOS MÉDICOS DENTRO DE LA RED	
Atención preventiva/Exámenes de detección/Inmunizaciones	\$0
Servicios de proveedor de atención primaria (PCP)	Copago de \$40 (no se aplica el deducible)
Visita de telemedicina a través de Teladoc**	Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales: \$0 (no se aplica el deducible) Dermatólogo: \$60 de copago (no se aplica el deducible)
Servicios de especialistas	Copago de \$60 (no se aplica el deducible)
Visitas al consultorio para servicios de salud mental y uso de sustancias	Copago de \$60 (no se aplica el deducible)
Cobertura de la vista	Copago de \$25 (no se aplica el deducible)
Centro de atención de urgencia/Consultas médicas sin cita previa	Copago de \$100 (no se aplica el deducible)
Cobertura de emergencia en todo el mundo***	Coseguro del 35 % luego del deducible
Hospital: tratamiento para pacientes hospitalizados	Coseguro del 35 % luego del deducible
Hospital: tratamiento para pacientes ambulatorios	Coseguro del 35 % luego del deducible
Cirugía ambulatoria en centros independientes	Copago de \$500 (no se aplica el deducible)
Servicios de laboratorio	Centro independiente: \$20 de copago luego del deducible Centro hospitalario: 35 % de coseguro luego del deducible
Radiografías	Centro independiente: \$50 de copago (no se aplica el deducible) Centro hospitalario: 35 % de coseguro luego del deducible
Estudios avanzados de diagnóstico por imágenes (exploraciones por CT y MRI)	Centro independiente: 35 % de coseguro (no se aplica el deducible) Centro hospitalario: 35 % de coseguro luego del deducible
BENEFICIOS MÉDICOS FUERA DE LA RED	
Deducible (individual/familiar)	No corresponde
Coseguro	No corresponde
Límite máximo de gastos de bolsillo (individual/familiar)	No corresponde
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	
Deducible para medicamentos con receta (individual/familiar)	El plan tiene un deducible integrado con médico (ver arriba)*
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$15 (no se aplica el deducible)
Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos	50 % de coseguro; máximo de \$250 por receta luego del deducible
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$50 (no se aplica el deducible)
Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	50 % de coseguro; máximo de \$500 por receta luego del deducible
Nivel 5: medicamentos de especialidad preferidos	50 % de coseguro; máximo de \$500 por receta luego del deducible
Nivel 6: medicamentos de especialidad no preferidos	50 % de coseguro; máximo de \$750 por receta luego del deducible

*Deducible integrado para gastos médicos y de medicamentos con receta.

**La telemedicina no es apropiada para todos los servicios cubiertos, y se aplican restricciones. Atención primaria: los miembros deben tener la edad de 18 años o más.

***Sujeto a limitaciones.

Choice SOLO POS HSA Coseg. \$3,500 de deduc. Silver	Choice SOLO HMO HSA \$6,500 de deduc. Bronze	Choice SOLO POS HSA Coseg. \$6,000 de deduc. Bronze
Connecticut, partes de Massachussets, Rhode Island y Nueva York a través de la red Prime de EmblemHealth	Connecticut, partes de Massachussets, Rhode Island y Nueva York a través de la red Prime de EmblemHealth	Connecticut, partes de Massachussets, Rhode Island y Nueva York a través de la red Prime de EmblemHealth
\$3,500/\$7,000*	\$6,500/\$13,000*	\$6,000/\$12,000*
\$7,200/\$14,400	\$7,800/\$15,600	\$7,500/\$15,000
\$0	\$0	\$0
Coseguro del 30 % luego del deducible	Copago de \$40 luego del deducible	Coseguro del 25 % luego del deducible
Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales: 0 % de coseguro luego del deducible Dermatólogo: 30 % de coseguro luego del deducible	Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales: 0 % de coseguro luego del deducible Dermatólogo: \$50 de copago luego del deducible	Atención primaria, salud mental y servicios médicos generales: 0 % de coseguro luego del deducible Dermatólogo: 25 % de coseguro luego del deducible
Coseguro del 30 % luego del deducible	Copago de \$50 luego del deducible	Coseguro del 25 % luego del deducible
Coseguro del 30 % luego del deducible	Copago de \$50 luego del deducible	Coseguro del 25 % luego del deducible
Coseguro del 25 % (no se aplica el deducible)	Copago de \$50 (no se aplica el deducible)	Coseguro del 25 % (no se aplica el deducible)
Coseguro del 30 % luego del deducible	Copago de \$100 luego del deducible	25 % de coseguro luego del deducible
Coseguro del 30 % luego del deducible	Coseguro del 30 % luego del deducible	Coseguro del 25 % luego del deducible
Coseguro del 30 % luego del deducible	Coseguro del 30 % luego del deducible	Coseguro del 25 % luego del deducible
Coseguro del 30 % luego del deducible	Coseguro del 30 % luego del deducible	Coseguro del 25 % luego del deducible
Coseguro del 30 % luego del deducible	Copago de \$500 luego del deducible	Coseguro del 25 % luego del deducible
Coseguro del 30 % luego del deducible	Centro independiente: \$10 de copago luego del deducible Centro hospitalario: 30 % de coseguro luego del deducible	Coseguro del 25 % luego del deducible
Coseguro del 30 % luego del deducible	Centro independiente: \$35 de copago luego del deducible Centro hospitalario: 30 % de coseguro luego del deducible	Coseguro del 25 % luego del deducible
Coseguro del 30 % luego del deducible	Centro independiente: \$75 de copago hasta \$375 luego del deducible Centro hospitalario: 30 % de coseguro luego del deducible	Coseguro del 25 % luego del deducible
\$15,000/\$30,000	No corresponde	\$15,000/\$30,000
50 %	No corresponde	50 %
\$30,000/\$60,000	No corresponde	\$30,000/\$60,000
El plan tiene un deducible integrado con médico (ver arriba)*	El plan tiene un deducible integrado con médico (ver arriba)*	El plan tiene un deducible integrado con médico (ver arriba)*
Copago de \$10 luego del deducible	Copago de \$10 luego del deducible	Copago de \$10 luego del deducible
50 % de coseguro; máximo de \$250 por receta luego del deducible	50 % de coseguro; máximo de \$250 por receta luego del deducible	50 % de coseguro; máximo de \$250 por receta luego del deducible
Copago de \$60 luego del deducible	Copago de \$60 luego del deducible	Copago de \$60 luego del deducible
50 % de coseguro; máximo de \$500 por receta luego del deducible	50 % de coseguro; máximo de \$500 por receta luego del deducible	50 % de coseguro; máximo de \$500 por receta luego del deducible
50 % de coseguro; máximo de \$500 por receta luego del deducible	50 % de coseguro; máximo de \$500 por receta luego del deducible	50 % de coseguro; máximo de \$500 por receta luego del deducible
50 % de coseguro; máximo de \$750 por receta luego del deducible	50 % de coseguro; máximo de \$750 por receta luego del deducible	50 % de coseguro; máximo de \$750 por receta luego del deducible

Información importante acerca de los planes SOLO de ConnectiCare

Los planes SOLO de ConnectiCare tienen emisión garantizada.

Emisión garantizada significa que su póliza de seguro de salud SOLO se emitirá sin tomar en cuenta su estado de salud. No hay suscripción y no hay preguntas médicas en la solicitud.

Elegibilidad

Podrá solicitar el plan SOLO de ConnectiCare si cumple con los siguientes criterios:

- Es residente legal de Connecticut;
- Es menor de 65 años;
- No califica para inscribirse en Medicare; y
- Es soltero o casado, o uno de los siguientes:
 - Cónyuge dependiente;
 - Pareja doméstica/en unión civil*; o
 - Hijo dependiente hasta la edad de 26 años que no está cubierto por un plan de salud grupal.

* Las parejas domésticas deben cumplir con los requisitos de elegibilidad y presentar el formulario de Verificación de pareja doméstica u otra certificación satisfactoria según lo determinemos. PRECAUCIÓN: Las parejas domésticas no están reconocidas por el IRS como dependientes legales para la financiación de una HSA. Debe consultar con su agente y con su asesor fiscal antes de establecer una HSA.

Renovación garantizada

Tiene derecho a renovar su plan cada año. Su decisión de renovar su póliza no tiene ningún impacto en las reclamaciones por los servicios que recibió antes de la fecha de finalización de su plan actual.





ConnectiCare cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no ejerce ninguna discriminación en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **800-251-7722** (TTY: **711**). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **800-251-7722** (TTY: **711**). Teladoc y las marcas relacionadas son marcas comerciales de Teladoc Health, Inc. y son utilizadas por ConnectiCare con su autorización. ConnectiCare es el nombre comercial utilizado para los productos y servicios proporcionados por uno o más grupos de empresas subsidiarias de ConnectiCare. En Connecticut, la cobertura de salud individual y familiar está suscrita por ConnectiCare, Inc. (CCI), un centro de atención médica con licencia o ConnectiCare Benefits, Inc. (CBI) o ConnectiCare Insurance Company, Inc. (CICI), aseguradoras con licencia. La cobertura dental individual, familiar y grupal está suscrita por CICI. La cobertura de salud grupal está asegurada por CCI o asegurada o administrada por CICI. En Massachusetts, el seguro de salud grupal está suscrito por ConnectiCare of Massachusetts, Inc. (CMI), una HMO con licencia. Todos los contratos de seguro, pólizas y planes de beneficios grupales contienen exclusiones y limitaciones. No toda la cobertura está disponible en todos los mercados. Para conocer los costos y detalles de la cobertura, llame o escriba a su agente de seguros o a la empresa.