

## RESUMEN DE LOS BENEFICIOS LIMITADOS


## BENEFICIOS MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA


Para más detalles, vea el Resumen de descripción de su plan.

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 <sup>1</sup>		Beneficios para servicios internos	
Consultas del doctor	\$120 diarios	Atención estándar	\$700 diarios
Diagnóstico (laboratorio)	\$200 diarios	Máximo en la unidad de cuidados intensivos <sup>3</sup>	\$800 diarios
Diagnóstico (rayos X)	\$300 diarios	Cirugía internado	\$4,000 diarios
Servicios de ambulancia	\$300 diarios	Anestesia	\$800 diarios
Terapia física, del habla y ocupacional	\$75 diarios	Enfermeras especializadas <sup>4</sup>	\$100 diarios
Beneficio de sala de emergencia—Por enfermedad	\$200 diarios	Primera admisión al hospital (1 por año)	\$375
Beneficio de sala de emergencia—Por accidente <sup>2</sup>	\$1,000 diarios	Máximo anual para servicios internos <sup>5</sup>	No hay límite
Cirugía en servicios externos	\$1,000 diarios	<b>Recetas médicas (por reembolso)<sup>6,7</sup></b>	
Anestesia	\$400 diarios	Máximo anual	\$700
Máximo anual para servicios externos	\$2,300	Por Día	\$40
<b>Atención para el bienestar</b>			
Atención para el bienestar (una vez al año)	\$125		
<b>Servicio de descuento de Telemedicina (teléfono/video)</b> \$25 por consulta			

<sup>1</sup> los beneficios para servicios externos están sujetos al máximo por servicios externos <sup>2</sup> cubre el tratamiento para los accidentes fuera del trabajo solamente <sup>3</sup> se paga además del beneficio para atención estándar <sup>4</sup> por centros especializados tras la hospitalización <sup>5</sup> Con sujeción a los límites internos del plan <sup>6</sup> no está sujetos al máximo por servicios externos <sup>7</sup> 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, endodoncia, puentes, y dentaduras postizas			

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

<sup>1</sup> Cada 12 meses <sup>2</sup> Cada 24 meses

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO			
 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 por lesión o enfermedad/ hasta 26 semanas	

PRIMA PARA LA COMPENSACIÓN	Plan médico		Plan dental		Vista		Seguro de vida		STD	
	semanal	bisemanal	semanal	bisemanal	semanal	bisemanal	semanal	bisemanal	semanal	bisemanal
Solo empleado	\$19.96	\$39.92	\$6.17	\$12.34	\$2.42	\$4.84	\$0.60	\$1.20	\$4.20	\$8.40
Empleado + 1	\$40.51	\$81.02	\$12.34	\$24.68	\$4.92	\$9.84	\$0.90	\$1.80	-	-
Empleado + Familia	\$54.09	\$108.18	\$20.36	\$40.72	\$6.56	\$13.12	\$1.80	\$3.60	-	-