

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

Molina: 1-888-483-0760

Select Health: 1-800-538-5038

Healthy U: 1-833-404-4300

<b>Beneficios médicos (por año del plan)</b>	<b>Plan de copago B* (responsabilidad del miembro)</b>	<b>Plan de copago C* (responsabilidad del miembro)</b>
<b>Máximo de bolsillo</b>	5% del ingreso bruto anual de la familia incluidos los gastos dentales **	5% del ingreso bruto anual de la familia incluidos los gastos dentales **
<b>Deducible</b>	\$70 por familia	\$575/por niño; \$1,600/por familia
<b>Exámenes de bienestar</b>	\$0	\$0
<b>Vacunas</b>	\$0	\$0
<b>Visitas al doctor</b>	\$5	\$25
<b>Visitas al especialista</b>	\$5	\$40
<b>Sala de emergencia</b>	\$10	20% after deducible; mínimo \$150 por visita
<b>Ambulancia</b>	5% de la cantidad aprobada después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
<b>Centro de urgencias</b>	\$5	\$40
<b>Servicios de hospital externos y cirugía ambulatoria</b>	5% de la cantidad aprobada después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
<b>Servicios de hospital internos</b>	\$150 después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
<b>Laboratorio y rayos-x</b>	\$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
<b>Cirujano</b>	5% de la cantidad aprobada	20% de la cantidad aprobada después del deducible
<b>Anestesiólogo</b>	5% de la cantidad aprobada	20% de la cantidad aprobada después del deducible
<b>Recetas</b> -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
<b>Salud mental y desorden de uso de sustancias</b> -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
<b>Tratamiento residencial</b>	\$0	\$0
<b>Terapia física</b>	\$5 (Limite de 20 visitas por año)	\$40 después del deducible (Limite de 20 visitas por año)
<b>Análisis de comportamiento aplicado (ABA) -para el tratamiento del trastorno del espectro autista</b>	\$0	\$0
<b>Visitas al quiropráctico</b>	No es un beneficio cubierto	No es un beneficio cubierto
<b>Atención médica en el hogar y cuidado de hospicio</b>	5% de la cantidad aprobada después del deducible	20% de la cantidad aprobada después del deducible
<b>Equipos médicos y materiales</b>	10% de la cantidad aprobada después del deducible	25% de la cantidad aprobada después del deducible
<b>Educación de diabetes</b>	\$0	\$0
<b>Examen de la vista</b>	\$5 (Limite de 1 visita por año)	\$25 (Limite de 1 visita por año)
<b>Examen de audición</b>	\$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



Premier Access: 1-877-854-4242

<b>Beneficios dentales</b> (por año del plan)	<b>Plan de copago B*</b> (responsabilidad del miembro)	<b>Plan de copago C*</b> (responsabilidad del miembro)
<b>Deducible</b>	\$0	\$50/por niño; \$150/ por familia
<b>Beneficio máximo</b> - preventivo, servicios básicos y mayores por niño, por año	\$1,000 por año del plan	\$1,000 por año del plan
<b>Servicios preventivos</b> - exámenes de rutina - limpiezas (2 por año) - fluoruro tópico - rayos x	\$0	\$0
<b>Servicios básicos</b> - rellenos - extracciones - cirugía oral - endodoncia - periodoncia	5% de la cantidad aprobada	20% de la cantidad aprobada después del deducible
<b>Servicios mayores</b> - coronas - puentes - dentaduras postizas	5% de la cantidad aprobada	50% de la cantidad aprobada después del deducible
<b>Ortodoncia</b> - 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
<b>Especialistas</b> - 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.

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