



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 \$140 dólares por cada niño (de UPP).

BENEFICIOS (por año)	UPP & CO-PAGOS DE SEGURO MÉDICO DEL EMPLEADOR	CO-PAGOS DE PLAN A*	CO-PAGOS DE PLAN B*	CO-PAGOS DE PLAN C*
Máximo de su bolsillo		5% del salario bruto anual, incluyendo servicios dentales**	5% del salario bruto anual, incluyendo servicios dentales**	5% del salario bruto anual, incluyendo servicios dentales**
Cuota/tarifa	Se recibe hasta \$120 de UPP por cada niño por mes	\$0.00	\$30.00 por familia/cada tres meses	\$75.00 por familia/cada tres meses
Condición previamente existente		No período de espera	No período de espera	No período de espera
<b>BENEFICIOS DE MÉDICOS</b>				
Deducible		\$0.00	\$40.00 por familia	\$500.00 por niño/ \$1,500.00 por familia
Exámenes para niños		\$0.00	\$0.00	\$0.00
Vacunas		\$0.00	\$0.00	\$0.00
Visitas al doctor		\$3.00	\$5.00	\$25.00
Visitas al especialistas		\$3.00	\$5.00	\$40.00
Visitas a la sala de emergencia		\$3.00	\$5.00; \$10.00 no-emergencia	\$300.00 después de deducible
Ambulancia		5% del monto total	5% del monto total después de deducible	20% del monto total después de deducible
Centro de cuidado		\$3.00	\$5.00	\$40.00
Servicio de cirugía ambulatorio y servicios a pacientes no internados		\$3.00	5% del monto total después de deducible	20% del monto total después de deducible
Servicios de internal pacientes de hospital		\$50.00	\$150.00 después de deducible	20% del monto total después de deducible
Servicios de rayos-x y laboratorio		\$0.00 por las pruebas menores de diagnóstico y rayos-x; \$3.00 para las pruebas principales de diagnóstico 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		\$0.00	5% del monto total	20% del monto total después de deducible
Anestesiista		\$0.00	5% del monto total	20% del monto total después de deducible
Recetas médicas				
- Genéricos		- \$1.00	- \$5.00	- \$15.00
- De marca		- \$1.00	- 5% del monto total	- 25% del monto total
- No-PDL (lista preferida)		- 5% del monto total	- 5% del monto total	- 50% del monto total

\* Planes que incluyen co-pagos son basados en el ingreso anual de la familia. Indios Americanos/ Nativos de Alaska no se les cobrará 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 A	CO-PAGOS DE PLAN B	CO-PAGOS DE PLAN C
Salud mental - Pacientes internados  - Pacientes no internados		- \$50.00  - \$3.00	- \$150.00 después de deducible - \$5.00	- 20% del monto total después de deducible - \$40.00
Tratamiento residencial		5% del monto total (limite por año de 25 días)	5% del monto total después de deducible (limite por año de 25 días)	50% del monto total después de deducible (limite por año de 25 días)
Terapia física		\$3.00 (limite por año de 20 visitas)	\$5.00 (limite por año de 20 visitas)	\$40.00 después de deducible (limite por año de 20 visitas)
Servicios de quiropráctica		No están cubiertos	No están cubiertos	No están cubiertos
Cuidado a domicilio y hospicio		\$3.00	5% del monto total después de deducible	20% del monto total después de deducible
Equipo medico y provisiones		\$3.00	5% del monto total después de deducible	20% del monto total después de deducible
Educación de diabetes		\$0.00	\$0.00	\$0.00
Examen visual		\$3.00 (limite por año de 1 visita)	\$5.00 (limite por año de 1 visita)	\$40.00 (limite por año de 1 visita)
Examen auditivo		\$3.00 (limite por año de 1 visita)	\$5.00 (limite por año de 1 visita)	\$40.00 (limite por año de 1 visita)
<b>BENEFICIOS DENTALES</b>				
Deducible		\$0.00	\$0.00	\$50.00 por niño/\$150.00 por familia
<b>BENEFICIOS PRINCIPALES</b> - Preventivos, Servicios Básicos y Principales al año, por niño	Se reciben \$20.00 adicionales de UPP por cada niño por mes	\$1,000.00 anual, por cada año	\$1,000.00 anual, por cada año	\$1,000.00 anual, por cada año
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b> - Exámenes de rutina y limpieza (2 por año) - Rayos-x		\$0.00	\$0.00	\$0.00
<b>SERVICIOS BASICOS</b> - Amalgama - Extracciones - Cirugia Oral - Endodoncias - Periodoncias		\$0.00	5% del monto total	20% del monto total después de deducible
<b>SERVICIOS PRINCIPALES</b> - Coronas - Dentadura postiza - Puente		5% del monto total	5% del monto total	50% del monto total después de deducible
<b>ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA**</b> - Requiere la autorización previa - Cubierto sólo si son médicamente necesarios		5% del monto total (\$1,000 por vida máxima**)	5% del monto total (\$1,000 por vida máxima**)	50% del monto total (\$1,000 por vida máxima**)
<b>ESPECIALISTAS</b> - Endodontistas - Cirujanos Ortodontistas - Periodontistas - Odontopediátricos		5% del monto total	5% del monto total	Hable con su plan dental para una estimación de gastos adicionales.

\* 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.

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