CHIP
Children's Health Insurance Program

RESUMEN DE CO-PAGOS

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

BENEFICIOS (por año del plan)	CO-PAGOS DE PLAN B*	CO-PAGOS DE PLAN C*
MÁXIMO DE BOLSILLO	5% del ingreso bruto anual de la familia, incluidos los gastos dentales**	5% del ingreso bruto anual de la familia, incluidos los gastos dentales**
PRIMA	$30/por familia/cada tres meses	$75/por familia/cada tres meses
CONDICIÓN PREVIAMENTE EXISTENTE	No periodo de espera	No periodo 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 ESPECIALISTA	$5	$40
VISITAS A LA SALA DE EMERGENCIA	$5; $10 no emergencia	$300 después de deducible
AMBULANCIA	5% de la cantidad aprobada después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
CENTRO DE CUIDADO URGENTE	$5	$40
SERVICIOS DE HOSPITAL EXTERNOS Y CIRUGÍA ABULATORIA	5% de la cantidad aprobada después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
SERVICIOS DE HOSPITAL INTERNOS	$150 después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
RAYOS-X & LABORATORIO	$0 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 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% de la cantidad total aprobada	20% de la cantidad aprobada después del deducible
ANESTESISTA	5% de la cantidad total aprobada	20% de la cantidad aprobada después del deducible
PRESCRIPCIONES **-Medicamentos Genéricos Preferidos** **-Medicamentos de Marca Preferidos** **-Medicamentos No Preferidos**	 - $5 - 5% de la cantidad total aprobada - 5% de la cantidad total aprobada	 - $15 - 25% de la cantidad total aprobada - 50% de la cantidad total aprobada
SALUD MENTAL **-Paciente Interno** **- Visita de Paciente Externo Y Visita de Consultorio**	 - $150 después del deducible - $0	 - 20% de la cantidad aprobada después del deducible - $0
TRATAMIENTO RESIDENCIAL	5% de la cantidad aprobada después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
TERAPIA FÍSICA	$5 (Límite de 20 visitas por año)	$40 después del deducible (Límite de 20 visitas por año)
ANÁLISIS DE COMPORTAMIENTO APLICADO (ABA) PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	No es un beneficio cubierto	No es un beneficio cubierto
VISITAS QUIROPRÁCTICAS	No es un beneficio cubierto	No es un beneficio cubierto
SALUD EN EL HOGAR Y CUIDADO DE HOSPICIO	5% de la cantidad aprobada después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
EQUIPOS MÉDICOS Y MATERIALES MÉDICOS	5% de la cantidad aprobada después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
EDUCACIÓN DE DIABETES	$0	$0
EXAMEN VISUAL	$5 (Límite de 1 visita por año)	$25 (Límite de 1 visita por año)
EXAMEN AUDITIVO	$5 (Límite de 1 visita por año)	$25 (Límite de 1 visita por año)

* 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 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
Children's Health Insurance Program

RESUMEN DE CO-PAGOS

Premier Access: 1-877-854-4242 www.health.utah.gov/chip

BENEFICIOS DE DENTAL (por año del plan)	CO-PAGOS DE PLAN B*	CO-PAGOS DE PLAN C*
DEDUCIBLE	$0	$50 por niño; $150 por familia
BENEFICIOS PRINCIPALES **- Preventivos, Servicios Básicos y Mayores** **servicios por niño por año**	$1,000 anual, por año	$1,000 anual, por cada año
SERVICIOS PREVENTIVOS **- Exámenes de rutina** **- Limpieza (2 por año)** **- Fluoruro** **- Rayos-X**	$0	$0
SERVICIOS BASICOS **- Rellenos** **- Extracciones** **- Cirugía Oral** **- Endodoncias** **- Periodoncias**	5% de la cantidad aprobada	20% de la cantidad aprobada después del deducible
SERVICIOS MAYORES **- Coronas** **- Puentes** **- Dentaduras**	5% de la cantidad aprobada	50% de la cantidad aprobada después del deducible
ORTODONCIA **- Requiere autorización previa** **- Cubierto solo si son medicamente necesarios**	5% de la cantidad aprobada ($1,000 máximo por vida**) Requiere autorización previa	50% de la cantidad aprobada ($1,000 máximo por vida**) Requiere autorización previa
ESPECIALISTAS **- Endodoncistas** **- Cirujanos Orales** **- Periodoncitas** **- Especialistas Pediátricos** **- Prostodoncistas**	5% de la cantidad aprobada	Hable con su plan dental para obtener un estimado de los cargos 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 o deducible.

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