



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (conocido como prima) se brindará por separado.

Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para recibir una copia de los términos completos de la cobertura, visite [State-of-CT-2023-Medical-Plan-Doc-rev-03.18.24_sp.pdf](#). Para obtener definiciones generales sobre términos comunes, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <http://www.cciio.cms.gov> o llamar a Quantum Health al 1-833-740-3258 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es esto importante: |
|---|---|--|
| ¿Qué es el <u>deducible</u> general? | Dentro de la red: \$350/individual; \$1,400/familiar Exento para miembros del HEP y para jubilados antes del 2 de octubre de 2011 | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en la póliza, el <u>deducible</u> familiar general se debe alcanzar antes de que el <u>plan</u> comience a pagar. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ? | Sí. Las visitas a un <u>especialista</u> y al médico de atención primaria en el consultorio, la <u>atención preventiva</u> , los <u>medicamentos con receta</u> , la <u>atención en la sala de emergencias</u> , la <u>atención de urgencia</u> , los servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias y salud mental y los exámenes de la vista están cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> . | Este <u>plan</u> cubre algunos beneficios y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios de prevención</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos? | No. | No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | Atención médica: <u>dentro de la red</u> \$2,000/individual; \$4,000/familiar <u>Medicamentos con receta</u> : \$4,600/individual; \$9,200/familiar | El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el monto máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de su familia en este <u>plan</u> , deben alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general. |
| ¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación del saldo</u> , las multas por no obtener una autorización previa para los servicios y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre. | Aunque pague estos gastos, no se cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> . |
| ¿Pagará menos si usa un <u>proveedor dentro de la red</u> ? | Sí. Visite www.quantum-health.com o llame al 1-833-740-3258 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> . | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> del <u>plan</u> . Pagará el costo total si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> . Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para ver a un <u>especialista</u> ? | Sí. | Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para consultar a un <u>especialista</u> por los servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de consultar al <u>especialista</u> . |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es esto importante: | | | |
|--|---|--|---|---|--|
| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Cuánto pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
| | | Proveedor dentro de la red preferido (Pagará el monto mínimo) | Proveedor dentro de la red no preferido | Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo) | |
| Si visita una clínica o el consultorio de un proveedor de atención médica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> . | <u>Copago</u> de \$15/visita. Jubilados antes de 1999: <u>copago</u> de \$5/visita No se aplica <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Debe seleccionar un <u>médico de atención primaria</u> para coordinar la atención si está inscrito en la opción POE-G. |
| | Visita a un <u>especialista</u> | Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> . | <u>Copago</u> de \$15/visita. Jubilados antes de 1999: <u>copago</u> de \$5/visita No se aplica <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Los miembros inscritos en la opción POE-G deben seleccionar un <u>médico de atención primaria</u> y se requieren derivaciones para todos los servicios de especialistas. |
| | <u>Atención preventiva/prueba de detección/vacunas</u> | Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> . | Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Es posible que deba pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego consulte qué pagará su <u>plan</u> . |
| Si debe hacerse una prueba | <u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | Sin cargo. | <u>Coseguro</u> del 20 %. | Sin cobertura | Ninguno. |
| | Exámenes por imágenes (tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas) | Sin cargo. | <u>Coseguro</u> del 20 %. | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para evitar una multa de \$500 o el 20 % del costo de los servicios, el monto que sea menor. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Cuánto pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|-------------------------------------|---|---|---|--|
| | | Proveedor dentro de la red preferido (Pagará el monto mínimo) | Proveedor dentro de la red no preferido | Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo) | |
| <p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede obtener más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en https://carecompass.ct.gov/state/pharmacy/</p> | Medicamentos genéricos | Genéricos preferidos. No mantenimiento: <u>copago</u> de \$5/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$5/surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento. Genéricos no preferidos. No mantenimiento: <u>copago</u> de \$10/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$10/surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento. Jubilados del 2 de julio de 2009 al 1 de octubre de 2011. No mantenimiento: <u>copago</u> de \$5/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$0/primer surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento. Jubilados antes del 1 de julio de 2009. No mantenimiento: <u>copago</u> de \$3/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$0/primer surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento. | | | No se aplica <u>deductible</u> a los medicamentos con receta. Consulte los detalles de su cobertura para ver los <u>copagos</u> ajustados levemente 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 la información detallada en https://carecompass.ct.gov/state/pharmacy/ |
| | Medicamentos de marca preferidos | No mantenimiento: <u>copago</u> de \$25/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$25/primer surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento. Jubilados del 2 de julio de 2009 al 1 de octubre de 2011. No mantenimiento: <u>copago</u> de \$10/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$10/primer surtido; <u>copago</u> de \$0/primer surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento. Jubilados antes del 1 de julio de 2009. No mantenimiento: <u>copago</u> de \$6/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$0/primer surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento. | <u>Coseguro</u> del 20 % para resurtidos de medicamentos por enfermedades agudas en la farmacia de la red no participante | | Los medicamentos de mantenimiento se deben surtir en una farmacia de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento de la red después del primer surtido en una farmacia minorista. Puede aplicarse una multa si se solicita un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible. Algunos medicamentos pueden requerir autorización previa. Sin cargo por medicamentos genéricos preventivos (p. ej., anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA) o medicamentos de marca preventivos si los genéricos no son médicalemente adecuados. Los <u>medicamentos con receta</u> comprados en una farmacia minorista se limitan a un máximo de un suministro para 30 días; los <u>medicamentos con receta</u> comprados en una farmacia de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento se limitan a un máximo de un suministro para 90 días. |
| | Medicamentos de marca no preferidos | No mantenimiento: <u>copago</u> de \$40/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$40/primer surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento. Jubilados del 2 de julio de 2009 al 1 de octubre de 2011. No mantenimiento: <u>copago</u> de \$25/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$0/primer surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento. Jubilados antes del 1 de julio de 2009. No mantenimiento: <u>copago</u> de \$6/surtido en farmacias minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$0/primer surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento. | | | <u>La cobertura de medicamentos con receta</u> se administra por separado. |
| | <u>Medicamentos de especialidad</u> | Sin cargo por <u>medicamentos de especialidad</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 | | |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Cuánto pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|---|---|--|
| | | Proveedor dentro de la red preferido (Pagará el monto mínimo) | Proveedor dentro de la red no preferido | Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo) | |
| Si debe hacerse una cirugía ambulatoria | Tarifa por el uso de las instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo | | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para evitar una multa de \$500 o el 20 % del costo de los servicios, el monto que sea menor. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo | | Sin cobertura | |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la sala de emergencias</u> | <u>Copago</u> de \$250/visita. Jubilados del 2 de octubre de 2011 al 1 de octubre de 2017: <u>copago</u> de \$35/visita. Jubilados antes del 2 de octubre de 2011: sin cargo. No se aplica <u>deductible</u> . | | <u>Copago</u> de \$250/visita. Jubilados del 2 de octubre de 2011 al 1 de octubre de 2017: <u>copago</u> de \$35/visita. Jubilados antes del 2 de octubre de 2011: sin cargo. | No se aplica el <u>copago</u> de \$250 en caso de ingreso o si no existe una alternativa médica razonable. |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | Sin cargo | | Sin cargo | |
| | <u>Atención de urgencia</u> | <u>Copago</u> de \$15/visita. Jubilados antes de 1999: <u>copago</u> de \$5/visita. No se aplica <u>deductible</u> . | | Sin cobertura | Servicios <u>frente a la red</u> sin cobertura, excepto los servicios de <u>atención de urgencia</u> fuera de los Estados Unidos |
| Si debe recibir hospitalización | Tarifa por el uso de las instalaciones (p. ej., habitación del hospital) | Sin cargo | | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para evitar una multa de \$500 o el 20 % del costo de los servicios, el monto que sea menor. Sin cobertura por el monto superior al costo de una habitación semiprivada, a menos que sea <u>médicamente necesario</u> . |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo | | Sin cobertura | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias | Servicios ambulatorios | <u>Copago</u> de \$15/visita. Jubilados antes de 1999: <u>copago</u> de \$5/visita. No se aplica <u>deductible</u> . Sin cargo por los servicios ambulatorios sin visitas al consultorio. | | Sin cobertura | Ninguno. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin cargo | | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para evitar una multa de \$500 o el 20 % del costo de los servicios, el monto que sea menor. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Cuánto pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red preferido (Pagará el monto mínimo) | Proveedor dentro de la red no preferido | Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo) | |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | <u>Copago</u> de \$15/visita. Jubilados antes de 1999: <u>copago</u> de \$5/visita. No se aplica <u>deductible</u> . | | Sin cobertura | No se aplican <u>costos compartidos</u> a los servicios de prevención. Según el tipo de servicio, puede aplicarse un <u>copago</u> , un <u>coseguro</u> o un <u>deductible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ecografía). |
| | Servicios profesionales de nacimiento/parto | Sin cargo | | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para evitar una multa de \$500 o el 20 % del costo de los servicios, el monto que sea menor. |
| | Servicios de nacimiento/parto del centro | Sin cargo | | Sin cobertura | |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales | <u>Atención médica a domicilio</u> | Sin cargo | | Sin cobertura | Límite: 200 visitas/año calendario. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | Sin cargo por fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y atención quiropráctica | | Sin cobertura | Se requiere autorización previa (excepto para jubilados antes de 1999) para evitar una multa de \$500 o el 20 % de los servicios cubiertos, el monto que sea menor. Límite de terapia del habla: 30 visitas/año calendario. El límite no se aplica al tratamiento por autismo, derrame cerebral, extirpación de tumor, lesión o anomalías congénitas de la orofaringe. |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | Sin cargo | | Sin cobertura | |
| | <u>Centro de enfermería especializada</u> | Sin cargo | | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para evitar una multa de \$500 o el 20 % del costo de los servicios, el monto que sea menor. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | Sin cargo | | Sin cobertura | |
| | <u>Servicios de hospicio</u> | Sin cargo | | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para evitar una multa de \$500 o el 20 % del costo de los servicios, el monto que sea menor. |
| | | | | | |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Cuánto pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--------------------------------|--|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red preferido (Pagará el monto mínimo) | Proveedor dentro de la red no preferido | Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo) | |
| Si su hijo necesita atención dental o de la vista | Examen de la vista para niños | Copago de \$15/visita No se aplica deducible. | | Sin cobertura | Límite: 1 visita de examen/año calendario. |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | | Sin cobertura | Deberá pagar el 100 % de este servicio, incluso si está dentro de la red. |
| | Control dental infantil | Sin cobertura | | Sin cobertura | Deberá pagar el 100 % de este servicio, incluso si está dentro de la red. |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte la póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Control dental infantil
- Anteojos para niños
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos (atención de urgencia cubierta)
- Atención a largo plazo
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas de pérdida de peso (excepto cuando lo exija la ley de reforma de salud)

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

- Acupuntura (cubierta solo si es médicamente necesaria y con un límite de 20 visitas por año)
- Cirugía bariátrica (se requiere autorización previa)
- Atención quiropráctica
- Audífonos (límite: 1 juego/periodo de 36 meses; es posible que se requiera autorización previa para dispositivos con soporte óseo)
- Tratamiento de infertilidad (se requiere autorización previa)
- Servicio privado de atención de enfermería (se requiere autorización previa)
- Atención de la vista de rutina (adultos) (límite: 1 examen/año)

Sus derechos para continuar con la cobertura: hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. Puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos llamando al 1-877-267-2323, ext. 61565, o visitando el sitio web www.cciio.cms.gov. También podría acceder a otras opciones de cobertura, como adquirir la cobertura de un seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para realizar quejas y apelaciones: hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Este reclamo se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese a la siguiente dirección:

Quantum Health
5240 Blazer Parkway
Dublin, OH 43017
1-833-740-3258

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

Además, puede recibir ayuda de un programa de asistencia al consumidor para presentar su apelación. Comuníquese con la oficina del defensor de la atención médica de Connecticut al 833-466-4446.

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? Sí

Por lo general, la cobertura esencial mínima incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para obtener el crédito fiscal para las primas.

¿Cumple este plan los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, es posible que sea elegible para obtener un crédito fiscal para las primas que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso a idiomas:

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 un ejemplo de situación médica, consulte la siguiente sección.

Información acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán distintos en función de la atención real que reciba, los precios que le cobren los proveedores y muchos otros factores. Céntrese en los montos de los costos compartidos (deductibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con distintos planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

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

| | |
|---|-------|
| ■ El <u>deductible general del plan</u> | \$350 |
| ■ <u>Copago del especialista</u> | \$15 |
| ■ Hospital (centro) | \$0 |
| ■ Otro | \$0 |

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:
Visitas a un especialista en el consultorio (atención prenatal)
Servicios profesionales de nacimiento/parto
Servicios de nacimiento/parto del centro
Pruebas de diagnóstico (ecografías y análisis de sangre)
Visita a un especialista (anestesia)

| | |
|-------------------------|----------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|-------------------------|----------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|--------------|
| Deductibles | \$350 |
| Copagos | \$25 |
| Coseguros | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$435 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

| | |
|---|-------|
| ■ El <u>deductible general del plan</u> | \$350 |
| ■ <u>Copago del especialista</u> | \$15 |
| ■ Hospital (centro) | \$0 |
| ■ Otro | \$0 |

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:
Visitas al médico de atención primaria en el consultorio (incluida la educación sobre enfermedades)
Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (glucómetro)

| | |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|--------------|
| Deductibles | \$120 |
| Copagos | \$190 |
| Coseguros | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$310 |

Fractura simple de Mia

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

| | |
|---|-------|
| ■ El <u>deductible general del plan</u> | \$350 |
| ■ <u>Copago del especialista</u> | \$15 |
| ■ Hospital (centro) | \$0 |
| ■ <u>Otro costo compartido</u> | \$0 |

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:
Atención en la sala de emergencias (incluidos los suministros médicos)
Prueba de diagnóstico (radiografías)
Equipo médico duradero (muletas)
Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

| | |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|--------------|
| Deductibles | \$350 |
| Copagos | \$320 |
| Coseguros | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$670 |

NOTA: Estas cifras suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si usted participa en el programa de bienestar del plan, es posible que pueda reducir su costo. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, visite <http://osc.ct.gov/benefits.htm>.

El plan se haría cargo de los demás costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.