



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte.

**Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite <http://www.osc.ct.gov/benefits/docs/MedicalPlanDoceff1012016updt9132016.pdf> Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver el glosario en <http://www.cciio.cms.gov> o llamar a Anthem Blue Cross and Blue Shield al 800-922-2232 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la red: <b>\$350</b> /por una persona; <b>\$1,400</b> /por familia <b>Sin cargo para miembros del Programa de mejora de la salud (HEP) y jubilados antes del 2 de octubre de 2011</b>	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible</u> familiar total antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	Sí. La atención primaria y las visitas al consultorio de un <u>especialista</u> , la <u>atención preventiva</u> , los <u>medicamentos recetados</u> , la <u>atención en la sala de emergencias</u> , la atención urgente, los servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios y los exámenes oculares están cubiertos antes de que usted alcance el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos ítems y servicios, incluso si no ha alcanzado aún el monto del <u>deducible</u> . Pero se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>distribución de costos</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>máximo en gastos directos de bolsillo</u> de este <u>plan</u> ?	Cuidado médico: Dentro de la red: <b>\$2,000</b> /por una persona; <b>\$4,000</b> /por familia <u>Medicamentos recetados</u> : <b>\$4,600</b> /por una persona; <b>\$9,200</b> /por familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que le correspondería pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este <u>plan</u> , estos deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar total.

Chatee con un navegador de salud profesional las 24 horas del día, los siete días de la semana al (866) 611-8005.

O bien, use la herramienta de chat en línea haciendo clic en el botón Navegador de salud en

CareCompass.Ct.Gov.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Qué no incluye el <b>desembolso máximo</b> ?	Primas, cargos por <u>facturación del saldo</u> , multas por no obtener autorización previa para servicios y atención médica que no cubra este <u>plan</u> .	Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <b>proveedor dentro de la red médica</b> ?	Sí. Consulte <a href="http://www.anthem.com/statect">www.anthem.com/statect</a> o llame al 1-800-922-2232 para obtener un listado de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que pertenece a la <u>red del plan</u> . Usted pagará el costo total si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> . Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Necesita un <b>referido para ver a un especialista</b> ?	No.	Puede consultar al <u>especialista</u> que usted desee sin necesidad de una <u>referencia</u> .

 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
		<u>Proveedor dentro de la red preferido</u> (Usted pagará lo mínimo)	<u>Proveedor dentro de la red no preferido</u>	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si acude a la oficina o clínica de un <u>proveedor de salud</u></b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	\$15 de <u>copago</u> /visita Jubilado antes de 1999: \$5 de <u>copago</u> /visita; no se aplica <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Ninguna
	Visita al <u>especialista</u>	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	\$15 de <u>copago</u> /visita Jubilado antes de 1999: \$5 de <u>copago</u> /visita; no se aplica <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Ninguna
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su <u>plan</u> .

Chatee con un navegador de salud profesional las 24 horas del día, los siete días de la semana al (866) 611-8005.

O bien, use la herramienta de chat en línea haciendo clic en el botón Navegador de salud en

CareCompass.Ct.Gov.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red preferido</u> (Usted pagará lo mínimo)	<u>Proveedor dentro de la red no preferido</u>	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará lo máximo)	
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo.	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo.	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para evitar multas de \$500 o el 20% del costo de los servicios, lo que sea menor.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en <a href="http://www.osc.ct.gov/benefits/pharmacy.htm">http://www.osc.ct.gov/benefits/pharmacy.htm</a>	Medicamentos genéricos	<p>Medicamentos genéricos preferidos: Sin mantenimiento: \$5 de <u>copago</u>/surtido para venta minorista; mantenimiento: \$5 de <u>copago</u>/surtido para pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento. Medicamentos genéricos no preferidos: Sin mantenimiento: \$10 de <u>copago</u>/surtido para venta minorista; mantenimiento: \$10 de <u>copago</u>/surtido para pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento.</p> <p>Jubilado entre el 2 de julio de 2009 y el 1 de octubre de 2011: Sin mantenimiento: \$5 de <u>copago</u>/surtido para venta minorista; mantenimiento: \$0 de <u>copago</u>/surtido inicial para pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento.</p> <p>Jubilados antes del 1 de julio de 2009: Sin mantenimiento: \$3 de <u>copago</u>/surtido para venta minorista; mantenimiento: \$0 de <u>copago</u>/surtido inicial para pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento.</p>		20% de <u>coseguro</u> para resurtidos de medicamentos agudos en farmacias de la <u>red</u> no participantes	<p>El <u>deducible</u> no se aplica a <u>medicamentos preventivos</u>. Consulte los detalles de su cobertura para los <u>copagos</u> ligeramente ajustados para las personas jubiladas entre el 1 de julio de 2009 y el 1 de octubre de 2011, y después del 1 de octubre de 2011. Consulte los detalles en <a href="http://www.osc.ct.gov/benefits/pharmacy.htm">http://www.osc.ct.gov/benefits/pharmacy.htm</a></p> <p>Los medicamentos de mantenimiento deben surtirse mediante pedido por correo o en una farmacia de la <u>red</u> de medicamentos de mantenimiento</p>

Chatee con un navegador de salud profesional las 24 horas del día, los siete días de la semana al (866) 611-8005. O bien, use la herramienta de chat en línea haciendo clic en el botón Navegador de salud en CareCompass.Ct.Gov.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red preferido</u> (Usted pagará lo mínimo)	<u>Proveedor dentro de la red no preferido</u>	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará lo máximo)	
	Medicamentos de marca preferidos	<p>Sin mantenimiento: \$25 de <u>copago</u>/surtido para venta minorista; mantenimiento: \$25 de <u>copago</u>/surtido inicial para pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento. Jubilado entre el 2 de julio de 2009 y el 1 de octubre de 2011: Sin mantenimiento: \$10 de <u>copago</u>/surtido para venta minorista; mantenimiento: \$10 de <u>copago</u>/surtido inicial; \$0 de <u>copago</u>/surtido para pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento.</p> <p>Jubilado antes del 1 de julio de 2009: Sin mantenimiento: \$6 de <u>copago</u>/surtido para venta minorista; mantenimiento: \$0 de <u>copago</u>/surtido inicial para pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento.</p>			<p>después del primer surtido minorista. Se puede aplicar una multa si se solicita un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible. Ciertos medicamentos pueden requerir autorización previa. Sin cargo para medicamentos de <u>atención preventiva</u> o anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA (o anticonceptivos de marca si el genérico no es medicamento adecuado). Los <u>medicamentos recetados</u> comprados en farmacias minoristas tienen un límite de un suministro máximo de 30 días; los <u>medicamentos recetados</u> comprados a través de pedido por correo o en una farmacia de medicamentos de mantenimiento tienen un límite de un suministro máximo de 90 días. La <u>cobertura de medicamentos recetados</u> se administra por separado.</p>
	Medicamentos de marca no preferidos	<p>Sin mantenimiento: \$40 de <u>copago</u>/surtido para venta minorista; mantenimiento: \$40 de <u>copago</u>/surtido inicial para pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento. Jubilado entre el 2 de julio de 2009 y el 1 de octubre de 2011: Sin mantenimiento: \$25 de <u>copago</u>/surtido para venta minorista; mantenimiento: \$0 de <u>copago</u>/surtido inicial para pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento. Jubilado antes del 1 de julio de 2009: Sin mantenimiento: \$6 de <u>copago</u>/surtido para venta minorista; mantenimiento: \$0 de <u>copago</u>/surtido inicial para pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento.</p>			

Chatee con un navegador de salud profesional las 24 horas del día, los siete días de la semana al (866) 611-8005. O bien, use la herramienta de chat en línea haciendo clic en el botón Navegador de salud en CareCompass.Ct.Gov.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante	
		<u>Proveedor dentro de la red preferido</u> (Usted pagará lo mínimo)	<u>Proveedor dentro de la red no preferido</u>		<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará lo máximo)
	<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	
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo		Sin cobertura	Se requiere autorización previa para evitar multas de \$500 o el 20% del costo de los servicios, lo que sea menor.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo		Sin cobertura	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$250 de <u>copago</u> /visita Jubilado entre el 2 de octubre de 2011 y el 1 de octubre de 2017: \$35 de <u>copago</u> /visita Jubilado antes del 2 de octubre de 2011: Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .		\$250 de copago/visita Jubilado entre el 2 de octubre de 2011 y el 1 de octubre de 2017: \$35 de <u>copago</u> /visita Jubilado antes del 2 de octubre de 2011: Sin cargo; no se aplica <u>deducible</u> .	El <u>copago</u> de \$250 se cancela si el paciente es admitido o si no hay una alternativa médica razonable.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo		Sin cargo	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$15 de <u>copago</u> /visita Jubilado antes de 1999: \$5 de <u>copago</u> /visita No se aplica <u>deducible</u> .		Sin cobertura	Los servicios fuera de la red no están cubiertos, excepto los servicios de <u>atención urgente</u> fuera de los Estados Unidos.
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo		Sin cobertura	Se requiere autorización previa para evitar multas de \$500 o el 20% del costo de los servicios, lo que sea

Chatee con un navegador de salud profesional las 24 horas del día, los siete días de la semana al (866) 611-8005. O bien, use la herramienta de chat en línea haciendo clic en el botón Navegador de salud en CareCompass.Ct.Gov.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red preferido</u> (Usted pagará lo mínimo)	<u>Proveedor dentro de la red no preferido</u>	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará lo máximo)	
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo		Sin cobertura	menor. Sin cobertura por encima del costo de una habitación semiprivada a menos que sea <u>médicamente necesario</u> .
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Servicios ambulatorios	\$15 de <u>copago</u> /visita Jubilado antes de 1999: \$5 de <u>copago</u> /visita No se aplica <u>deducible</u> .		Sin cobertura	Ninguna
	Servicios internos	Sin cargo		Sin cobertura	Se requiere autorización previa para evitar multas de \$500 o el 20% del costo de los servicios, lo que sea menor.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$15 de <u>copago</u> /visita Jubilado antes de 1999: \$5 de <u>copago</u> /visita No se aplica <u>deducible</u> .		Sin cobertura	El <u>costo compartido</u> no se aplica a <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) (p. ej.: ecografías).
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo		Sin cobertura	Se requiere autorización previa para evitar multas de \$500 o el 20% del costo de los servicios, lo que sea menor.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Sin cargo		Sin cobertura	
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras</b>	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	Sin cargo		Sin cobertura	Límite: 200 visitas/año calendario
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cargo para fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y atención quiropráctica		Sin cobertura	Se requiere autorización previa (excepto para jubilados antes de 1999) para evitar multas de \$500 o el 20% del costo de los

Chatee con un navegador de salud profesional las 24 horas del día, los siete días de la semana al (866) 611-8005.

O bien, use la herramienta de chat en línea haciendo clic en el botón Navegador de salud en

CareCompass.Ct.Gov.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red preferido</u> (Usted pagará lo mínimo)	<u>Proveedor dentro de la red no preferido</u>	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará lo máximo)	
necesidades de salud especiales					servicios, lo que sea menor. Límite de terapia del habla: 30 visitas/año calendario El límite no se aplica al tratamiento que resulte de autismo, accidente cerebrovascular, extirpación tumoral, lesión o anomalías congénitas de orofaringe.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cargo		Sin cobertura	Ninguna
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	Sin cargo		Sin cobertura	Se requiere autorización previa para evitar multas de \$500 o el 20% del costo de los servicios, lo que sea menor.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo		Sin cobertura	Se requiere autorización previa para ciertos artículos para evitar multas de \$500 o el 20% del costo de los servicios, lo que sea menor.
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin cargo		Sin cobertura	Se requiere autorización previa para evitar multas de \$500 o el 20% del costo de los servicios, lo que sea menor.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$15 de <u>copago</u> /visita No se aplica <u>deducible</u> .		Sin cobertura	Límite: 1 visita de examen/año calendario. Sin <u>copago</u> para miembros del HEP en años alternos
	Anteojos para niños	Sin cobertura		Sin cobertura	Usted debe pagar el 100% de este servicio, incluso dentro de la red.
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura		Sin cobertura	Usted debe pagar el 100% de este servicio, incluso dentro de la red.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios.)

Chatee con un navegador de salud profesional las 24 horas del día, los siete días de la semana al (866) 611-8005.

O bien, use la herramienta de chat en línea haciendo clic en el botón Navegador de salud en

CareCompass.Ct.Gov.

**excluidos.)**

- Anteojos para niños
- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos y niños)
- Atención que no sea de emergencia mientras se encuentre de viaje fuera de los Estados Unidos (atención urgente cubierta)
- Atención a largo plazo
- Atención de rutina de los pies
- Programas para bajar de peso (salvo que la ley de reforma de la salud lo exija)

**Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)**

- Acupuntura (cubierta solo si es médicamente necesaria, limitada a 20 visitas por año)
- Cirugía bariátrica (se requiere autorización previa)
- Atención quiropráctica
- Audífonos (límite: 1 set/periodo de 36 meses; es posible que se requiera autorización previa para dispositivos que se fijan en el hueso)
- Tratamiento para la infertilidad (se requiere autorización previa)
- Servicios de enfermería privada (se requiere autorización previa)
- Atención de rutina de la vista (adultos) (límite: 1 examen/año)

Chatee con un navegador de salud profesional las 24 horas del día, los siete días de la semana al (866) 611-8005.

O bien, use la herramienta de chat en línea haciendo clic en el botón Navegador de salud en

CareCompass.Ct.Gov.

**Sus derechos a continuar con su cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros, 1-877-267-2323 ext. 61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación, o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con:

Anthem Blue Cross and Blue Shield  
108 Leigus Road  
Wallingford, CT 06492  
1-860-297-3910

CVS/Caremark  
Prescription Claim Appeals MC109  
P.O. Box 52084  
Phoenix, AZ 85072-2084  
Fax: 1-866-443-1172

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese con la Oficina del Defensor de la Atención Médica de Connecticut al 833-466-4446.

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

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y cierta otra cobertura. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, podría no ser elegible para el crédito fiscal para las primas.

#### **¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí**

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

#### **Servicios en diversos idiomas para lograr acceso:**

Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-385-9055.

Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-385-9055.

如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-385-9055.

Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-385-9055.

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*—————

**Chatee con un navegador de salud profesional las 24 horas del día, los siete días de la semana al (866) 611-8005.**

**O bien, use la herramienta de chat en línea haciendo clic en el botón Navegador de salud en**

**CareCompass.Ct.Gov.**

**Acerca de los ejemplos de cobertura:**



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos en virtud del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

**Peg está embarazada**  
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$350
- Copago del especialista \$15
- Hospital (instalaciones) \$0
- Otro \$0

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios de parto profesionales  
 Servicios de instalaciones de partos profesionales  
Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

**Costo total hipotético \$12,700**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$350
<u>Copagos</u>	\$25
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$435</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El deducible general del plan \$350
- Copago del especialista \$15
- Hospital (instalaciones) \$0
- Otro \$0

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)  
Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos por recetas  
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

**Costo total hipotético \$5,600**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$120
<u>Copagos</u>	\$190
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$310</b>

**Fractura simple de Mia**  
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El deducible general del plan \$350
- Copago del especialista \$15
- Hospital (instalaciones) \$0
- Otra distribución de costos \$0

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)  
Prueba diagnóstica (*radiografía*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

**Costo total hipotético \$2,800**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$350
<u>Copagos</u>	\$320
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$670</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 sobre el programa de bienestar, visite <http://osc.ct.gov/benefits.htm>.

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.