



# Resumen de beneficios y cobertura

Deducible MM \$3,500

Tarifas vigentes a partir del 1 de Enero de 2025 Beneficios dentro y fuera de la red de PPO

PHCS PPO, Cigna PPO o Anthem PPO

# Resumen de beneficios y cobertura



Deducible MM \$3,500

RED	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Pago de servicios</b>		
<b>Beneficio anual máximo</b>	ILIMITADO	
<b>Deducible</b> (La cantidad que la Persona Cubierta paga cada año de beneficio por los Servicios Cubiertos antes de que se pague el Coseguro). • Individual • Familia	\$3,500 \$7,000	\$7,000 \$14,000
<b>Coaseguro</b> (El monto porcentual que la Persona Cubierta debe pagar por la mayoría de los Servicios Cubiertos después de haber alcanzado el Deducible).	20%	50%
<b>Límite de desembolso personal</b> (incluye deducible, coseguro y copagos) • Individual • Familia	\$9,200 \$18,400	\$18,400 \$36,800
<b>Copagos: Tenga en cuenta que una vez alcanzado su deducible, seguirá siendo responsable de pagar los copagos por sus servicios médicos.</b>		
<b>Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pruebas anuales de laboratorio y rayos X</li> <li>Prueba de Papanicolaou/mamografía anual</li> <li>Exámenes de detección de cáncer</li> <li>Colonoscopias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suministro para diabéticos</li> <li>Vacunas</li> <li>Otras pruebas preventivas</li> <li>Precision Rx (Recetas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Telemedicina</li> <li>Atención de urgencia y visitas al consultorio</li> <li>Cuidado del bebé sano</li> <li>Visitas de bienestar</li> </ul>
<b>Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acupuntura</li> <li>Revisión dental infantil</li> <li>Gafas para niños</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de la vista para niños</li> <li>Diálisis</li> <li>Biorretroalimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de abuso de sustancias</li> <li>Servicios de trasplante de órganos</li> </ul>
<b>Los servicios pueden requerir preautorización. De no obtenerla, se denegarán los beneficios.</b>		
<b>Se requiere</b> precertificación para todos los ingresos hospitalarios, estudios de imagen (TC/PET/RM/ARM), atención domiciliaria, enfermería especializada, cuidados paliativos, equipo médico duradero (más de \$500), quimioterapia/radiación, estudios del sueño, prótesis/órtesis, terapias (quiropática, cardíaca, fisioterapia/terapia ocupacional/terapia de terapia) y cirugía ambulatoria. Consulte el documento del plan para obtener una lista completa de todos los servicios que requieren precertificación según su plan.		
Esta ilustración describe el plan de una manera fácil de entender y se presenta sólo como información general.		
El contenido no debe aceptarse ni interpretarse como un sustituto de las disposiciones del documento del plan o de la descripción resumida del plan, que contiene términos más exactos y disposiciones detalladas del plan, y no debe considerarse una póliza de seguro.		

# Resumen de beneficios y cobertura



Deducible MM \$3,500

OON = Fuera de la Red\*

RED	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Servicios cubiertos - Enfermedad o lesión</b>		
<b>Servicios de consultorio médico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médico de Atención Primaria</li> <li>Visita al consultorio de un especialista                             <ul style="list-style-type: none"> <li>No se necesita referencia</li> </ul> </li> <li>Visita de atención de urgencia</li> <li>Manipulación espinal quiropráctica                             <ul style="list-style-type: none"> <li>24 visitas por año del plan</li> </ul> </li> </ul>	Copago de \$25 Copago de \$40 Copago de \$60 Copago de \$30	Deducible OON y coaseguro
<b>Telemedicina</b> SOLO A TRAVÉS DE OURLIVEDOC Llame al: 940-LIVE-DOC (940-548-3362) para comenzar	\$0 de copago	No cubierto
<b>Emergencia (Se requiere precertificación dentro de las 48 horas posteriores al ingreso, si es admitido)</b>		
<b>Servicios de emergencia</b> Se requiere precertificación <ul style="list-style-type: none"> <li>Tenga en cuenta que en caso de una verdadera emergencia médica, se puede recurrir a cualquier proveedor.</li> <li>Servicios de ambulancia de emergencia                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulancia terrestre/aérea</li> </ul> </li> </ul>	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro
<b>Laboratorios</b>	Copago de \$25	Deducible OON y coaseguro
<b>rayos X</b>	Copago de \$100	Deducible OON y coaseguro
<b>Pruebas de diagnóstico/imágenes avanzadas</b> (Se requiere precertificación)	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (se requiere precertificación)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Infusiones/Inyecciones</li> <li>Servicios de instalaciones quirúrgicas para pacientes ambulatorios</li> <li>Quimioterapia y radioterapia ambulatoria (30 días por año calendario)</li> <li>Diálisis (limitada a diálisis temporal aguda)</li> </ul>	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro Deducible OON y coaseguro No cubierto No cubierto
<b>Servicios para pacientes hospitalizados (se requiere precertificación)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Centro de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</li> <li>Servicios quirúrgicos hospitalarios para pacientes internados, todos los honorarios</li> <li>Unidad de cuidados intensivos (30 días por año del plan)</li> <li>Centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados (30 días por año del plan)</li> </ul>	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro

# Resumen de beneficios y cobertura



Deducible MM \$3,500

OON = Fuera de la Red\*

RED	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Atención por abuso de alcohol y sustancias (se requiere precertificación)</b>		
<b>Abuso de alcohol y sustancias</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención hospitalaria (30 días por año del plan)</li> <li>Servicios ambulatorios (30 días por año del plan)</li> </ul>	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro
<b>Servicios preventivos - Haga clic <a href="#">aquí</a> para obtener una lista completa.</b>		
<b>Atención preventiva/detección/inmunización</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen físico anual para adultos</li> <li>Vacunas para adultos: vacuna contra la gripe, vacuna contra la neumonía, vacuna contra el tétanos y la difteria</li> <li>Mamografía</li> <li>Servicios ginecológicos</li> <li>Colonoscopia de rutina</li> <li>Cuidado del niño sano/Cuidado del recién nacido</li> </ul>	\$0 de copago \$0 deducible	Deducible OON y coaseguro
<b>Otros servicios cubiertos</b>		
<b>Terapias</b> 30 visitas por año del plan <ul style="list-style-type: none"> <li>Terapias físicas y ocupacionales</li> <li>Terapia del habla</li> <li>Terapia de rehabilitación cardíaca</li> </ul>	Copago de \$40	Deducible OON y coaseguro
<b>Embarazo/Maternidad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visita al consultorio prenatal/posnatal</li> <li>Alojamiento y comida</li> </ul>	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro
<b>Visitas de atención médica domiciliaria</b> (Se requiere precertificación) Límite de 60 visitas por año de beneficio	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro
<b>Cuidados paliativos</b> (Se requiere precertificación) Máximo de 30 días por año de beneficio <ul style="list-style-type: none"> <li>Residencial/Instalaciones</li> </ul>	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro
<b>Centro de enfermería especializada para pacientes hospitalizados</b> (Se requiere precertificación) Límite de visitas de 30 días por año de beneficio	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro
<b>Equipo médico duradero (EMD)</b> (Se requiere precertificación)	20% después del deducible	Deducible y coaseguro fuera de línea
<b>Trasplante de órganos</b> (Se requiere precertificación)	20% después del deducible	No cubierto
<b>Pruebas/inyecciones de alergia</b>	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro

# Resumen de beneficios y cobertura



Deducible MM \$3,500

OON = Fuera de la Red\*

RED		Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Medicamentos con receta</b>			
<b>Farmacias minoristas</b> <b>Copagos</b> <b>Suministro para 30 días en farmacias minoristas</b> <b>Se requiere pedido por correo para medicamentos de mantenimiento después del suministro inicial de 30 días</b>	<b>Genérico</b> Atención urgentemente necesaria Rx	Copago de \$10	Deducible OON y coaseguro
	<b>Genérico</b> Mantenimiento Rx	Copago de \$10	Deducible OON y coaseguro
	<b>Marca Preferia</b> <b>Nombre Drogas</b> Atención urgentemente necesaria Rx	Copago de \$90	Deducible OON y coaseguro
	<b>Marca Preferia</b> <b>Nombre Drogas</b> Mantenimiento Rx	Copago de \$90	Deducible OON y coaseguro
	<b>Medicamentos de marca no preferida</b> Atención urgentemente necesaria Rx	Copago de \$110	Deducible OON y coaseguro
	<b>Medicamentos de marca no preferida</b> Mantenimiento Rx	Copago de \$110	Deducible OON y coaseguro
	<b>Medicamentos especializados</b>	Asistencia al paciente planes disponibles	Asistencia al paciente planes disponibles
<b>Venta por correo o venta minorista</b> <b>Copagos de farmacias</b> <b>Suministro para 90 días</b>	<b>Genérico</b>	Copago de \$20	Deducible OON y coaseguro
	<b>Marca preferida</b> <b>Nombre Drogas</b>	Copago de \$180	Deducible OON y coaseguro
	<b>Medicamentos de marca no preferida</b>	Copago de \$220	Deducible OON y coaseguro
	<b>Medicamentos especializados</b>	Asistencia al paciente planes disponibles	Asistencia al paciente planes disponibles
<b>Aspectos destacados de los beneficios de RX</b>			
Compañía RX	ProAct		
Teléfono	1-877-635-9545		
Sitio web	<a href="https://secure.proactrx.com/">https://secure.proactrx.com/</a>		
Formulario de ventajas de farmacia	<a href="#">Formulario de ventajas de farmacia</a>		
Formulario de telesalud y pedidos por correo	<a href="#">Formulario de telesalud y pedidos por correo</a>		
Exclusiones de farmacia	<a href="#">Exclusiones de farmacia</a>		

# Resumen de beneficios y cobertura



Deducible MM \$3,500

PRIMAS POR TRAMO DE EDAD			
RED	PHCS	CIGNA	ANTHEM
<b>EDADES 18-29</b>			
Empleado	\$622.11	\$682.11	\$702.11
Empleado + Cónyuge	\$1,072.86	\$1,152.86	\$1,172.86
Empleado + Hijo(s)	\$991.03	\$1,071.03	\$1,091.03
Familia	\$1,531.17	\$1,631.17	\$1,651.17
<b>EDADES 30-44</b>			
Empleado	\$666.07	\$726.07	\$746.07
Empleado + Cónyuge	\$1,189.00	\$1,269.00	\$1,289.00
Empleado + Hijo(s)	\$1,089.00	\$1,169.00	\$1,189.00
Familia	\$1,627.00	\$1,727.00	\$1,747.00
<b>EDADES 45-54</b>			
Empleado	\$694.00	\$754.00	\$774.00
Empleado + Cónyuge	\$1,211.00	\$1,291.00	\$1,311.00
Empleado + Hijo(s)	\$1,119.00	\$1,199.00	\$1,219.00
Familia	\$1,689.00	\$1,789.00	\$1,809.00
<b>EDADES 55-64</b>			
Empleado	\$739.00	\$799.00	\$819.00
Empleado + Cónyuge	\$1,289.00	\$1,369.00	\$1,389.00
Empleado + Hijo(s)	\$1,191.00	\$1,271.00	\$1,291.00
Familia	\$1,824.00	\$1,924.00	\$1,944.00