

II. PROGRAMA DE BENEFICIOS

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS	SU PARTE DE LOS GASTOS ELEGIBLES	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible por año calendario		
Individual	\$250	\$250
Familiar	\$500	\$500
Coseguro después del deducible	20 %	30 %
Máximo de por vida (Monto a pagar por individuo elegible, incluye todos los beneficios pagados por los gastos hospitalarios y médicos cubiertos)	Sin límite	
Desembolso máximo	Ninguno	Ninguno
Visitas al consultorio del médico	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Beneficios de atención preventiva (Un examen anual por año calendario que incluye análisis de sangre, análisis de orina, radiografía de tórax, electrocardiograma y mamografía)	Sin cargo	Coseguro del 30 % después del deducible
Ambulancia	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Sala de emergencia (copago exonerado si hay admisión)	Copago adicional de \$50 Coseguro del 20 %	Copago adicional de \$50 Coseguro del 30 %
Beneficios hospitalarios Pensión completa diaria en el hospital, semiprivado y otros gastos permitidos	Sin cargo	Coseguro del 30 % después del deducible
Multa de precertificación hospitalaria	50 % de beneficios hasta un máximo de \$5,000	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios		
Quirúrgico	Sin cargo	Coseguro del 30 % después del deducible

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS	SU PARTE DE LOS GASTOS ELEGIBLES	
	Dentro de la red	Fuera de la red
No quirúrgico	Sin cargo	Coseguro del 30 % después del deducible
Gastos por enfermedades mentales y nerviosas		
Paciente hospitalizado	Sin cargo	Coseguro del 30 % después del deducible
Paciente ambulatorio	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Atención de salud en el hogar	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Atención de enfermería especializada	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Equipo médico duradero El alquiler total no debe superar el precio de compra.	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Terapia física, ocupacional y del habla	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Atención quiropráctica (Hasta 12 visitas por año calendario)	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Beneficios de la visión Beneficios a pagar durante un período cualquiera de dos (2) años con los siguientes máximos.		
Examen de la vista	Sin cargo	Sin cargo
Armazones/Lentes	Cualquier excedente después de los \$100 por persona	Cualquier excedente después de los \$100 por persona

PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA	SU PARTE DE LOS GASTOS ELEGIBLES	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Suministro para 30 días al por menor		
Medicamentos genéricos	Coseguro del 10 %	No está cubierto
Medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 20 %	No está cubierto
Medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 20 %	No está cubierto
Suministro para 90 días en órdenes por correo		
Medicamentos genéricos	Coseguro del 10 %	No está cubierto
Medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 20 %	No está cubierto
Medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 20 %	No está cubierto

BENEFICIO POR MUERTE DEL EMPLEADO

Beneficio por muerte del empleado..... \$5,000

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO DEL EMPLEADO

Por pérdida de:

Vida \$5,000
 Ambas manos o ambos pies..... \$5,000
 Visión completa de ambos ojos \$5,000
 Una mano y un pie..... \$5,000
 Una mano o un pie y visión completa de un ojo..... \$5,000
 Una mano o un pie..... \$2,500
 Visión completa de un ojo \$2,500

El pago máximo por este beneficio por ocurrencia es de \$5,000