

## 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<br>(Virtual o En persona)             | \$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           |   |                 |

<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<br>\$10 Copago                  | El plan paga<br>100%            | Tu pagas <sup>3</sup><br>100% |
| Opciones del Examen (ajuste de lentes de contacto estándar o premium)  | Hasta \$55 o 10% del precio de venta     | \$0                             | hasta \$40                    |
| Armazones <sup>2</sup>   | \$0 Copago, 80%, después \$100 descuento | \$100, más el 20% de permanecer | \$45                          |
| Prueba de lentes de contacto estándar (visión regular, bifocales, o trifocales) <sup>1</sup>   | \$10 Copago                              | 20% de descuento al por menor   | \$25-\$55                     |
| Opciones de Lentes   | \$15 Copago                              | -                               | \$0                           |
| Lentes de contacto (Convencional) <sup>1</sup>   | \$0 Copago, 85% de los restantes         | \$80, más el 15% de permanecer  | \$64                          |
| Lentes Desechables <sup>1</sup>  | \$0 Copago                               | Subsidio de \$80                | \$0                           |
| Lentes de contacto médicamente necesarios <sup>1</sup>   | \$0 Copago                               | 100%                            | \$200                         |

<sup>1</sup> Cada 12 meses <sup>2</sup> Cada 24 meses <sup>3</sup> Después del pago del plan

## 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 | dos veces por mes | semanal     | bisemanal | dos veces por mes | semanal | bisemanal | dos veces por mes | semanal        | bisemanal | dos veces por mes | semanal | bisemanal | dos veces por mes |
| Solo empleado      | \$19.96     | \$39.92   | \$43.25           | \$6.17      | \$12.34   | \$13.37           | \$1.67  | \$3.33    | \$3.61            | \$0.60         | \$1.20    | \$1.30            | \$4.20  | \$8.40    | \$9.10            |
| Empleado + 1       | \$40.51     | \$81.02   | \$87.77           | \$12.34     | \$24.68   | \$26.74           | \$3.33  | \$6.66    | \$7.22            | \$0.90         | \$1.80    | \$1.95            | -       | -         | -                 |
| Empleado + Familia | \$54.09     | \$108.18  | \$117.20          | \$20.36     | \$40.72   | \$44.11           | \$5.28  | \$10.57   | \$11.45           | \$1.80         | \$3.60    | \$3.90            | -       | -         | -                 |