CHIP
Asegurando a los Niños de Utah

RESUMEN DE CO-PAGOS

Molina: 1-888-483-0760 • www.health.utah.gov/chip • **SelectHealth: 1-800-538-5038**

BENEFICIOS (por año)	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**
Cuota/tarifa	$30 por familia/cada tres meses	$75 por familia/cada tres meses
Condición previamente existente	No período de espera	No período de espera
Deducible	$40 por familia	$500 por niño/$1,500 por familia
Exámenes para niños sanos	$0	$0
Vacunas	$0	$0
Visitas al doctor	$5	$25
Visitas al especialistas	$5	$40
Visitas a la sala de emergencia	$5; $10 no-emergencia	$300 después de deducible
Ambulancia	5% del monto total después de deducible	20% del monto total después de deducible
Centro de cuidado urgente	$5	$40
Servicio de cirugía ambulatorio y servicios a pacientes no internados	5% del monto total después de deducible	20% del monto total después de deducible
Servicios de internal pacientes de hospital	$150 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; 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% del monto total	20% del monto total después de deducible
Anestesista	5% del monto total	20% del monto total después de deducible
Recetas médicas **-Genéricos** **-De marca** **-No-PDL (lista preferida)**	 - $5 - 5% del monto total - 5% del monto total	 - $15 - 25% del monto total - 50% del monto total
Salud mental **-Centro medical internados y no internados** **-Visitas al doctor**	 - $150 después de deducible - $0	 - 20% del monto total después de deducible - $0
Tratamiento residencial	5% del monto total después de deducible (limite por año de 25 días)	20% del monto total después de deducible (limite por año de 25 días)
Terapia física	$5 (limite por año de 20 visitas)	$40 despues de deducible (limite por año de 20 visitas)
Servicios de quiropráctica	No están cubiertos	No están cubiertos
Cuidado a domicilio y hospicio	5% del monto total después de deducible	20% del monto total después de deducible
Equipo medico y provisiones	5% del monto total después de deducible	20% del monto total después de deducible
Educación de diabetes	$0	$0
Examen visual	$5 (limite por año de 1 visita)	$25 (limite por año de 1 visita)
Examen auditivo	$5 (limite por año de 1 visita)	$25 (limite por año de 1 visita)

* 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.

CHIP
Asegurando a los Niños de Utah

RESUMEN DE CO-PAGOS

Premier Access: 1-877-854-4242 • **www.health.utah.gov/chip** • **DentaQuest: 1-800-483-0031**

BENEFICIOS Continuación (por año)	CO-PAGOS DE PLAN B*	CO-PAGOS DE PLAN C*
DEDUCIBLE	$0	$50 por niño/$150 por familia
BENEFICIOS PRINCIPALES **-Preventivos, Servicios Básicos y Principales al año, por niño**	$1,000 anual, por cada año	$1,000 anual, por cada año
SERVICIOS PREVENTIVOS **- Exámenes de rutina y limpieza (2 por año)** **- Rayos-x**	$0	$0
SERVICIOS BASICOS **- Amalgama** **- Extracciones** **- Cirugia Oral** **- Endodoncias** **- Periodoncias**	5% del monto total	20% del monto total después de deducible
SERVICIOS PRINCIPALES **- Coronas** **- Dentadura postiza** **- Puente**	5% del monto total	50% del monto total después de deducible
ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA **- Requiere la autorización previa** **- Cubierto sólo si son médicamente necesarios**	5% del monto total ($1,000.00 por vida máxima **)	50% del monto total ($1,000.00 por vida máxima **)
ESPECIALISTAS **- Endodontistas** **- Cirujanos Ortodontistas** **- Periodontistas** **- Odontopediátricos** **- Prosthodontist**	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.