

## 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	\$250	\$250
Familiar	\$500	\$500
<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 mediante la cobertura de los beneficios hospitalarios, médicos y de receta)	Sin límite	
<b>Desembolso máximo</b>		
Individual	\$6,850	\$13,700
Familiar	\$13,700	\$41,100
<b>Visitas al consultorio médico y otros gastos de consultorio elegibles</b>		
Médico primario	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Especialista (Incluye cardiólogo, psiquiatra, podólogo, entre otros)	Coseguro del 20 %, 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)	Sin cargo	Coseguro del 30 %, después del deducible
<b>Servicios de laboratorio</b>	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> (Exoneración de copago si hay admisión)	Copago adicional de \$50 Coseguro del 20 %	Copago adicional de \$50 Coseguro del 20 %

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS	SU PARTE DE LOS GASTOS ELEGIBLES	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Beneficios hospitalarios</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	
<b>Trastorno mental y por abuso de sustancias</b>  Paciente hospitalizado	Sin cargo	Coseguro del 30 %, después del deducible
Paciente ambulatorio	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>	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
<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>Dispositivos protéticos externos</b> -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.
<b>Terapia física, ocupacional y del habla</b>	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
<b>Atención quiropráctica</b> (Hasta 12 visitas por año calendario)	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible

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	Coseguro del 10 %, después del deducible	No está cubierto
Medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 20 %, después del deducible	No está cubierto
Medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 20 %, después del deducible	No está cubierto
<b>Suministro para 90 días en órdenes por correo</b>		
Medicamentos genéricos	Coseguro del 10 %, después del deducible	No está cubierto
Medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 20 %, después del deducible	No está cubierto
Medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 20 %, después del deducible	No está cubierto

### **Beneficios dentales**

Brindados por Delta Dental: llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-452-9310 y al 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**

Brindados 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).