PCN Primary Care Network

Co-Pay Summary

Services*	Co-Pay Amount
Visits to Primary Care Provider	$5 per visit
Prescriptions (Limit: 4 per month)	$5 for generic and OTC 25% of allowed amount for brand name
Dental exams, cleanings, fillings, routine x-rays, tooth extractions	10% of allowed amount
Immunizations	$5
Eye exam (one per year)*	$5
Laboratory services	5% of the allowed amount if over $50
X-rays	5% of the allowed amount if over $100
Medical equipment and supplies	10% for covered services over $50
Emergency room visits (Restrictions apply. Not all emergencies are covered. See PCN Member Guide.)	$30 per visit
Emergency transportation	$0
Birth Control	$5

This is only a summary of PCN services and co-pay amounts. Plan restrictions may apply. The maximum co-pays you will be required to pay (out-of-pocket) is no more than $1,000 per person/per year. (American Indians/Alaska Natives do not have a co-pay when getting services at Indian Health Services or tribal facilities.)

*Services that are not covered include prescription eyeglasses, contact lenses, MRI's, CT Scans, Dexa Scans, outpatient hospital services, specialty care, pregnancy related services, mental health services, occupational therapy, physical therapy, chiropractic services. See the PCN Member Guide for details.

PCN

Seguro de Salud para Adultos

Resumen de Co-Pagos

Tipo de Servicios*	Cantidad de Co-Pagos
Visita al proveedor medico	$5.00 por visita
Recetas médicas (Limite: cuatro por mes)	$5.00 para medicinas genericas 25% del monto disponible para medicinas de marca
Exámenes dentales, limpiezas, arreglos de caries, rayos-x de rutina, extracción de dientes	10% del monto disponible
Vacunas	$5.00
Un examen de vista al año*	$5.00
Servicios de laboratorio	5% del monto disponible si es mas de $50.00
Rayos-X	5% de co-pago de la cantidad permitida si es mayor de $100.00
Equipo médico y provisiones	10% para servicios cubiertos mayores que $50.00
Visitas a la Sala de Emergencias (No todas las emergencias están cubiertas. Lea la Guía del Miembro de PCN.)	$30.00 por visita
Transportación de emergencia	$0.00
Anticonceptivos	$5.00

Esto es solo un resumen. Restricciones en los planes pueden aplicar. El máximo de co-pagos que usted esta obligado a pagar ("out-of-pocket"– de su bolsillo) es máximo $1,000.00 por persona/por año.

*Los servicios que no están cubiertos incluyen prescripción de anteojos, lentes de contacto, Resonancia Magnética (MRI's), CT Scans (tomografia), Dexa Scans, servicios de hospital para pacientes externos, servicios de cuidados especiales, servicios relacionados con el embarazo, servicios de salud mental, terapia ocupacional, terapia física y servicios de Quiropráctico. Vea la Guía del Miembro de PCN para mayores detalles.