



El documento Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo 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 indica 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 <https://osc.ct.gov/ctpartner/docs/State%20of%20CT%202023%20Partnership%20Medical-Plan-Document-Rev.03.2024.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 importante:
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	<u>Dentro de la red</u> : \$350/individual; \$1,400/familiar. Exención para miembros del Programa de mejoras en la salud (Health Enhancement Program, HEP) <u>Fuera de la red</u> : \$300/individual; \$900/familiar	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> comience a pagar. Una vez que usted o un miembro de su familia alcance el monto del <u>deducible</u> individual, el <u>plan</u> comienza a pagar por usted o ese miembro. Si hay otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de gastos <u>deducibles</u> que pagan todos los miembros alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Las visitas a un <u>especialista</u> y al médico de atención primaria <u>dentro de la red</u> , la <u>atención preventiva dentro de la red</u> , los <u>medicamentos recetados</u> , la <u>atención en la sala de emergencias</u> , la <u>atención de urgencias 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>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 el <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios de prevención cubiertos</u> en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Atención médica: dentro de la red \$2,000/individual; \$4,000/familiar; <u>fuera de la red</u> : \$2,300/individual; \$4,900/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 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 contar 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 importante:
¿Pagará menos si elige un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Visite https://carecompass.quantum-health.com/ o llame al 1-833-740-3258 para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este plan utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si elige un <u>proveedor de la red del plan</u> . Pagará el monto máximo si elige un <u>proveedor fuera de la red</u> , y puede recibir una factura por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan (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 que lo atiendan.
¿Necesita una <u>remisión para ver a un especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin una <u>remisión</u> .

 Todos los costos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro se aplican una vez que haya alcanzado el **deducible**, si es que corresponde.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel 1 Proveedor dentro de la red (Pagará el monto mínimo)	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
Si visita una clínica o el consultorio de un <u>proveedor de atención médica</u>	Visita de atención primaria por lesión o enfermedad	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	<u>Copago</u> de \$15/visita	<u>Coseguro</u> del 20%	Ninguno.
	Visita a un <u>especialista</u>	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	<u>Copago</u> de \$15/visita	<u>Coseguro</u> del 20%	
	<u>Atención preventiva/exámenes/vacunación</u>	Sin cargo. <u>No se aplica 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	<u>Prueba de diagnóstico y preventiva</u> (análisis de sangre)	Proveedor del centro de servicio: sin cargo.	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno.
	Imágenes (rayos X/tomografías computarizadas/por emisión de positrones, imagen por resonancia magnética)	Sin cargo.	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se requiere autorización previa para imágenes más costosas como imagen por resonancia magnética y tomografías computarizadas/por emisión de positrones a fin de evitar multas 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
		Nivel 1 Proveedor <u>dentro de la red</u> (Pagará el monto mínimo)	Proveedor <u>dentro de la red</u>	Proveedor <u>fuera de la red</u> (Pagará el monto máximo)	
	Medicamentos genéricos	Genéricos preferidos. No mantenimiento: <u>copago</u> de \$5/surtido en farmacias minoristas; genéricos preferidos - 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; no preferidos - mantenimiento: <u>copago</u> de \$10/surtido en farmacias de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento.		<u>Coseguro</u> del 20% para farmacias no participantes.	No se aplica <u>deducible</u> a los <u>medicamentos recetados cubiertos</u> . Sin cargo para medicamentos genéricos preventivos (p. ej., anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA) o medicamentos de marca preventivos si los genéricos no son adecuados. Consulte la información detallada en https://carecompass.ct.gov/state/pharmacy/

Si necesita medicamentos para su enfermedad o afección Puede obtener más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en https://carecompas.s.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.	<u>Coseguro</u> del 20% para farmacias no participantes.	Los medicamentos de mantenimiento se deben surtir en una farmacia de pedido por correo o de medicamentos de mantenimiento después del primer surtido en una farmacia minorista. Puede aplicarse una multa si se solicita un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible. 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.	
	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.	<u>Coseguro</u> del 20% para farmacias no participantes.		
	<u>Medicamentos especializados</u>	Sin cargo por <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		
Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante	
		Nivel 1 <u>Proveedor dentro de la red</u> (Pagará el monto mínimo)	<u>Proveedor dentro de la red</u>		<u>Proveedor fuera de la red</u> (Pagará el monto máximo)
Si deben realizarle una cirugía ambulatoria	Tarifa por uso de las instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo		<u>Coseguro</u> del 20%	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		<u>Coseguro</u> del 20%	

Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	<u>Copago</u> de \$250/visita.	<u>Copago</u> de \$250/visita	No se aplica el <u>copago</u> en caso de ingreso o si no hay una alternativa médica razonable.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno.
	<u>Atención de urgencia</u>	<u>Copago</u> de \$15/visita	<u>Coseguro</u> del 20%	Ninguno.
Si debe recibir hospitalización	Tarifa por uso de las instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo	<u>Coseguro</u> del 20%	Se requiere autorización previa para evitar multas 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 constituya una <u>necesidad médica</u> .
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	<u>Coseguro</u> del 20%	Se requiere autorización previa para evitar multas 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	
		Nivel 1 <u>Proveedor dentro de la red</u> (Pagará el monto mínimo)	<u>Proveedor dentro de la red</u>		<u>Proveedor fuera de la red</u> (Pagará el monto máximo)
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	<u>Copago</u> de \$15/visita		<u>Coseguro</u> del 20%	Ninguno.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo		<u>Coseguro</u> del 20%	Se requiere autorización previa para evitar multas de \$500 o el 20% del costo de los servicios, el monto que sea menor.

Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$15/primer visita únicamente	<u>Coseguro</u> del 20%	No se aplican <u>costos compartidos</u> a los <u>servicios de atención preventiva</u> . Según el tipo de servicio, puede aplicarse un <u>copago</u> , un <u>coseguro</u> o un <u>deducible</u> . Los cuidados de maternidad pueden incluir pruebas y servicios descritos en otra sección (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	Sin cargo	<u>Coseguro</u> del 20%	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	<u>Coseguro</u> del 20%	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Atención médica a domicilio</u>	Sin cargo		Límite: 200 visitas/año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cargo	<u>Coseguro</u> del 20%	Se requiere autorización previa (excepto para jubilados antes de 1999) para evitar multas de \$500 o el 20% de los servicios cubiertos, el monto que sea menor. Límite de terapia del habla <u>dentro de la red</u> : 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. Límite de fisioterapia, terapia ocupacional, quiropráctica, terapia del habla y autismo <u>fuera de la red</u> : 30 visitas/afección/año calendario.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cargo	<u>Coseguro</u> del 20%	Ninguno.
	<u>Centro de enfermería especializada</u>	Sin cargo	<u>Coseguro</u> del 20%	Límite de servicios <u>fuera de la red</u> : 60 días/año calendario. Se requiere autorización previa para evitar una multa de \$500 o el 20% del costo de los servicios, el monto que sea menor.

	<u>Equipos médicos permanentes</u>	Sin cargo	<u>Coseguro</u> del 20%	Se requiere autorización previa para evitar una multa de \$500 o el 20% del costo de los servicios, el monto que sea menor.
	<u>Servicios de hospicio</u>	Sin cargo	<u>Coseguro</u> del 20%	Límite de hospicio a domicilio <u>fuera de la red</u> : 200 visitas/año calendario. Límite de hospicio para pacientes hospitalizados <u>fuera de la red</u> : 60 días/año calendario. Se requiere autorización previa para servicios para pacientes hospitalizados 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	
		Nivel 1 <u>Proveedor dentro de la red</u> (Pagará el monto mínimo)	<u>Proveedor dentro de la red</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 \$15/visita No se aplica <u>deducible</u> .		<u>Coseguro</u> del 50%	Límite: 1 visita/año calendario.
	Anteojos para niños	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	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 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 a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia fuera de los Estados Unidos (atención de urgencias cubierta).
- Cuidado de rutina de los pies

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones. No es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Acupuntura (cubierta solo si es médicamente necesario para artrosis o náuseas y vómitos asociados con la cirugía, la quimioterapia o el embarazo)
- Cirugía bariátrica (se requiere autorización previa)
- Atención quiropráctica (límite: 30 visitas fuera de la red/año)
- Audífonos (límite: 1 juego por período 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: existen agencias que lo pueden ayudar si desea continuar con la cobertura una vez finalizada. Para comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos, puede llamar al 877-267-2323 ext. 61565 o visitar el sitio web <http://www.cciio.cms.gov>. También podría acceder a otras opciones de cobertura, como adquirir una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre este Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 800-318-2596.

Sus derechos para presentar 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 los beneficios que recibirá para 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. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, diríjase a:

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 a través 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 individuales, 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 crédito fiscal para 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 crédito fiscal para 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, kwijigo holne' 800-922-2232.

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica supuesta, 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. Los costos reales variarán en función de la atención efectiva que reciba, los precios que le cobren los proveedores y muchos otros factores. Céntrese en los montos de los costos compartidos (deducibles, 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 se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada (9 meses de atención prenatal <u>dentro de la red</u> y parto en el hospital)		Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina <u>dentro de la red</u> de una afección bien controlada)		Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias <u>dentro de la red</u> y atención de seguimiento)																																											
■ Deducible general del plan	\$350	■ Deducible general del plan	\$350	■ Deducible general del plan	\$350																																										
■ Copago del especialista	\$15	■ Copago del especialista	\$15	■ Copago del especialista	\$15																																										
■ Hospital (instalación)	\$0	■ Hospital (instalación)	\$0	■ Hospital (instalación)	\$0																																										
■ Otro	\$0	■ Otro	\$0	■ Otro	\$0																																										
Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes: Visitas al consultorio de <u>especialistas</u> (<i>atención prenatal</i>) Servicios profesionales para el nacimiento/parto Servicios en instalaciones para el nacimiento/parto <u>Pruebas de diagnóstico</u> (<i>ecografías y análisis de sangre</i>) Visita con un <u>especialista</u> (<i>anestesia</i>)		Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes: Visitas al <u>médico de atención primaria</u> en el consultorio (<i>incluida las consultas informativas sobre enfermedades</i>) <u>Pruebas de diagnóstico</u> (<i>análisis de sangre</i>) <u>Medicamentos con receta</u> <u>Equipo médico duradero</u> (<i>glucómetro</i>)		Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes: <u>Atención en la sala de emergencias</u> (<i>incluidos suministros médicos</i>) <u>Prueba de diagnóstico</u> (<i>radiografías</i>) <u>Equipo médico duradero</u> (<i>muletas</i>) <u>Servicios de rehabilitación</u> (<i>fisioterapia</i>)																																											
Costo total del ejemplo		\$12,700	Costo total del ejemplo		\$5,600																																										
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"><u>Costo compartido</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Deducibles</u></td> <td>\$350</td> </tr> <tr> <td><u>Copagos</u></td> <td>\$25</td> </tr> <tr> <td><u>Coseguros</u></td> <td>\$0</td> </tr> <tr> <th colspan="2"><u>Lo que no está cubierto</u></th> </tr> <tr> <td>Límites o exclusiones</td> <td>\$60</td> </tr> <tr> <td>El total que Peg pagaría es</td> <td>\$435</td> </tr> </tbody> </table>		<u>Costo compartido</u>		<u>Deducibles</u>	\$350	<u>Copagos</u>	\$25	<u>Coseguros</u>	\$0	<u>Lo que no está cubierto</u>		Límites o exclusiones	\$60	El total que Peg pagaría es	\$435	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"><u>Costo compartido</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Deducibles</u></td> <td>\$120</td> </tr> <tr> <td><u>Copagos</u></td> <td>\$190</td> </tr> <tr> <td><u>Coseguros</u></td> <td>\$0</td> </tr> <tr> <th colspan="2"><u>Lo que no está cubierto</u></th> </tr> <tr> <td>Límites o exclusiones</td> <td>\$0</td> </tr> <tr> <td>El total que Joe pagaría es</td> <td>\$310</td> </tr> </tbody> </table>		<u>Costo compartido</u>		<u>Deducibles</u>	\$120	<u>Copagos</u>	\$190	<u>Coseguros</u>	\$0	<u>Lo que no está cubierto</u>		Límites o exclusiones	\$0	El total que Joe pagaría es	\$310	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"><u>Costo compartido</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Deducibles</u></td> <td>\$350</td> </tr> <tr> <td><u>Copagos</u></td> <td>\$320</td> </tr> <tr> <td><u>Coseguros</u></td> <td>\$0</td> </tr> <tr> <th colspan="2"><u>Lo que no está cubierto</u></th> </tr> <tr> <td>Límites o exclusiones</td> <td>\$0</td> </tr> <tr> <td>El total que Mia pagaría es</td> <td>\$670</td> </tr> </tbody> </table>		<u>Costo compartido</u>		<u>Deducibles</u>	\$350	<u>Copagos</u>	\$320	<u>Coseguros</u>	\$0	<u>Lo que no está cubierto</u>		Límites o exclusiones	\$0	El total que Mia pagaría es	\$670
<u>Costo compartido</u>																																															
<u>Deducibles</u>	\$350																																														
<u>Copagos</u>	\$25																																														
<u>Coseguros</u>	\$0																																														
<u>Lo que no está cubierto</u>																																															
Límites o exclusiones	\$60																																														
El total que Peg pagaría es	\$435																																														
<u>Costo compartido</u>																																															
<u>Deducibles</u>	\$120																																														
<u>Copagos</u>	\$190																																														
<u>Coseguros</u>	\$0																																														
<u>Lo que no está cubierto</u>																																															
Límites o exclusiones	\$0																																														
El total que Joe pagaría es	\$310																																														
<u>Costo compartido</u>																																															
<u>Deducibles</u>	\$350																																														
<u>Copagos</u>	\$320																																														
<u>Coseguros</u>	\$0																																														
<u>Lo que no está cubierto</u>																																															
Límites o exclusiones	\$0																																														
El total que Mia pagaría es	\$670																																														

NOTA: Estas cifras suponen que el paciente no participa en el Programa de Mejora de la Salud (HEP, por sus siglas en inglés) del plan. Si usted participa en este programa, es posible que se reduzca el costo. Para obtener más información sobre el HEP, visite <https://carecompass.ct.gov/hep/>

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