



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, visitar https://osc.ct.gov/wp-content/uploads/2024/03/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, deductible, 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>deductible</u> general? | <u>Dentro de la red</u> : \$350/individual; \$1,400/familiar; exención para miembros del Plan de mejoras en la salud (Health Enhancement Plan, HEP) <u>Fuera de la red</u> : \$500/individual; \$1,500/familiar | En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deductible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Una vez que usted o un miembro de su familia alcance el monto del <u>deductible</u> individual, el <u>plan</u> comienza a pagar por usted o ese miembro. Si tiene otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deductible</u> individual hasta que el monto total de gastos <u>deductibles</u> que pagan todos los miembros de su familia alcance el <u>deductible</u> familiar general. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deductible</u> ? | Sí. Las visitas a un <u>especialista</u> y al médico de atención primaria <u>dentro de la red</u> , la atención <u>preventiva dentro de la red</u> , los <u>medicamentos recetados</u> , la atención en la sala de emergencias, la atención de urgencias <u>dentro de la red</u> , los servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias y salud mental <u>dentro de la red</u> y los exámenes de la vista <u>dentro de la red</u> están cubiertos antes de alcanzar su <u>deductible</u> . | Este <u>plan</u> cubre algunos beneficios y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deductible</u> . Sin embargo, puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de alcanzar su <u>deductible</u> . Consulte una lista de <u>servicios de prevención</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ |
| ¿Hay otros <u>deductibles</u> para servicios específicos? | No. | No tiene que alcanzar <u>deductibles</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> \$3,000/individual; \$6,000/familiar; <u>fuera de la red</u> \$6,000/individual, \$12,000/familiar Medicamentos con receta: \$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> , estos deben alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya cumplido 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> . |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es esto importante: |
|---|---|--|
| ¿Pagará menos si usa un <u>proveedor dentro de la red</u> ? | Sí. Visite: https://carecompass.quantum-health.com llame al 833-740-3258 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> . | Usted paga el monto mínimo si usa un <u>proveedor</u> de Nivel I y paga más si usa un proveedor en el Nivel II. Pagará el monto máximo si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y puede recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</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> ? | No. | Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin una <u>derivación</u> . |



Todos los costos de copagos y coseguros que se muestran en este cuadro son posteriores a haber alcanzado el deducible, si es que se aplica un deducible.

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Cuánto pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|--|--|--|
| | | <u>Proveedor dentro de la red de Nivel I</u> (Pagará el monto mínimo) | <u>Proveedor dentro de la red de Nivel II</u> | <u>Proveedor fuera de la red</u> (Pagará el monto máximo) | |
| Si visita una clínica o el consultorio de un <u>proveedor</u> de atención médica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Sin cargo (incluye LiveHealth Online). No se aplica <u>deducible</u> . | <u>Copago</u> de \$50. No se aplica <u>deducible</u> . | <u>Coseguro</u> del 20 % | Ninguno |
| | Visita con un <u>especialista</u> | Sin cargo (incluye LiveHealth Online). No se aplica <u>deducible</u> . | <u>Copago</u> de \$100. No se aplica <u>deducible</u> . | <u>Coseguro</u> del 20 % | |
| | <u>Atención preventiva/prueba de detección/vacunas</u> | Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> . | Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> . | <u>Coseguro</u> del 20 % | 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 | Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | <u>Proveedor</u> del sitio de servicio: Sin cargo | <u>Proveedor</u> que no pertenece al sitio de servicio: <u>coseguro</u> del 20 % | <u>Coseguro</u> del 40 % | Ninguno |
| | Exámenes por imágenes (tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas) | <u>Proveedor</u> del sitio de servicio: Sin cargo. | <u>Proveedor</u> que no pertenece al sitio de servicio: <u>coseguro</u> del 20 % | <u>Coseguro</u> del 40 % | Se requiere autorización previa. La multa es 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 de Nivel I (Pagará el monto mínimo) | Proveedor dentro de la red de Nivel II | 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 <u>https://carecompass.ct.gov/state/pharmacy/</u></p> | <p>Medicamentos genéricos</p> | <p>Medicamentos genéricos preferidos - sin mantenimiento: <u>copago</u> de \$5/surtido en tiendas minoristas; medicamentos genéricos preferidos - mantenimiento: <u>copago</u> de \$5/surtido por pedido por correo o farmacia de medicamentos de mantenimiento. Medicamentos genéricos no preferidos - sin mantenimiento: <u>copago</u> de \$10/surtido en tiendas minoristas; no preferidos - mantenimiento: <u>copago</u> de \$10/surtido por pedido por correo o farmacia de medicamentos de mantenimiento. Jubilados del 2 de julio de 2009 al 1 de octubre de 2011: sin mantenimiento: <u>copago</u> de \$5/tiendas minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$0/primer surtido por pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento. Jubilados antes del 1 de julio de 2009: sin mantenimiento: <u>copago</u> de \$3/surtido en tiendas minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$0/primer surtido por pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento</p> | <p><u>Coseguro</u> del 30 % por la farmacia no participante.</p> | <p>No se aplica el <u>deductible</u> a la <u>cobertura de medicamentos recetados</u>. Sin cargo por medicamentos genéricos preventivos (p. ej., anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA) o medicamentos de marca preventivos si los genéricos no son médicaamente adecuados. Consulte la información detallada de su cobertura sobre 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 las personas jubiladas después del 1 de octubre de 2011. Consulte la información detallada en <u>https://carecompass.ct.gov/state/pharmacy/</u></p> | |
| | <p>Medicamentos de marca preferidos</p> | <p>Sin mantenimiento: <u>copago</u> de \$25/surtido en tiendas minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$25/primer surtido por pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento. Jubilados del 2 de julio de 2009 al 1 de octubre de 2011: sin mantenimiento: <u>copago</u> de \$10/surtido en tiendas minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$25/primer surtido; <u>copago</u> de \$25/primer surtido por pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento. Jubilados antes del 1 de julio de 2009: sin mantenimiento: <u>copago</u> de \$6/surtido en tiendas minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$0/primer surtido; <u>copago</u> de \$0/surtido por pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento.</p> | <p><u>Coseguro</u> del 30 % por la farmacia no participante.</p> | <p>Los medicamentos de mantenimiento se deben surtir por pedido por correo o en una farmacia de mantenimiento de medicamentos después del primer surtido en una tienda minorista. Puede aplicarse una multa si se solicita un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible.</p> | |
| | <p>Medicamentos de marca no preferidos</p> | <p>Sin mantenimiento: <u>copago</u> de \$40/surtido en tiendas minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$40/primer surtido por pedido por correo/farmacia 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: sin mantenimiento: <u>copago</u> de \$6/surtido en tiendas minoristas; mantenimiento: <u>copago</u> de \$0/primer surtido por pedido por correo/farmacia de medicamentos de mantenimiento</p> | <p><u>Coseguro</u> del 30 % por la farmacia no participante.</p> | <p>Los <u>medicamentos recetados</u> comprados en una farmacia minorista se limitan a un máximo de un suministro para 30 días; los <u>medicamentos recetados</u> comprados por pedido por correo o en una farmacia de medicamentos de mantenimiento se limitan a un máximo de un suministro para 90 días. Para algunos <u>medicamentos recetados</u>, es posible que se requiera autorización previa. La <u>cobertura de medicamentos con receta</u> se administra por separado.</p> | |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Cuánto pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|---|--|--|
| | | Proveedor dentro de la red de Nivel I (Pagará el monto mínimo) | Proveedor dentro de la red de Nivel II | Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo) | |
| | <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 | |
| Si debe hacerse una cirugía ambulatoria | Tarifa por el uso de las instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo. | Sin cargo. | <u>Coseguro</u> del 20 % | Se requiere autorización previa. La multa es de \$500 o el 20 % del costo de los servicios, el monto que sea menor. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo. | Sin cargo. | <u>Coseguro</u> del 20 % | |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la sala de emergencias</u> | <u>Copago</u> de \$250/visita. No se aplica <u>deducible</u> . | <u>Copago</u> de \$250/visita. No se aplica <u>deducible</u> . | <u>Copago</u> de \$250/visita. No se aplica <u>deducible</u> . | Exención del <u>copago</u> en caso de ingreso o si no existe una alternativa médica razonable. |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | Sin cargo. | Sin cargo. | Sin cargo. | Ninguno |
| | <u>Atención de urgencia</u> | <u>Copago</u> de \$35/visita. No se aplica <u>deducible</u> . | <u>Copago</u> de \$35/visita. No se aplica el <u>deducible</u> . | <u>Coseguro</u> del 20 % | Ninguno |
| Si debe recibir hospitalización | Tarifa por el uso de las instalaciones (p. ej., habitación del hospital) | Sin cargo. | Sin cargo. | <u>Coseguro</u> del 20 % | Se requiere autorización previa. La multa es de \$500 o el 20 % del costo de los servicios, el monto 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. | <u>Coseguro</u> del 20 % | Se requiere autorización previa. La multa es de \$500 o el 20 % del costo de los servicios, el monto que sea menor. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias | Servicios ambulatorios | Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> . Sin cargo por los servicios ambulatorios sin visitas al consultorio. | Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> . Sin cargo por los servicios ambulatorios sin visitas al consultorio. | <u>Coseguro</u> del 20 % | Ninguno |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin cargo. | Sin cargo. | <u>Coseguro</u> del 20 % | Se requiere autorización previa. La multa es 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 |
|---|---|--|---|--|--|
| | | <u>Proveedor dentro de la red de Nivel I</u> (Pagará el monto mínimo) | <u>Proveedor dentro de la red de Nivel II</u> | <u>Proveedor fuera de la red</u> (Pagará el monto máximo) | |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo. No se aplica <u>deductible</u> . | Sin cargo. No se aplica <u>deductible</u> . | <u>Coseguro</u> del 20 % | No se aplican <u>costos compartidos</u> a los servicios de atención preventiva. Según el tipo de servicio, puede aplicarse un <u>copago</u> , un <u>coseguro</u> o un <u>deductible</u> . Los cuidados de maternidad pueden incluir pruebas y servicios descritos en otra sección (p. ej., ecografía). |
| | Servicios profesionales de nacimiento/parto | Sin cargo. | Sin cargo. | <u>Coseguro</u> del 20 % | Solo se requiere autorización previa si la hospitalización supera las 48 horas de parto vaginal o las 96 horas de cesárea. La multa es de \$500 o el 20 % del costo de los servicios, el monto que sea menor. |
| | Servicios de nacimiento/parto del centro | Sin cargo. | Sin cargo. | <u>Coseguro</u> del 20 % | |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales | <u>Atención médica a domicilio</u> | Sin cargo. | Sin cargo. | <u>Coseguro</u> del 20 % | Limitado a 200 visitas/año calendario. Debe brindarse en lugar de la hospitalización. Se requiere autorización previa; la multa es de \$500 o el 20 % del costo de los servicios, el monto que sea menor. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | Sin cargo. | Sin cargo. | <u>Coseguro</u> del 20 % | Se requiere autorización previa. La multa es de \$500 o el 20 % del costo de los servicios, el monto que sea menor. |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | Sin cargo. | Sin cargo. | <u>Coseguro</u> del 20 % | Ninguno |
| | <u>Centro de enfermería especializada</u> | Sin cargo. | Sin cargo. | <u>Coseguro</u> del 20 % | Los servicios <u>fuera de la red</u> se limitan a 60 días/año calendario. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | Sin cargo. | Sin cargo. | <u>Coseguro</u> del 20 % | Se requiere autorización previa. La multa es de \$500 o el 20 % del costo de los servicios, el monto que sea menor. |
| | <u>Servicios de hospicio</u> | Sin cargo. | Sin cargo. | <u>Coseguro</u> del 20 % | Se requiere autorización previa. La multa es 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 |
|---|--------------------------------|--|--|--|---|
| | | <u>Proveedor dentro de la red de Nivel I</u> (Pagará el monto mínimo) | <u>Proveedor dentro de la red de Nivel II</u> | <u>Proveedor fuera de la red</u> (Pagará el monto máximo) | |
| Si su hijo necesita atención dental o de la vista | Examen de la vista para niños | <u>Copago</u> de \$50/visita. No se aplica <u>deductible</u> . | <u>Copago</u> de \$50/visita. No se aplica <u>deductible</u> . | <u>Coseguro</u> del 20 % | Limitado a una visita/año calendario. Exención del <u>copago dentro de la red</u> para los participantes del Programa de mejoras en la salud cada dos años. |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura | Deberá pagar el 100 % de este servicio, incluso si está <u>dentro de la red</u> . |
| | Control dental infantil | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura | Deberá pagar el 100 % de este servicio, incluso si está <u>dentro de la red</u> . |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte la póliza o el documento del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>). |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Control dental infantil Anteojos para niños Cirugía estética Atención dental (adultos) Atención a largo plazo Atención que no es de emergencia fuera de los Estados Unidos Cuidado de los pies de rutina Programas de pérdida de peso (excepto cuando lo exija la ley) |

| Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su <u>plan</u>). |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Acupuntura (cubierta solo si es <u>médicamente necesario</u> para artrosis o náuseas y vómitos asociados con la cirugía, la quimioterapia o el embarazo) Cirugía bariátrica (se requiere <u>autorización previa</u>) Atención quiropráctica (limitado a 30 visitas/año <u>fueras de la red</u>) Audífonos (limitado a un juego por período de 36 meses; es posible que se requiera <u>autorización previa</u> para dispositivos con soporte óseo si no se han brindado los beneficios) Tratamiento de infertilidad (se requiere <u>autorización previa</u>) Enfermería privada (se requiere <u>autorización previa</u>) Atención de la vista de rutina (adultos) (limitado a un examen/año) |

Sus derechos para continuar con la cobertura: existen agencias que lo pueden ayudar si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. La información de contacto de estas agencias es la siguiente: el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos, llamando al 877-267-2323 ext. 61565 o visitando el sitio web <http://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 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: 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 866-466-4446.

¿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 del mercado individual, 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 las normas 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 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, kwijjigo holne' 800-922-2232.

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 coseguro) 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 tendrá un bebé

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

| | |
|--------------------------------------|-------|
| ■ <u>Deductible general del plan</u> | \$350 |
| ■ <u>Copago del especialista</u> | \$0 |
| ■ <u>Hospital (centro)</u> | \$0 |
| ■ <u>Otro</u> | \$5 |

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:

| <u>Costo compartido</u> | |
|------------------------------------|--------------|
| <u>Deductibles</u> | \$350 |
| <u>Copagos</u> | \$30 |
| <u>Coseguros</u> | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Peg pagaría es | \$400 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

| | |
|--------------------------------------|-------|
| ■ <u>Deductible general del plan</u> | \$350 |
| ■ <u>Copago del especialista</u> | \$0 |
| ■ <u>Hospital (centro)</u> | \$0 |
| ■ <u>Otro</u> | \$5 |

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:

| <u>Costo compartido</u> | |
|------------------------------------|--------------|
| <u>Deductibles</u> | \$120 |
| <u>Copagos</u> | \$40 |
| <u>Coseguros</u> | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$160 |

Fractura simple de Mia

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

| | |
|--------------------------------------|-------|
| ■ <u>Deductible general del plan</u> | \$350 |
| ■ <u>Copago del especialista</u> | \$0 |
| ■ <u>Hospital (centro)</u> | \$250 |
| ■ <u>Otro</u> | \$5 |

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:

| <u>Costo compartido</u> | |
|------------------------------------|--------------|
| <u>Deductibles</u> | \$350 |
| <u>Copagos</u> | \$260 |
| <u>Coseguros</u> | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$610 |

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://www.osc.ct.gov/benefits.htm>.

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