

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 ¹		Beneficios para servicios internos	
Consultas del doctor (Virtual o En persona)	\$130 diarios	Atención estándar	\$700 diarios
Diagnóstico (laboratorio)	\$200 diarios	Máximo en la unidad de cuidados intensivos ³	\$800 diarios
Diagnóstico (rayos X)	\$300 diarios	Cirugía internado	\$4,000 diarios
Servicios de ambulancia	\$350 diarios	Anestesia	\$800 diarios
Terapia física, del habla y ocupacional	\$75 diarios	Enfermeras especializadas ⁴	\$100 diarios
Beneficio de sala de emergencia—Por enfermedad	\$375 diarios	Primera admisión al hospital (1 por año)	\$450
Beneficio de sala de emergencia—Por accidente ²	\$1,000 diarios	Máximo anual para servicios internos ⁵	No hay límite
Cirugía en servicios externos	\$1,000 diarios	Recetas médicas (por reembolso) ^{6, 7}	
Anestesia	\$400 diarios	Máximo anual	\$700
Máximo anual para servicios externos	\$2,500	Por Día	\$40
Atención para el bienestar			
Atención para el bienestar (una vez al año)	\$125		

Teladoc Health

Como inscrito en el plan médico de Compensación Fija, usted tiene la opción de obtener servicios de telesalud, atención primaria o salud mental a través de Teladoc Health. Consulte la descripción del plan de resumen para obtener más detalles.

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, endodoncia, puentes, y dentaduras postizas			

BENEFICIO DE LA VISTA

	En Red	Fuera de la Red
Examen de la vista para anteojos ¹ (incluyendo dilatación)	\$10 Copago	hasta \$35
Opciones del Examen (ajuste de lentes de contacto estándar o premium)	Hasta \$55 o 10% del precio de venta	hasta \$40
Armazones ²	\$0 Copago, \$100, más el 20% de permanecer	hasta \$45
Prueba de lentes de contacto estándar (visión regular, bifocales, o trifocales) ¹	\$10 Copago	hasta \$25-\$55
Prueba de lentes de contacto estándar (Lenticulares) ¹	20% de descuento al por menor	-
Otros complementos y servicios	20% de descuento al por menor	-
Opciones de Lentes (recubrimiento UV, tinte: sólido y degradado, Recubrimiento estándar resistente a rayones) ¹	\$15 Copago	-
Policarbonato estándar	\$40 Copago	-
Recubrimiento antirreflectante estándar	\$45 Copago	-
Recubrimiento antirreflectante de primera calidad	20% de los restantes	-
Progresivo estándar (complemento de bifocal)	\$75 Copago	hasta \$40
Progresiva de primera (complemento de bifocal)	\$75 Copago, \$120, 20% de los restantes	hasta \$40
Lentes de contacto (Convencional) ¹	\$0 Copago, \$80, más el 15% de permanecer	hasta \$64
Lentes Desechables ¹	\$0 Copago, \$80, más el 100% de permanecer	hasta \$64
Lentes de contacto médicamente necesarios ¹	\$0 Copago	hasta \$200

¹ Cada 12 meses ² Cada 24 meses ³ Después del pago del plan. ⁴ Reducción del Beneficio de Compensación. La Cantidad del Beneficio de Compensación del Asegurado que aparece arriba se reducirá en un 50% para todo beneficio pagable después de que el Asegurado cumpla 70 años de edad.

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 por lesión o enfermedad/ hasta 26 semanas

PRIMA PARA LA COMPENSACIÓN	Plan médico	Plan dental	Vista	Seguro de vida	STD
Solo empleado	\$19.96	\$6.17	\$1.67	\$0.60	\$4.20
Empleado + 1	\$40.51	\$12.34	\$3.33	\$0.90	-
Empleado + Familia	\$54.09	\$20.36	\$5.28	\$1.80	-

Las primas se deducirán automáticamente de su cheque de pago. Para los ciclos de nómina semanales, la cantidad se muestra arriba, mientras que para otros ciclos de nómina, la cantidad real deducida se calculará en función de la cantidad semanal anterior.