



# Resumen de Co-Pagos

Tipo de Servicios*	Cantidad de Co-Pagos
Visita al proveedor medico	\$3.00 por visita
Recetas médicas (Limite: cuatro por mes)	\$3.00 para medicinas genericas
Exámenes dentales, limpiezas, arreglos de caries, rayos-x de rutina, extracción de dientes	\$0.00
Vacunas	\$3.00
Un examen de vista al año*	Optometrista – ningún copago para el examen de la vista anual Oftalmólogo – copago de \$3.00 para el examen de la vista anual <b>(Lentes no son cubiertos)</b>
Servicios de laboratorio	\$0.00
Rayos-X	\$0.00
Equipo médico y provisiones	\$0.00
Visitas a la Sala de Emergencias (No todas las emergencias están cubiertas. Lea la Guía del Miembro de PCN.)	\$0.00 copago para una emergencia verdadera
Transportación de emergencia	\$0.00
Anticonceptivos	\$0.00

Esto es solo un resumen. Restricciones en los planes pueden aplicar. Los Indios Americanos y los nativos de Alaska no tienen ningún copago cuando reciben servicios en un centro de salud para Indios o instalaciones tribales.

\*Los servicios que no están cubiertos incluyen prescripción de anteojos, lentes de contacto, Resonancia Magnética (MRI's), CT Scans (tomografía), 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.