



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 **Error! Hyperlink reference not valid.** <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: \$350 /por una persona; \$1,400 /por familia; sin cargo para los miembros del Plan de mejora de la salud (HEP) Fuera de la red: \$500 /por una persona; \$1,500 /por familia	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. Una vez que usted o un miembro de su familia alcanza el monto de <u>deducible</u> individual, el <u>plan</u> comienza a pagar por usted o ese miembro de la familia. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos de <u>deducible</u> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	Sí. La atención primaria dentro de la red y las visitas al consultorio de un <u>especialista</u> , la <u>atención preventiva</u> dentro de la red, los <u>medicamentos recetados</u> , la atención en la sala de emergencias, la atención urgente dentro de la red, los servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios dentro de la red y los exámenes oculares dentro de la red 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 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <u>máximo en gastos directos de bolsillo</u> de este <u>plan</u> ?	Cuidado médico: Dentro de la red: \$3,000 /por una persona; \$6,000 /por familia; Fuera de la red: \$6,000 /por una persona, \$12,000 /por familia Medicamentos recetados: \$4,600 /por una persona; \$9,200 /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.
¿Qué no incluye el <u>desembolso máximo</u> ?	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 <u>proveedor dentro de la red médica</u> ?	Sí. Consulte www.anthem.com/statect o llame al 800-922-2232 para obtener un listado de <u>proveedores de la red</u> .	Usted pagará lo mínimo si usa un <u>proveedor</u> de nivel I. Usted paga más si usa un <u>proveedor</u> de nivel II. Pagará el monto más alto si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</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 <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	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
		Proveedor dentro de la red de nivel I (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor dentro de la red de nivel II	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo (incluye LiveHealth Online). No se aplica <u>deducible</u> .	\$50 de <u>copago</u> No se aplica <u>deducible</u> .	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Visita al <u>especialista</u>	Sin cargo (incluye LiveHealth Online). No se aplica <u>deducible</u> .	\$100 de <u>copago</u> No se aplica <u>deducible</u> .	20% de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	20% de <u>coseguro</u>	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> .
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografías, análisis de sangre)	<u>Proveedor</u> del centro de servicios: Sin cargo	<u>Proveedor</u> que no pertenece al centro de servicios: 20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	<u>Proveedor</u> del centro de servicios: Sin cargo.	<u>Proveedor</u> que no pertenece al centro de servicios: 20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa. La multa es de \$500 o el 20% del costo de los servicios, lo que sea menor.

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
		Proveedor dentro de la red de nivel I (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor dentro de la red de nivel II	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en http://www.osc.ct.gov/benefits/pharmacy.htm</p>	Medicamentos genéricos	Medicamentos genéricos preferidos - Sin mantenimiento: \$5 de <u>copago</u> /surtido para venta minorista; Medicamentos genéricos preferidos - Mantenimiento: \$5 de <u>copago</u> /surtido para pedido por correo o farmacia de medicamentos de mantenimiento. Medicamentos genéricos no preferidos: Sin mantenimiento: \$10 de <u>copago</u> /surtido para venta minorista; Medicamentos no preferidos - Mantenimiento: \$10 de <u>copago</u> /surtido para pedido por correo o farmacia de medicamentos de mantenimiento. Jubilado entre el 2 de julio de 2009 y el 1 de octubre de 2011: Sin mantenimiento: \$5 de <u>copago</u> /venta minorista; mantenimiento: \$0 de <u>copago</u> /surtido inicial para pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento. 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		30% de <u>coseguro</u> para farmacias no participantes.	<p>El <u>deducible</u> no se aplica a la <u>cobertura de medicamentos recetados</u>. Sin cargo para medicamentos de <u>atención preventiva</u> o anticonceptivos aprobados por la FDA (o anticonceptivos de marca si un genérico no es medicamento adecuado). 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 las personas jubiladas después del 1 de octubre de 2011. Consulte los detalles en http://www.osc.ct.gov/benefits/pharmacy.htm</p> <p>Los medicamentos de mantenimiento deben surtirse mediante pedido por correo o en una farmacia de medicamentos de mantenimiento después del primer surtido minorista inicial. Se puede aplicar una multa si se solicita un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible. Los <u>medicamentos recetados</u> comprados en una farmacia minorista 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.</p>
	Medicamentos de marca preferidos	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: \$25 de <u>copago</u> /surtido inicial; \$25 de <u>copago</u> /surtido para pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento. Jubilados 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; \$0 de <u>copago</u> /surtido para pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento.		30% de <u>coseguro</u> para farmacias no participantes.	

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
		Proveedor dentro de la red de nivel I (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor dentro de la red de nivel II	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Medicamentos de marca no preferidos	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. Jubilados 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		30% de <u>coseguro</u> para farmacias no participantes.	Para algunos <u>medicamentos recetados</u> , es posible que se requiera autorización previa. La <u>cobertura de medicamentos recetados</u> se administra por separado.
	<u>Medicamentos especializados</u>	Sin cargo para <u>medicamentos especializados</u> si está inscrito en el programa PrudentRx. Igual que para medicamentos de marca no preferidos si no está inscrito en el programa PrudentRx.		Sin cobertura	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo.	Sin cargo.	20% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa. La multa es de \$500 o el 20% del costo de los servicios, lo que sea menor.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cargo.	20% de <u>coseguro</u>	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$250 de <u>copago</u> /visita. No se aplica <u>deducible</u> .	\$250 de <u>copago</u> /visita. No se aplica <u>deducible</u> .	\$250 de <u>copago</u> /visita. No se aplica <u>deducible</u> .	El <u>copago</u> 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.	Sin cargo.	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$35 de <u>copago</u> /visita. No se aplica <u>deducible</u> .	\$35 de <u>copago</u> /visita. No se aplica <u>deducible</u> .	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna

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
		Proveedor dentro de la red de nivel I (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor dentro de la red de nivel II	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo.	Sin cargo.	20% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa. La multa es de \$500 o el 20% del costo de los servicios, lo que sea menor. Limitado al costo de una habitación semiprivada, a menos que sea <u>médicamente necesario</u> .
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cargo.	20% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa. La multa es de \$500 o el 20% del costo de los servicios, lo que sea menor.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios internos	Sin cargo.	Sin cargo.	20% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa. La multa es de \$500 o el 20% del costo de los servicios, lo que sea menor.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	20% de <u>coseguro</u>	El <u>costo compartido</u> no se aplica a <u>servicios de atención preventiva</u> . Según el tipo de servicios, 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 otra sección (p. ej., ecografía).
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo.	Sin cargo.	20% de <u>coseguro</u>	Solo se requiere autorización previa si la hospitalización supera las 48 horas para parto vaginal o las 96 horas para cesárea. La multa es de \$500 o el 20% del costo de los servicios, lo que sea menor.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Sin cargo.	Sin cargo.	20% de <u>coseguro</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
		Proveedor dentro de la red de nivel I (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor dentro de la red de nivel II	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	Sin cargo.	Sin cargo.	20% de <u>coseguro</u>	Tiene como límite 200 visitas por año calendario. Debe ser en lugar de una hospitalización. Se requiere autorización previa; la multa es de \$500 o el 20% del costo de los servicios, lo que sea menor.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cargo.	Sin cargo.	20% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa. La multa es de \$500 o el 20% del costo de los servicios, lo que sea menor.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cargo.	Sin cargo.	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	Sin cargo.	Sin cargo.	20% de <u>coseguro</u>	Los servicios fuera de la red tienen un límite de 60 días/año calendario.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo.	Sin cargo.	20% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa. La multa es 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 cargo.	20% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa. La multa es 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	\$50 de <u>copago</u> /visita. No se aplica <u>deducible</u> .	\$50 de <u>copago</u> /visita. No se aplica <u>deducible</u> .	20% de <u>coseguro</u>	Límite de una visita/año calendario. Se cancela el <u>copago dentro de la red</u> para los participantes del Programa de mejora de la salud cada dos años.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Usted debe pagar el 100% de este servicio, incluso dentro de la red.
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	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 excluidos.)

- Anteojos para niños
- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos y niños)
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia mientras se encuentre fuera de los EE. UU.
- Atención de rutina de los pies
- Programas para perder peso (salvo que la ley 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 para osteoartritis o náuseas y vómitos asociados con cirugía, quimioterapia o embarazo)
- Cirugía bariátrica (se requiere autorización previa)
- Atención quiropráctica (límite de 30 visitas fuera de la red/año)
- Audífonos (límite de un set por periodo de 36 meses; se requiere autorización previa para los dispositivos que se fijan en el hueso o no se proporcionan beneficios)
- Tratamiento para la infertilidad (se requiere autorización previa)
- Servicios de enfermería privada (se requiere autorización previa)
- Atención de rutina de la vista (adultos) (límite de un examen/año)

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 esas agencias es: Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros, 877-267-2323, interno 61565, <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 o llame al 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
800-922-2232

CVS/Caremark
Prescription Claim Appeals MC109
P.O. Box 52084
Phoenix, AZ 85072-2084
Fax: 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 866-466-4446.

¿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 ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios en diversos idiomas para lograr acceso:

Para obtener asistencia en español, llame al 800-922-2232.

Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 800-922-2232.

如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 800-922-2232.

Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 800-922-2232.

—————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica 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)

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

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 \$0
- Hospital (instalaciones) \$0
- Otro \$5

- El deducible general del plan \$350
- Copago del especialista \$0
- Hospital (instalaciones) \$0
- Otro \$5

- El deducible general del plan \$350
- Copago del especialista \$0
- Hospital (instalaciones) \$250
- Otro \$5

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*)

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*)

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 \$12,700

Costo total hipotético \$5,600

Costo total hipotético \$2,800

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$350
<u>Copagos</u>	\$30
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$400

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$120
<u>Copagos</u>	\$40
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$160

En este ejemplo, Mia pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$350
<u>Copagos</u>	\$260
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$610

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.