



RESUMEN DE COPAGO

Molina: 1-888-483-0760

www.health.utah.gov/chip

SelectHealth: 1-800-538-5038

| BENEFICIOS (por año del plan) | PLAN DE COPAGO B * | PLAN DE COPAGO C * |
|---|--|---|
| MAXIMO 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/trimestre | \$75/ por familia/trimestre |
| CONDICION PREVIAMENTE EXISTENTE | No periodo de espera | No periodo de espera |
| DEDUCIBLE | \$40 por familia | \$500/por niño; \$1,500/por familia |
| EXAMENES DE BIENESTAR | \$0 | \$0 |
| VACUNAS | \$0 | \$0 |
| VISITAS AL DOCTOR | \$5 | \$25 |
| VISITAS AL ESPECIALISTAS | \$5 | \$40 |
| SALA DE EMERGENCIA | \$5; \$10 no emergencia | \$300 después del 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 CIRUGIA AMBULATORIA | 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 |
| LABORATORIO Y RAYOS-X | \$0 por las pruebas menores de diagnóstico y rayos-x; 5% del total después del deducible para las pruebas mayores de diagnóstico y rayos-x | \$0 por las pruebas menores de diagnóstico y rayos-x; 20% del total después del deducible para las pruebas mayores de diagnóstico y rayos-x |
| CIRUJANO | 5% de la cantidad aprobada | 20% de la cantidad aprobada después del deducible |
| ANESTESIOLOGO | 5% de la cantidad aprobada | 20% de la cantidad aprobada después del deducible |
| RECETAS -Medicamentos genericos preferidos -Medicamentos de marca preferidos -Medicamentos no preferidos | - \$5 - 5% de la cantidad aprobada - 5% de la cantidad aprobada | - \$15 - 25% de la cantidad aprobada - 50% de la cantidad aprobada |
| SALUD MENTAL Y DESORDEN DE USO DE SUSTANCIAS -Centro para pacientes hospitalizados -Externos visita de oficina (consultorio) y centro de urgencias | - \$150 después del deducible - \$0 | - 20% de la cantidad aprobada después del deducible - \$0 |
| TRATAMIENTO RESIDENCIAL | \$0 | \$0 |
| TERAPIA FISICA | \$5 (Limite de 20 visitas por año) | \$40 después del deducible (Limite de 20 visitas por año) |
| ANALISIS DE COMPORTAMIENTO APLICADO (ABA) -Para el tratamiento del trastorno del espectro autista | \$0 | \$0 |
| VISITAS AL QUIROPRACTICO | No es un beneficio cubierto | No es un beneficio cubierto |
| CUIDADO EN EL HOGAR Y CUIDADO DE HOSPICIO | 5% de la cantidad aprobada después del deducible | 20% de la cantidad aprobada después del deducible |
| EQUIPOS MEDICOS Y MATERIALES | 5% de la cantidad aprobada después del deducible | 20% de la cantidad aprobada después del deducible |
| EDUCACION DE DIABETES | \$0 | \$0 |
| EXAMEN DE LA VISTA | \$5 (Limite de 1 visita por año) | \$25 (Limite de 1 visita por año) |
| EXAMEN DE AUDICION | \$5 (Limite de 1 visita por año) | \$25 (Limite de 1 visita por año) |

* Los planes de copago se basan en sus ingresos. A los indígenas estadounidenses / nativos de Alaska no se les cobrarán copagos, primas ni deducibles.

** CHIP le enviará una carta de aprobación informándole la cantidad máxima aproximada de su costo de bolsillo personal para su familia.



RESUMEN DE COPAGO

Premier Access: 1-877-854-4242

www.health.utah.gov/chip

| BENEFICIOS DENTALES (por año del plan) | PLAN DE COPAGO B * | PLAN DE COPAGO C * |
|---|---|--|
| DEDUCIBLE | \$0 | \$50/por niño ; \$150/ por familia |
| BENEFICIO MAXIMO - Preventivo, Servicios Básico y Mayores por niño, por año | \$1,000 por año del plan | \$1,000 por año del plan |
| SERVICIOS PREVENTIVOS - Exámenes de rutina - Limpiezas (2 por año) - Flúoruro tópico - Rayos X | \$0 | \$0 |
| SERVICIOS BASICOS - Rellenos - Extracciones - Cirugía Oral - Endodoncia - Periodoncia | 5% de la cantidad aprobada | 20% de la cantidad aprobada después del deducible |
| SERVICIOS MAYORES - Coronas - Puentes - Dentaduras Postizas | 5% de la cantidad aprobada | 50% de la cantidad aprobada después del deducible |
| ORTODONCIA - Requiere autorización previa - Cubierto solo si es médicamente necesario | 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 - Endodncistas - Cirujanos orales - Periodoncitas - Especialistas en Pediatría - Prostodncistas | 5% de la cantidad aprobada | Hable con su plan dental para obtener un estimado de cargos adicionales |

* Los planes de copago se basan en sus ingresos. A los indígenas estadounidenses / nativos de Alaska no se les cobrarán copagos, primas ni deducibles.

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