

## II. PROGRAMA DE BENEFICIOS

<b>RESUMEN DE LOS BENEFICIOS</b>	<b>SU PARTE DE LOS GASTOS ELEGIBLES</b>	
	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Deducible por año calendario</b> Individual Familiar	\$150 \$450	\$150 \$450
<b>Coseguro después del deducible</b>	20 %	30 %
<b>Máximo de por vida</b> (Monto a pagar por individuo elegible, incluye todos los beneficios pagados por los gastos hospitalarios y médicos cubiertos)	Sin límite	
<b>Desembolso máximo</b> - Individual - Familiar	\$5,000 No está cubierto	\$5,000 No está cubierto
<b>Visitas al consultorio del médico</b> - "MyHealth Center" (centro de salud en el lugar de trabajo) - Médico de atención primaria - Especialista	Copago de \$10 Copago de \$10 Copago de \$20	Ninguno Coseguro del 30 %, después del deducible Coseguro del 30 %, después del deducible
<b>Beneficios de atención preventiva</b> (Un examen anual por año calendario que incluye análisis de sangre, análisis de orina, radiografía de tórax, electrocardiograma y mamografía en un centro dentro de la red)	Sin cargo	Coseguro del 30 %, después del deducible
<b>Hospital</b> Pensión completa diaria en el hospital, semiprivado y otros gastos permitidos	Sin cargo	Coseguro del 30 %, después del deducible
<b>Multa hospitalaria de certificación previa</b>	50 % de los beneficios hasta un máximo de \$5,000	

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS	SU PARTE DE LOS GASTOS ELEGIBLES	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b> - Quirúrgico	Sin cargo	Coseguro del 30 %, después del deducible
	- No quirúrgico	Coseguro del 30 %, después del deducible
<b>Ambulancia</b>	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
<b>Sala de emergencias</b> (Eximido en caso de admisión)	Copago de \$50	Copago de \$50 más 30 % de coseguro, después del deducible
<b>Salud mental y abuso de sustancias</b> - Paciente hospitalizado	Sin cargo	Coseguro del 30 %, después del deducible
	- Paciente ambulatorio • Consultorio	Copago de \$20
	• Hospital	Coseguro del 30 %, después del deducible
<b>Salud en el hogar</b>	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
<b>Atención de enfermería especializada</b>	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS	SU PARTE DE LOS GASTOS ELEGIBLES	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Equipo médico duradero</b> El alquiler total no debe superar el precio de compra.	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
<b>Terapia física, ocupacional y del habla</b>	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
<b>Beneficios quiroprácticos</b> (Máximo de hasta 12 visitas por año calendario)	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
<b>Para G3 Enterprise, División de cierre</b>  - <b>Audífonos</b> (Limitado a \$1,000 por año cada 3 años)	Sin cargo	Sin cargo

SERVICIOS DE LA VISIÓN	SU PARTE DE LOS GASTOS ELEGIBLES	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Beneficios a pagar durante un período cualquiera de dos (2) años con los siguientes máximos.		
<b>Para E&amp;J Gallo Modesto, Livingston, y Fresno</b>  Examen de la vista  Armazones/Lentes	Sin cargo  Cualquier excedente después de los \$100 por persona	Sin cargo  Cualquier excedente después de los \$100 por persona
<b>Para G3 Enterprises, División de cierre</b>  Examen de la vista  Armazones/Lentes	Sin cargo  Cualquier excedente después de los \$200 por persona	Sin cargo  Cualquier excedente después de los \$200 por persona

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	SU PARTE DE LOS GASTOS ELEGIBLES	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Suministro para 30 días al por menor</b>		
Genéricos	Copago de \$ 5	No está cubierto
De marca preferidos	Coseguro del 20 %	No está cubierto
De marca no preferidos	Coseguro del 20 %	No está cubierto
<b>Suministro para 90 días en órdenes por correo</b>		
Genéricos	Copago de \$10	No está cubierto
De marca preferidos	Coseguro del 20 %	No está cubierto
De marca no preferidos	Coseguro del 20 %	No está cubierto

### BENEFICIO POR MUERTE DEL EMPLEADO

Beneficio por muerte del empleado..... \$20,000

### BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO DEL EMPLEADO

Por pérdida de:

Vida ..... \$20,000  
 Ambas manos o ambos pies..... \$10,000  
 Visión completa de ambos ojos ..... \$10,000  
 Una mano y un pie..... \$10,000  
 Una mano o un pie y visión completa de un ojo..... \$10,000  
 Una mano o un pie..... \$5,000  
 Visión completa de un ojo..... \$5,000

El pago máximo por este beneficio por ocurrencia es de ..... \$10,000