DHHS CHIP: Efectivo 7/1/2025

El programa de seguro médico para niños (CHIP)
resumen de copago médico

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah

Molina: 1-888-483-0760 Select Health: 1-800-538-5038 Healthy U: 1-833-404-4300

Beneficios médicos (por año del plan)	**Plan de copago B*** (responsabilidad del miembro)	**Plan de copago C*** (responsabilidad del miembro)
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 **
Deducible	$70 por familia	$575/por niño; $1,600/por familia
Exámenes de bienestar	$0	$0
Vacunas	$0	$0
Visitas al doctor	$5	$25
Visitas al especialista	$5	$40
Sala de emergencia	$10	20% after deducible; mínimo $150 por visita
Ambulancia	5% de la cantidad aprobada después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
Centro de urgencias	$5	$40
Servicios de hospital externos y cirugía 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
Anestesiólogo	5% de la cantidad aprobada	20% de la cantidad aprobada después del deducible
Recetas **-medicamentos genéricos 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 física	$5 (Limite 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**	$0	$0
Visitas al quiropráctico	No es un beneficio cubierto	No es un beneficio cubierto
Atención médica 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	10% de la cantidad aprobada después del deducible	25% de la cantidad aprobada después del deducible
Educación de diabetes	$0	$0
Examen de la vista	$5 (Limite de 1 visita por año)	$25 (Limite de 1 visita por año)
Examen de audición	$5 (Limite de 1 visita por año)	$25 (Limite de 1 visita por año)

*. A los indígenas estadounidenses / nativos de Alaska no se les cobrarán copagos ni deducibles.

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

El programa de seguro médico para niños (CHIP)
resumen de copago dental

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah

Premier Access: 1-877-854-4242

Beneficios dentales (por año del plan)	**Plan de copago B*** (responsabilidad del miembro)	**Plan de copago C*** (responsabilidad del miembro)
Deducible	$0	$50/por niño; $150/ por familia
Servicios preventivos **- exámenes de rutina** **- limpiezas (2 por año)** **- fluoruro tópico** **- rayos x**	$0	$0
Servicios básicos **- 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 una vez por vida** **- cubierto solo si es médicamente necesario**	5% de la cantidad aprobada Requiere autorización previa	50% de la cantidad aprobada Requiere autorización previa
Especialistas **- Endodoncistas** **- Cirujanos orales** **- Periodoncitas** **- Especialistas en Pediatría** **- Prostodoncistas**	5% de la cantidad aprobada	Hable con su plan dental para obtener un estimado de cargos adicionales

* A los indígenas estadounidenses / nativos de Alaska no se les cobrarán copagos ni deducibles.