Objetivo de este documento

Publicamos una reseña de calidad para cada plan de salud calificado (QHP) de Colorado en Connect for Health Colorado. La reseña le dará información sobre estadísticas de la compañía, acreditación del plan de salud, medición de la calidad clínica (atención médica), experiencia del asegurado (satisfacción del asegurado) y administración del plan (rendimiento, accesibilidad y manejo) para que usted pueda comparar los planes de salud al momento de adquirir su cobertura del seguro.



colorado access choice

Access Connected Care Partners, Inc.

Estadísticas de la compañía

FUNDADA EN:
1994

SITIO WEB:
coaccesschoice.com

ÁREA DE COBERTURA:
Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Gilpin, Jefferson, Park, Pueblo, Teller

El área de cobertura es la zona en donde un plan del seguro de salud acepta asegurados.

ASEGURADOS EN COLORADO EN 2025:
Asegurados individuales: 528,584*

**Asegurados de Medicaid y CHP+*

***Plan nuevo*

Participación de mercado en Colorado

PARTICIPACIÓN DE MERCADO EN 2025 EN CONNECT FOR HEALTH COLORADO:

**Plan nuevo*

Resumen de la compañía

Colorado Access Choice, de Access Connected Care Partners, Inc.

Colorado Access Choice es un seguro de salud económico diseñado para la forma en que la atención realmente funciona en Colorado: opciones claras para los planes y un equipo local que forma parte del sistema de atención médica del estado desde hace más de 30 años.

Hecho para Colorado: integrado por los mismos proveedores, clínicas y centros de atención que nuestra comunidad utiliza desde hace generaciones.

Con usted a cada paso: apoyo local antes, durante y después de la inscripción. Con personas reales aquí mismo, en Colorado, listas para ayudar.

Desde el momento de explorar los planes hasta el uso de los beneficios, nuestro equipo local está aquí para contestar preguntas, ayudarle a disponer lo necesario y asegurarse de que sepa qué esperar: usted no dependerá de un centro de atención al cliente nacional ni tendrá que adivinar. Si necesita asistencia, llame al Centro de Atención al Cliente al 720-798-5704 o solicite apoyo de un agente al 720-798-5705.

colorado access choice
Access Connected Care Partners, Inc.

Tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos (MLR)

La Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio exige que las compañías de seguros expliquen cuánto del dinero que usted paga por sus primas se destina a servicios médicos y mejoramiento de la calidad. Esto se denomina tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos (MLR). Esta ley también exige que las compañías de seguros proporcionen un reembolso parcial si no alcanzan la MLR mínima del 80% para planes individuales y de grupos pequeños. Esto limita la cantidad que las compañías de seguros destinan a cosas como ganancias, salarios de ejecutivos y otros gastos generales.

Tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos en 2024*

Costos de la atención brindada a pacientes individuales:

***Plan nuevo** (tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos no disponible)

*Si una MLR es mayor del 100%, esa compañía de seguros gastó más en la atención médica de lo que recibió en dólares por las primas. * La información de la MLR en 2026 aún no está disponible.*

Acreditación

La acreditación tiene lugar cuando una organización imparcial revisa las operaciones de una compañía para asegurarse de que cumple con las normas nacionales.

Acreditación de producto del Mercado

Acreditación: acreditación del plan de salud por el NCQA (plan HMO de Medicaid)

El Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) es una organización independiente sin fines de lucro que analiza e informa de la calidad de los programas relacionados con la salud.

Estado de la acreditación: plan nuevo: acreditación programada

Acreditado significa que los programas de la organización para el servicio y la calidad clínica cumplen con los requisitos básicos de protección al consumidor y mejoramiento de la calidad. “Acreditado” es el mejor estado posible para los planes del Mercado.

colorado access choice
Access Connected Care Partners, Inc.

Comprender las diferencias

Los planes del Mercado de seguros de salud tienen diferentes primas y costos de desembolso, además de que la calidad de los servicios y los beneficios que ofrecen también pueden ser diferentes. Al elegir un plan de salud, es importante comprender y tener en cuenta estas diferencias. Para ayudarle a decidir qué plan es el adecuado para usted, mostramos las "calificaciones de calidad" calculadas con la información que los planes de salud proporcionan cada año. Estas calificaciones se basan en la experiencia del asegurado y en la calidad de los servicios de atención médica. Todas las calificaciones de los planes de salud se calculan de la misma manera y usando la misma fuente de información. La información se obtiene de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.) usando los datos proporcionados por los planes de salud en 2025. Puede obtener más información acerca de estas calificaciones en el sitio web federal: www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/ACA-MQI/Quality-Rating-System/About-the-QRS.html

La calificación en estrellas le brinda una idea general de cómo se compara la calidad de cada plan de salud con la de los demás planes en Colorado y en todo el país. La calificación en estrellas ofrece información objetiva acerca de la forma en que los planes de salud se desempeñan en el Mercado. Dado que cada plan que se ofrece está calificado de la misma manera, es fácil comparar su calidad.

Sistema de calificaciones de calidad: **calificación global**

***Plan nuevo**
(calificaciones de calidad no disponibles)

Cada plan de salud calificado tiene una calificación de calidad "general" de 1 a 5 estrellas (con 5 como la calificación más alta). Esta calificación se basa en tres categorías: la atención médica, la experiencia del asegurado y la administración del plan de salud. Cada una de estas categorías también tiene su propia calificación de entre 1 y 5 estrellas. Una calificación de 3 estrellas significa que el plan de salud se considera dentro del promedio en comparación con otros planes de salud del Mercado de todo el país. Una calificación mayor de 3 estrellas significa que el plan tuvo un mejor desempeño que el promedio en comparación con los planes de salud del Mercado en un año determinado. Una calificación menor de 3 estrellas significa que el plan tuvo un desempeño por debajo del promedio en comparación con otros planes de salud del Mercado en un año determinado. Una calificación en estrellas no es una imagen completa de los tipos de servicios y atención que un plan de salud ofrece. Las calificaciones pueden cambiar año con año debido a la información que los planes de salud proporcionan o debido a cambios en la forma en que se calculan las calificaciones.

Importante: Las calificaciones se calculan en una escala de 5 años y pueden cambiar de un año al siguiente. En algunos casos, como cuando los planes son nuevos o tienen un bajo nivel de inscripción, las calificaciones no están disponibles. Eso no significa que los planes sean de baja calidad.

Sistema de calificaciones de calidad: **indicadores sintéticos**

***Plan nuevo**
(calificaciones de calidad no disponibles)

Atención médica

Qué tan bien los médicos, los hospitales y otros miembros de la red del plan mejoran o mantienen la salud de los asegurados mediante exámenes de detección adecuados, vacunas y otros servicios básicos, y qué tan informados y actualizados están sus médicos sobre su estado de atención médica y sobre sus resultados de exámenes de sangre y radiografías (más detalles en la página 4).

Experiencia del asegurado

Qué tan fácil es obtener la atención que necesita cuando la necesita, y cómo califican otros asegurados del plan a sus médicos y el servicio que reciben (más detalles en la página 5).

Administración del plan

Si el plan coordina la atención que los asegurados reciben de diferentes proveedores y qué tan bien el plan proporciona acceso a la información necesaria (más detalles en la página 6).

colorado access choice
Access Connected Care Partners, Inc.

Anexo 1: Manejo de la calidad clínica

A continuación, encontrará los datos de medición específicos que se usan para asignar la calificación con estrellas a la atención médica.

***Plan nuevo** (calificaciones de calidad no disponibles)

Atención médica

Qué tan bien los médicos, los hospitales y otros miembros de la red del plan mejoran o mantienen la salud de los asegurados mediante exámenes de detección adecuados, vacunas y otros servicios básicos, y qué tan informados y actualizados están sus médicos sobre su estado de atención médica y sobre sus resultados de exámenes de sangre y radiografías.

La atención médica incluye:

- Tasa de uso de medicamentos para el asma
- Evaluaciones de depresión y seguimiento para adolescentes y adultos (según el ECDS)
- Seguimiento después de hospitalización por enfermedad mental (seguimiento de 7 días y de 30 días)
- Inicio y participación en el tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias
- Control de la presión arterial alta
- Proporción de días cubiertos (antagonistas de RAS)
- Proporción de días cubiertos (estatinas)
- Examen de la vista para pacientes con diabetes
- Evaluación del estado de la glucemia para pacientes con diabetes: estado de la glucemia >9.0%
- Evaluación de la salud del riñón para pacientes con diabetes
- Proporción de días cubiertos (todos los tipos de medicamentos para diabetes)
- Readmisiones por todas las causas del plan
- Exámenes para detectar cáncer de mama (según el ECDS)
- Exámenes para detectar cáncer colorrectal (según el ECDS)
- Atención prenatal y posparto (atención posparto)
- Atención prenatal y posparto (puntualidad de la atención prenatal)
- Exámenes para detectar clamidia
- Asistencia médica para dejar de fumar y consumir tabaco
- Estado de vacunación en adultos (según el ECDS)
- Evaluación oral, servicios dentales
- Valoración de peso y consejería de nutrición y actividad física para niños y adolescentes
- Visitas de atención preventiva para niños durante los primeros 30 meses de vida
- Control de la presión arterial para pacientes con hipertensión (según el ECDS)
- Examen de detección de cáncer cervical (según el ECDS)
- Consultas de atención preventiva para niños y adolescentes
- Estado de vacunación en la infancia (según el ECDS) (combinación 10)
- Vacunación para adolescentes (según el ECDS) (combinación 2)

Importante: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) calculan las calificaciones de la calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado con base en los datos que proporcionaron los planes de salud en 2026. Se muestran las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2027. Puede obtener más información acerca de estas calificaciones en: www.healthcare.gov/quality-ratings

colorado access choice
Access Connected Care Partners, Inc.

Anexo 2: Experiencia del asegurado

A continuación, encontrará los datos de medición específicos que se usan para asignar la calificación con estrellas a la experiencia del asegurado.

Experiencia del asegurado

***Plan nuevo** (calificaciones de calidad no disponibles)

Qué tan fácil es obtener la atención que necesita cuando la necesita, y cómo califican otros miembros del plan a sus médicos y el servicio que reciben.

La experiencia del asegurado incluye:

- Acceso a la atención médica
- Coordinación de la atención médica
- Experiencia del afiliado con el costo
- Calificación de toda la atención médica
- Calificación de los médicos principales
- Calificación del especialista

Importante: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) calculan las calificaciones de la calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado con base en los datos que proporcionaron los planes de salud en 2026. Se muestran las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2027. Puede obtener más información acerca de estas calificaciones en: www.healthcare.gov/quality-ratings

colorado access choice
Access Connected Care Partners, Inc.

Anexo 3: Rendimiento, accesibilidad y manejo del plan

A continuación, encontrará los datos de medición específicos que se usan para asignar la calificación con estrellas al rendimiento, la accesibilidad y el manejo o la administración del plan.

Administración del plan

***Plan nuevo** (calificaciones de calidad no disponibles)

Si el plan coordina la atención que los asegurados reciben de diferentes proveedores y qué tan bien el plan proporciona acceso a la información necesaria.

La administración del plan incluye:

- Tratamiento adecuado para infecciones de las vías respiratorias altas
- Evasión de tratamientos de antibióticos para bronquitis/ bronquiolitis aguda
- Uso de estudios de imagen para el dolor de la espalda baja
- Acceso a la información
- Administración del plan
- Calificación del plan de salud

Importante: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) calculan las calificaciones de la calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado con base en los datos que proporcionaron los planes de salud en 2026. Se muestran las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2027. Puede obtener más información acerca de estas calificaciones en: www.healthcare.gov/quality-ratings

Quejas confirmadas

*Plan nuevo

Las personas presentan quejas a la División de Seguros (DOI) de Colorado por cosas como el manejo de reclamos, la cancelación de una póliza o el reembolso de una prima. En una "queja confirmada", la DOI decidió que la compañía de seguros no cumplió con la ley o el reglamento de seguros del estado, con un requisito federal o con los términos y condiciones de una póliza o un certificado de seguro que vendió. Las quejas confirmadas provienen de personas pertenecientes a grupos de todos los tamaños, no solo de planes individuales como los que ofrecemos en Connect for Health Colorado.

Índice de quejas del consumidor

El índice de quejas muestra con qué frecuencia las personas se quejan de su compañía de seguros de salud en comparación con otras compañías. Estos números se ajustan al tamaño de la compañía y a cuántos asegurados tiene en Colorado. El índice de quejas equivale al número total de quejas de una compañía dividido entre el ingreso total de las primas de un producto de seguro específico. El promedio es 1.0.

***Plan nuevo** (índice de quejas no disponible)

2.0	1.0	0
Peor que el promedio	Promedio	Mejor que el promedio

Fuente: *2025 Colorado DORA Division of Insurance Online Complaint Report*