


RESUMEN DE LOS BENEFICIOS LIMITADOS


BENEFICIOS MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA

El Plan médico de compensación fija paga una cantidad fija para un evento cubierto causado por accidentes y enfermedades. Si el evento cubierto cuesta más, usted pagará la diferencia. Si el evento cubierto cuesta menos, usted se queda con la diferencia.


Beneficios para servicios externos ¹		Beneficios para servicios internos	
Consultas del doctor	\$100 diarios	Atención estándar	\$700 diarios
Diagnóstico (laboratorio)	\$75 diarios	Máximo en la unidad de cuidados intensivos ³	\$800 diarios
Diagnóstico (rayos X)	\$200 diarios	Cirugía internado	\$3,500 diarios
Servicios de ambulancia	\$300 diarios	Anestesiología	\$700 diarios
Terapia física, del habla y ocupacional	\$50 diarios	Enfermeras especializadas ⁴	\$100 diarios
Beneficio de sala de emergencia - Por enfermedad	\$200 diarios	Primera admisión al hospital (1 por año)	\$250
Beneficio de sala de emergencia - Por accidente ²	\$750 diarios	Máximo anual para servicios internos ⁵	No hay límite
Cirugía en servicios externos	\$750 diarios	Recetas médicas (por reembolso) ^{6,7}	
Anestesiología	\$300 diarios	Máximo anual	\$600
Máximo anual para servicios externos	\$2,250	Por Día	\$30
Atención para el bienestar			
Atención para el bienestar (una vez al año)	\$100		


¹ los beneficios para servicios externos están sujetos al máximo por servicios externos ² cubre el tratamiento para los accidentes fuera del trabajo solamente ³ se paga además del beneficio para atención estándar ⁴ por centros especializados tras la hospitalización ⁵ Con sujeción a los límites internos del plan ⁶ no está sujetos al máximo por servicios externos ⁷ Para presentar un reclamo para el reembolso, guarde el recibo y envíelo a Planned Administrators, Inc.

BENEFICIOS DENTALES	Período de espera/Coseguro	Beneficio anual máximo	\$750	Deducible	\$50
 Cobertura A	Nada/ 100%	Exámenes, limpiezas, radiografías intrabucales y mordidas			
Cobertura B	3 meses/ 60%	Empastes, cirugía oral y reparaciones de coronas, puentes y dentaduras postizas			
Cobertura C	12 meses/ 50%	Periodoncia, coronas, puentes, endodoncia y dentaduras postizas			

BENEFICIO DE LA VISTA	En Red		Fuera de la Red	
 Examen de la vista para anteojos ¹ (incluyendo dilatación)	Tu pagas	El plan paga	Tu pagas	El plan paga
Opciones del Examen (ajuste de lentes de contacto estándar o premium)	\$10 Copago	100%	100%	\$35
Armazones ²	Hasta \$55 o 10% del precio de venta	\$0	100%	hasta \$40
Prueba de lentes de contacto estándar (visión regular, bifocales, o trifocales) ¹	\$0 Copago, 80%, después \$100 descuento	\$100, más el 20% de permanecer	100%	\$45
Opciones de Lentes	\$10 Copago	20% de descuento al por menor	100%	\$25-\$55
Lentes de contacto (Convencional) ¹	\$15 Copago	-	100%	\$0
Lentes Desechables ¹	\$0 Copago, 85% de los restantes	\$80, más el 15% de permanecer	100%	\$64
Lentes de contacto médicamente necesarios ¹	\$0 Copago	Subsidio de \$ 80	100%	\$0
	\$0 Copago	100%	\$0	\$200

¹ Cada 12 meses ² Cada 24 meses

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA			
 Para el empleado	\$10,000 (baja a \$7,500 a los 65 años y a \$5,000 a los 70 años)	Para los hijos (de 6 meses a 26 años)	\$5,000
Para la esposa/o	\$5,000 (termina a los 70 años)	Para bebés (de 15 días a 6 meses)	\$1,000
SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBROS (Es parte del beneficio del seguro de vida.)			
Para el empleado	\$20,000	Para los hijos (de 6 meses a 26 años)	\$5,000
Para la esposa/o	\$20,000	Para bebés (de 15 días a 6 meses)	\$2,500

BENEFICIO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO	
 Cantidad del beneficio	60% de la paga base hasta \$150 por semana
Período de espera/ Período máximo de los beneficios	7 días hasta 26 semanas

PRIMA SEMANAL PARA LOS BENEFICIOS LIMITADOS	Plan médico	Plan dental	Vista	Seguro de vida	STD
Solo empleado	\$19.96	\$6.17	\$2.42	\$0.60	\$4.20
Empleado + 1	\$40.51	\$12.34	\$4.92	\$0.90	-
Empleado + Familia	\$54.09	\$20.36	\$6.56	\$1.80	-