



for health insurance

# 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, co-pagos 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 \$120 dólares por cada niño (de UPP).

BENEFICIOS (por año)	UPP & CO-PAGOS DE SEGURO MÉDICO DEL EMPLEADOR	CO-PAGOS DE PLAN B*	CO-PAGOS DE PLAN C*
Máximo de su 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 **
Prima	Se recibe hasta \$120.00 de UPP por cada niño por mes	\$30.00 por familia/trimestre	\$75.00 por familia/trimestre
Condición previamente existente		No período de espera	No período de espera
<b>BENEFICIOS DE MÉDICOS</b>			
Deducible		\$40.00 por familia	\$500.00 por niño/ \$1,500.00 por familia
Exámenes de bienestar		\$0.00	\$0.00
Vacunas		\$0.00	\$0.00
Visitas al doctor		\$5.00	\$25.00
Visitas al especialistas		\$5.00	\$40.00
Sala de emergencia		\$5.00; \$10.00 no emergencia	\$300.00 después de deducible
Ambulancia		5% de la cantidad aprobada después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
Centro de cuidado urgente		\$5.00	\$40.00
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		\$150.00 después de deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
Laboratorio y rayos-x		\$0.00 por las pruebas menores de diagnóstico y rayos-x; 5% del total después del deducible para las pruebas principales de diagnóstico y rayos-x	\$0.00 por las pruebas menores de diagnóstico y rayos-x; 20% del total después del deducible para las pruebas principales de diagnóstico y rayos-x
Cirujano		5% de la cantidad aprobada	20% de la cantidad aprobada después del deducible
Anestesiologo		5% de la cantidad aprobada	20% de la cantidad aprobada después del deducible
Recetas médicas -Medicamentos genericos preferidos -Medicamentos de marca preferidos -Medicamentos no preferidos		- \$5.00 - 5% de la cantidad aprobada - 5% de la cantidad aprobada	- \$15.00 - 25% de la cantidad aprobada - 50% de la cantidad aprobada

\* Planes que incluyen co-pagos son basados en el ingreso anual de la familia. Indios Americanos/ Nativos de Alaska no se les cobrara co-pagos, cuota/tarifa o deducible.

\*\* CHIP le enviará una carta de aprobación donde se le informará sobre el máximo de los gastos de bolsillo para su familia.

BENEFICIOS Continuación (por año)	UPP & CO-PAGOS DE SEGURO MÉDICO DEL EMPLEADOR	CO-PAGOS DE PLAN B	CO-PAGOS DE PLAN C
Salud mental y desorden de uso de sustancias -Centro para pacientes hospitalizados -Externos visita de oficina (consultorio) y centro de urgencias		- \$150.00 después de deducible - \$0.00	- 20% de la cantidad aprobada después del deducible - \$0.00
Tratamiento residencial		\$0	\$0
Terapia física		\$5.00 (limite de 20 visitas por año)	\$40.00 después de deducible (limite de 20 visitas por año)
Análisis de comportamiento aplicado (ABA) -Para el tratamiento del trastorno del espectro autista		\$0.00	\$0.00
Visitas al quiropráctico		No es un beneficio cubierto	No es un beneficio cubierto
Cuidado en el hogar y cuidado de hospicio		5% de la cantidad aprobada después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
Equipo médicos y materiales		5% de la cantidad aprobada después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
Educación de diabetes		\$0.00	\$0.00
Examen de la vista		\$5.00 (limite de 1 visita por año)	\$25.00 (limite de 1 visita por año)
Examen de audición		\$5.00 (limite de 1 visita por año)	\$25.00 (limite de 1 visita por año)
<b>BENEFICIOS DENTALES</b>			
DEDUCIBLE		\$0.00	\$50.00 por niño/\$150.00 por familia
BENEFICIO MAXIMO - Preventivo, Servicios Básico y Mayores por niño, por año	Se reciben \$20.00 adicionales de UPP por cada niño por mes	\$1,000 por año del plan	\$1,000 por año del plan
SERVICIOS PREVENTIVOS - Exámenes de rutina - Limpieza (2 por año) - Fluoruro tópico - Rayos-x		\$0.00	\$0.00
SERVICIOS BASICOS - 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

BENEFICIOS Continuación (por año)	UPP & CO-PAGOS DE SEGURO MÉDICO DEL EMPLEADOR	CO-PAGOS DE PLAN B	CO-PAGOS DE PLAN C
<b>Especialistas</b> - Endodoncistas - Cirujanos orales - Periodoncitas - Especialistas en Pediatría - Prostodoncistas		5% de la cantidad aprobada	Hable con su plan dental para obtener un estimado de cargos adicionales

\* Los planes de copago se basan en sus ingresos. A los indígenas estadounidenses / nativos de Alaska no se les cobrarán copagos, primas ni deducibles.

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