



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	25% 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
Anestesiista	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 20 días)	20% del monto total después de deducible (limite por año de 20 días)
Terapia física	\$5 (limite por año de 20 visitas)	\$40 después 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.



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 - Cirugía 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.