

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	\$150	\$150
Familiar	\$450	\$450
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 (incluye deducibles y copagos)	\$5,000	\$5,000
Visitas al consultorio médico y otros servicios en consultorio		
-Médico de atención primaria	Copago de \$20	Coseguro del 30 %, después del deducible
-Especialista	Copago de \$20	Coseguro del 30 %, después del deducible
Beneficios de atención preventiva (Un examen anual por año calendario, lo que incluye análisis de sangre, mamografía, vacuna, entre otros)	Sin cargo	Coseguro del 30 %, después del deducible
Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Servicios de diagnóstico por imágenes (las tomografías computadas y las resonancias magnéticas requieren de autorización previa)	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Ambulancia	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 20 %, después del deducible
Sala de emergencias (Copago exonerado si hay admisión)	Copago de \$50	Copago de \$50
Atención urgente	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 20 %, después del deducible

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS	SU PARTE DE LOS GASTOS ELEGIBLES	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Multa de precertificación hospitalaria	50 % de los beneficios hasta un máximo de \$5,000	
Beneficios hospitalarios Pensión completa diaria en el hospital, semiprivado y otros gastos permitidos -Paciente hospitalizado -Paciente ambulatorio -Honorarios del médico y cirujano	Sin cargo	Coseguro del 30 %, después del deducible
	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Servicios hospitalarios ambulatorio -Centro de cirugía extrahospitalario -No quirúrgico -Honorarios del médico y cirujano	Sin cargo	Coseguro del 30 %, después del deducible
	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Trastorno mental y por abuso de sustancias -Paciente hospitalizado -Paciente ambulatorio - Oficina - Hospital	Sin cargo	Coseguro del 30 %, después del deducible
	Copago de \$20	Coseguro del 30 %, después del deducible
	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
Servicios de cuidados por maternidad -Prenatal y posnatal -Servicios hospitalarios -Parto	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
	Sin cargo	Coseguro del 30 %, después del deducible
	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Salud en el Hogar	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Hospicio	No está cubierto	No está cubierto
Establecimiento 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
Dispositivos protéticos externos -Pelucas, tupés o extensiones. (Máximo de 2 por diagnóstico o curso de tratamiento. No cubre el diagnóstico de alopecia androgénica en el patrón de calvicie masculina).	Coseguro del 20 %, después del deducible y cualquier monto superior a \$350 como máximo.	Coseguro del 30 %, después del deducible y cualquier monto superior a \$350 como máximo.
Terapia física, ocupacional y del habla	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Atención quiropráctica (máximo de hasta 12 visitas por año calendario)	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Servicios de visión Beneficios pagados durante un período de (2) años con los siguientes máximos. -Examen de la vista -Monturas / Lentes	Sin cargo	
	Máximo de \$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	Copago de \$5	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	Copago de \$20	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..... \$20,000

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO DEL EMPLEADO

Por pérdida de:

Vida	\$20,000
Ambas manos o ambos pies.....	\$20,000
Visión completa de ambos ojos	\$20,000
Una mano y un pie.....	\$20,000
Una mano o un pie y visión completa de un ojo.....	\$20,000
Una mano o un pie.....	\$10,000
Visión completa de un ojo.....	\$10,000
El pago máximo por este beneficio por ocurrencia es de	\$20,000