



# RESUMEN DE CO-PAGOS

Molina: 1-888-483-0760

• [www.health.utah.gov/chip](http://www.health.utah.gov/chip)

• PEHP: 1-800-765-7347

BENEFICIOS (por año)	CO-PAGOS DE PLAN A*	CO-PAGOS DE PLAN B*	CO-PAGOS DE PLAN C*
<b>Máximo de su bolsillo</b>	5% del salario bruto anual, incluyendo servicios dentales**	5% del salario bruto anual, incluyendo servicios dentales**	5% del salario bruto anual, incluyendo servicios dentales**
<b>Cuota/tarifa</b>	\$0.00	\$30.00 por familia/cada tres meses	\$75.00 por familia/cada tres meses
<b>Condición previamente existente</b>	No período de espera	No período de espera	No período de espera
<b>BENEFICIOS DE MÉDICOS</b>			
<b>Deducible</b>	\$0.00	\$40.00 por familia	\$500.00 por niño/\$1,500.00 por
<b>Exámenes para niños sanos</b>	\$0.00	\$0.00	\$0.00
<b>Vacunas</b>	\$0.00	\$0.00	\$0.00
<b>Visitas al doctor</b>	\$3.00	\$5.00	\$20.00
<b>Visitas al especialistas</b>	\$3.00	\$5.00	\$30.00
<b>Visitas a la sala de emergencia</b>	\$3.00	\$5.00 \$10.00 no-emergencia	\$100.00 \$200.00 hospital no participante
<b>Ambulancia</b>	5% del monto total	5% del monto total después de deducible	20% del monto total después de deducible
<b>Centro de cuidado urgente</b>	\$3.00	\$5.00	\$30.00
<b>Servicio de cirugía ambulatorio y servicios a pacientes no internados</b>	\$3.00	5% del monto total después de deducible	20% del monto total después de deducible
<b>Servicios de Internal Pacientes de Hospital</b>	\$50.00	\$150.00 después de deducible	20% del monto total después de deducible
<b>Servicios de Rayos-x y laboratorio</b>	\$0.00 por servicios menos de \$350.00; \$3.00 por servicios más de \$350.00	\$0.00 por servicios menos de \$350.00; 5% del monto total después de deducible por servicios más de \$350.00	\$0.00 por servicios menos de \$350.00; 20% del monto total después de deducible por servicios más de \$350.00
<b>Cirujano</b>	\$0.00	5% del monto total	20% del monto total
<b>Anestesiista</b>	\$0.00	5% del monto total	20% del monto total
<b>Recetas médicas</b> - Genéricos - De marca - No-PDL	GENÉRICOS- \$1.00 (menos de \$50.00); \$3.00 (más de \$50.00) DE MARCA- \$1.00 (menos de \$50.00); \$3.00 (más de \$50.00) NO-PDL- 5% del monto total	GENÉRICOS- \$5.00 DE MARCA- 5% del monto total NO-PDL- 5% del monto total	GENÉRICOS- \$15.00 DE MARCA- 25% del monto total NO-PDL- 50% del monto total
<b>Salud mental</b> - Pacientes internados - Pacientes no internados	- \$50.00 - \$3.00	- \$150.00 después de deducible - \$5.00	- 20% del monto total después de deducible - \$30.00
<b>Terapia física</b>	\$3.00 (20 visitas limite por año)	\$5.00 (20 visitas limite por año)	\$20.00 (20 visitas limite por año)
<b>Servicios de quiropráctica</b>	No están cubiertos	No están cubiertos	No están cubiertos
<b>Cuidado a domicilio y hospicio</b>	\$3.00	5% del monto total después de deducible	20% del monto total después de deducible
<b>Equipo medico y provisiones</b>	\$3.00	5% del monto total después de deducible	20% del monto total después de deducible
<b>Educación de diabetes</b>	\$0.00	\$0.00	\$0.00
<b>Examen visual</b>	\$3.00 (1 visita limite por año)	\$5.00 (1 visita limite por año)	\$20.00 (1 visita limite por año)
<b>Examen auditivo</b>	\$3.00 (1 visita limite por año)	\$5.00 (1 visita limite por año)	\$20.00 (1 visita limite 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/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

Molina: 1-888-483-0760

• [www.health.utah.gov/chip](http://www.health.utah.gov/chip)

• PEHP: 1-800-765-7347

BENEFICIOS Continuación (por año)	CO-PAGOS DE PLAN A*	CO-PAGOS DE PLAN B*	CO-PAGOS DE PLAN C*
<b>BENEFICIOS DENTALES</b>			
Deducible	\$0.00	\$0.00	\$50.00 por niño/\$150.00 por familia
<b>BENEFICIOS PRINCIPALES</b> - Preventivos, Servicios Básicos y Principales al año, por niño	\$1,000.00 anual, por cada año	\$1,000.00 anual, por cada año	\$1,000.00 anual, por cada año
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b> - Exámenes de rutina y limpieza (2 por año) - Rayos-x - Sostenedores de espacios (hasta 13 años de edad)	\$0.00	\$0.00	\$0.00
<b>SERVICIOS BASICOS</b> - Amalgama - Extracciones - Cirugía Oral - Endodoncias - Periodoncias - Coronas de acero inoxidable (Menores y Muelas del juicio)	\$0.00	5% del monto total	20% del monto total después de deducible
<b>SERVICIOS PRINCIPALES</b> - Corona de porcelana (Dientes frontales/adulto)	5% del monto total	5% del monto total	50% del monto total después de deducible
<b>ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA</b>	No están cubiertos	No están cubiertos	No están cubiertos
<b>ESPECIALISTAS</b> - Endodontistas - Cirujanos Ortodontistas - Periodontistas - Odontopediátricos	\$0.00	5% del monto total	20% del monto total después de deducible

\* 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.