

## II. PROGRAMA DE BENEFICIOS

| RESUMEN DE LOS BENEFICIOS  | SU PARTE DE LOS GASTOS ELEGIBLES         |  |
|--|--|--|
|  | Dentro de la red                         | Fuera de la red                          |
| <b>Deducible por año calendario</b>  |  |  |
| Individual   | \$325                                    | \$975                                    |
| Familiar   | \$650                                    | \$1,950                                  |
| <b>Coseguro después del deducible</b>  | 20 %                                     | 30 %                                     |
| <b>Máximo de por vida</b><br>(Monto a pagar por individuo elegible, incluye todos los beneficios pagados por los gastos hospitalarios y médicos cubiertos) | Sin límite                               |  |
| <b>Desembolso máximo</b><br>(incluye deducibles y copagos)   |  |  |
| Individual   | \$3,250                                  | Ninguno                                  |
| Familiar   | \$6,500                                  | Ninguno                                  |
| <b>Visitas al consultorio médico y otros servicios en consultorio</b>  |  |  |
| Médico de atención primaria  | Copago de \$20                           | Coseguro del 30 %, después del deducible |
| Especialista   | Copago de \$20                           | Coseguro del 30 %, después del deducible |
| <b>Beneficios de atención preventiva</b><br>(Un examen anual por año calendario, lo que incluye análisis de sangre, mamografía, vacuna, entre otros)       | Sin cargo                                | Coseguro del 30 %, después del deducible |
| <b>Prueba de diagnóstico</b><br>(radiografías, análisis de sangre)   | Coseguro del 20 %, después del deducible | Coseguro del 30 %, después del deducible |
| <b>Servicios de diagnóstico por imágenes</b> (las tomografías computadas y las resonancias magnéticas requieren de autorización previa)                    | Coseguro del 20 %, después del deducible | Coseguro del 30 %, después del deducible |
| <b>Ambulancia</b>  | Coseguro del 20 %, después del deducible | Coseguro del 20 %, después del deducible |
| <b>Sala de emergencias</b><br>(Copago exonerado si hay admisión)   | Copago de \$50                           | Copago de \$50                           |
| <b>Atención urgente</b>  | 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                          |
| <b>Multa de precertificación hospitalaria</b>   | 50 % de los beneficios hasta un máximo de \$5,000 |  |
| <b>Beneficios hospitalarios</b><br>Pensión completa diaria en el hospital, semiprivado y otros gastos permitidos<br><br>-Paciente hospitalizado<br><br>-Paciente ambulatorio<br><br>-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 |
| <b>Centro de cirugía extrahospitalario</b><br><br>-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 |
| <b>Trastorno mental y por abuso de sustancias</b><br><br>-Paciente hospitalizado<br><br>-Paciente ambulatorio   | Sin cargo   | Coseguro del 30 %, después del deducible |
|   | Copago de \$20                                    | Coseguro del 30 %, después del deducible |
| <b>Servicios de cuidados por maternidad</b><br><br>-Prenatal y posnatal<br><br>-Servicios hospitalarios<br><br>-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 |
| <b>Atención de salud en el hogar</b>  | Coseguro del 20 %, después del deducible          | Coseguro del 30 %, después del deducible |
| <b>Establecimiento de enfermería especializada</b>  | 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  |
| <b>Equipo médico duradero</b><br>(el alquiler total no debe superar el precio de compra)   | Coseguro del 20 %, después del deducible   | Coseguro del 30 %, después del deducible   |
| <b>Dispositivos protéticos externos</b><br>-Pelucas, tupés o extensiones.<br>(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. |
| <b>Terapia física, ocupacional y del habla</b>   | Coseguro del 20 %, después del deducible   | Coseguro del 30 %, después del deducible   |
| <b>Atención quiropráctica</b><br>(máximo de hasta 12 visitas por año calendario)   | Coseguro del 20 %, después del deducible   | Coseguro del 30 %, después del deducible   |
| <b>Audífonos</b>   | \$1,000 por oído cada 3 años   |  |

### **Beneficios dentales**

Provistos por Delta Dental: Llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-452-9310 y 1-800-335-8265 para Prestadores en su zona

También puede obtener información en el sitio web [www.deltadentalnj.com](http://www.deltadentalnj.com)

### **Beneficios de la visión**

Provistos por VSP: Llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-877-7195

También puede obtener información en el sitio web [www.vsp.com](http://www.vsp.com).

| PLAN 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>          |   |                  |
| Medicamentos genéricos                               | Copago de \$5                               | No está cubierto |
| Medicamentos de marca preferidos                     | Copago de \$25                              | No está cubierto |
| Medicamentos de marca no preferidos                  | Coseguro del 20 %                           | No está cubierto |
| Medicinas especializadas                             | Coseguro del 20 % hasta un máximo de \$150. | No está cubierto |
| <b>Suministro para 90 días en órdenes por correo</b> |   |                  |
| Medicamentos genéricos                               | Copago de \$20                              | No está cubierto |
| Medicamentos de marca preferidos                     | Copago de \$50                              | 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 |