

## Resumen de beneficios de CHIP

Este es un breve resumen de los beneficios de CHIP traído a usted por Capital BlueCross.

Visitas al consultorio	Copagos		
	Gratis	Bajo costo	Costo total
Médico de atención principal (PCP, por sus siglas en inglés)	\$0	\$5	\$15
Especialista	\$0	\$10	\$25
<b>Servicios preventivos en consultorio del PCP</b>			
Vacunas	\$0	\$0	\$0
Servicios pediátricos de rutina	\$0	\$0	\$0
Servicios de bienestar del bebé / del cuidado del niño sano	\$0	\$0	\$0
<b>Servicios de atención de emergencia y urgencia</b>			
Visitas a la sala de emergencia (copago eliminado si es admitido)	\$0	\$25	\$50
La atención de urgencia (el copago puede ser mayor dependiendo de la instalación que se proporciona atención de urgencia)	\$0	\$10	\$25
<b>Servicios para pacientes hospitalizados</b>			
Atención hospitalaria (instalaciones y profesionales) es necesaria la aprobación previa	\$0	\$0	\$0
<b>Servicios ambulatorios</b>			
Los servicios de diagnóstico (servicios de laboratorio y radiografías)	\$0	\$0	\$0
Beneficios de rehabilitación: terapia ocupacional, física o del habla (60 visitas por año, por la terapia)	\$0	\$10	\$25
Cirugía	\$0	\$0	\$0
<b>Otros Servicios</b>			
Extracción de dientes impactados	\$0	\$0	\$0
El equipo médico duradero	\$0	\$0	\$0
Atención médica en el hogar	\$0	\$0	\$0
Servicios de cuidados paliativos	\$0	\$0	\$0
<b>Tratamiento del abuso de sustancias</b>			
Desintoxicación	\$0	\$0	\$0
Servicios residenciales no hospitalarios	\$0	\$0	\$0
Servicios ambulatorios	\$0	\$0	\$0
<b>Salud mental</b>			
Servicios para pacientes hospitalizados	\$0	\$0	\$0
Servicios ambulatorios	\$0	\$0	\$0
<b>Servicios de audición</b>			
Examen audiométrico (una vez cada año calendario)	\$0	\$10	\$25
Audífono (una vez por oído en dos años naturales)	\$0	\$0	\$0
Examen audiométrico (una vez por año calendario)	\$0	\$5 PCP	\$15 PCP
		\$10 Especialista	\$25 Especialista

<b>Cuidado de la visión</b>			
	<b>Gratis</b>	<b>Bajo costo</b>	<b>Costo total</b>
Lentes de contacto médicamente necesarios (una receta por cada año calendario) <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0
Exámenes de la vista y la refracción (uno por cada año calendario) <sup>2</sup>	\$0	\$0	\$0
Marcos (monturas) de anteojos (uno por cada año calendario) <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0
Lentes de anteojos (un par cada año calendario) <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0
Lentes de contacto en lugar de anteojos recetados (una prescripción por año calendario) <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0
<b>Cuidado dental</b>			
El tratamiento de ortodoncia para una maloclusión de discapacidad grave (servicios deben ser obtenidos de un proveedor participante de BlueCross Dental <sup>SM</sup> ; aprobación previa obligatoria)	\$0	\$0	\$0
<b>Diagnóstico y preventivo</b>			
Exámenes de rutina (una vez cada seis meses)	\$0	\$0	\$0
Radiografías	\$0	\$0	\$0
Tratamientos de fluoruro (una vez cada seis meses)	\$0	\$0	\$0
Profilaxis (limpieza una vez cada seis meses, elegible para uno profilaxis adicional durante el embarazo)	\$0	\$0	\$0
Selladores (hasta los 19 años)	\$0	\$0	\$0
Los mantenedores de espacio	\$0	\$0	\$0
<b>Servicios básicos</b>			
Restaurativo básico (rellenos de amalgama de "plata" y rellenos "blancos" compuesto)	\$0	\$0	\$0
Endodoncia (procedimientos para la terapia pulpar y obturación del conducto radicular; es obligatoria la aprobación previa)	\$0	\$0	\$0
Periodoncia (tratamiento de las encías y las estructuras de soporte de los dientes, el tratamiento periodontal quirúrgico y no quirúrgico está cubierto; es obligatoria la aprobación previa)	\$0	\$0	\$0
Extracciones simples	\$0	\$0	\$0
<b>Servicios mayores</b>			
Restaurativo mayor (coronas, incrustaciones, recubrimientos, uno por diente por periodo de cinco años; es obligatoria la aprobación previa)	\$0	\$0	\$0
Prostodoncia (procedimientos para el reemplazo de los dientes faltantes por la construcción o reparación de puentes y dentaduras parciales o completas; es obligatoria la aprobación previa)	\$0	\$0	\$0
<b>Medicamentos recetados (Obligatorio genérico)<sup>3</sup></b>			
	<b>Gratis</b>	<b>Bajo costo</b>	<b>Costo total</b>
Están disponibles los programas de orden postal y al por menor	\$0	\$0 por medicamentos recetados de prevención	\$0 por medicamentos recetados de prevención
Suministro al por menor = 30 días por receta / resurtido	\$0	Al por menor: \$6 Genérico \$9 de marca	Al por menor: \$10 Genérico \$18 de marca
Pedidos por correo = 90 días por receta / resurtido	\$0	Pedidos por correo: \$12 Genérico \$18 de marca	Pedidos por correo: \$20 Genérico \$36 de marca

<sup>1</sup> Los beneficios incluyen la sustitución de los armazones (monturas) y lentes perdidos, robados o rotos (un original y una sustitución por año calendario, cuando se considere necesario por razones médicas).

<sup>2</sup> Los exámenes médicamente necesarios están cubiertos por el beneficio médico de su hijo.

<sup>3</sup> De marca es cubierto si es médicamente necesario.

**Esta es una descripción general de los beneficios y limitaciones del plan CHIP; los términos y condiciones de cobertura se registrarán únicamente por el Manual del Miembro. Para obtener detalles adicionales de beneficios por favor visite o llame [capbluecross.com/CHIP](http://capbluecross.com/CHIP) o 800.KIDS.101.**