



Asociación para el Seguro de Salud de Utah (UPP)

tabla de comparación

Esta tabla de comparación puede ayudarlo a tomar una decisión adecuada, acerca de que plan de seguro de salud es el mejor para su familia. Compare los beneficios, copagos y primas de seguro médico entre el plan de CHIP y el plan de seguro médico de su empleador. Decida entonces cual es la mejor opción para Usted a) Asegure a su hijo con CHIP, o b) Asegure a su hijo con el plan de seguro de salud de su empleador y reciba hasta \$180 dólares por cada niño (de UPP).

| Beneficios médicos (por año del plan) | Copagos de seguro médico del empleador | CHIP plan de copago B* (responsabilidad del miembro) | CHIP plan de copago C* (responsabilidad del miembro) |
|--|--|--|---|
| Prima | Se recibe hasta \$180 de UPP por cada niño por mes | Nada | Nada |
| Máximo de bolsillo | | 5% del ingreso bruto anual de la familia incluidos los gastos dentales ** | 5% del ingreso bruto anual de la familia incluidos los gastos dentales ** |
| Deducible | | \$70 por familia | \$575/por niño; \$1,600/por familia |
| Exámenes de bienestar | | \$0 | \$0 |
| Vacunas | | \$0 | \$0 |
| Visitas al doctor | | \$5 | \$25 |
| Visitas al especialista | | \$5 | \$40 |
| Sala de emergencia | | \$10 | 20% after deducible; mínimo \$150 por visita |
| Ambulancia | | 5% de la cantidad aprobada después del deducible | 20% de la cantidad aprobada después del deducible |
| Centro de urgencias | | \$5 | \$40 |
| Servicios de hospital externos y cirugía ambulatoria | | 5% de la cantidad aprobada después del deducible | 20% de la cantidad aprobada después del deducible |
| Servicios de hospital internos | | \$150 después del deducible | 20% de la cantidad aprobada después del deducible |
| Laboratorio y rayos-x | | \$0 por las pruebas menores de diagnóstico y rayos-x; 5% del total después del deducible para las pruebas mayores de diagnóstico y rayos-x | \$0 por las pruebas menores de diagnóstico y rayos-x; 20% del total después del deducible para las pruebas mayores de diagnóstico y rayos-x |
| Cirujano | | 5% de la cantidad aprobada | 20% de la cantidad aprobada después del deducible |
| Anestesiólogo | | 5% de la cantidad aprobada | 20% de la cantidad aprobada después del deducible |
| Recetas -medicamentos genéricos preferidos -medicamentos de marca preferidos -medicamentos no preferidos | | - \$5 - 5% de la cantidad aprobada - 5% de la cantidad aprobada | - \$15 - 25% de la cantidad aprobada - 50% de la cantidad aprobada |
| Salud mental y desorden de uso de sustancias -centro para pacientes hospitalizados | | - \$150 después del deducible | - 20% de la cantidad aprobada después del deducible |

*A los indígenas estadounidenses / nativos de Alaska no se les cobrarán copagos ni deducibles.

** CHIP le enviará una carta de aprobación informándole la cantidad máxima aproximada de su costo de bolsillo personal para su familia.

| | | | |
|--|--|---|---|
| -externos visita de oficina (consultorio) y centro de urgencias | | - \$0 | - \$0 |
| Tratamiento residencial | | \$0 | \$0 |
| Terapia física | | \$5 (Limite de 20 visitas por año) | \$40 después del deducible (Límite de 20 visitas por año) |
| Análisis de comportamiento aplicado (ABA) -para el tratamiento del trastorno del espectro autista | | \$0 | \$0 |
| Visitas al quiropráctico | | No es un beneficio cubierto | No es un beneficio cubierto |
| Atención médica en el hogar y cuidado de hospicio | | 5% de la cantidad aprobada después del deducible | 20% de la cantidad aprobada después del deducible |
| Equipos médicos y materiales | | 10% de la cantidad aprobada después del deducible | 25% de la cantidad aprobada después del deducible |
| Educación de diabetes | | \$0 | \$0 |
| Examen de la vista | | \$5 (Limite de 1 visita por año) | \$25 (Limite de 1 visita por año) |
| Examen de audición | | \$5 (Limite de 1 visita por año) | \$25 (Limite de 1 visita por año) |

| Beneficios dentales (por año del plan) | Copagos de seguro dental del empleador | CHIP plan de copago B* (responsabilidad del miembro) | CHIP plan de copago C* (responsabilidad del miembro) |
|---|--|---|--|
| Prima | Se reciben \$20 adicionales de UPP por cada niño por mes | Nada | Nada |
| Deducible | | \$0 | \$50/por niño; \$150/ por familia |
| Beneficio máximo - preventivo, servicios básicos y mayores por niño, por año | | \$1,000 por año del plan | \$1,000 por año del plan |
| Servicios preventivos - exámenes de rutina - limpiezas (2 por año) - fluoruro tópico - rayos x | | \$0 | \$0 |
| Servicios básicos - rellenos - extracciones - cirugía oral - endodoncia - periodoncia | | 5% de la cantidad aprobada | 20% de la cantidad aprobada después del deducible |
| Servicios mayores - coronas - puentes - dentaduras postizas | | 5% de la cantidad aprobada | 50% de la cantidad aprobada después del deducible |
| Ortodoncia - requiere autorización previa - cubierto solo si es médicamente necesario | | 5% de la cantidad aprobada (\$1,000 máximo por vida**) Requiere autorización previa | 50% de la cantidad aprobada (\$1,000 máximo por vida**) Requiere autorización previa |
| Especialistas - Endodncistas - Cirujanos orales - Periodoncitas - Especialistas en Pediatría - Prostodncistas | | 5% de la cantidad aprobada | Hable con su plan dental para obtener un estimado de cargos adicionales |

* A los indígenas estadounidenses / nativos de Alaska no se les cobrarán copagos ni deducibles.

** Los servicios de ortodoncia no están incluidos en el beneficio máximo anual.