

# ENTÉRESE DE LOS BENEFICIOS PARA EMPLEADOS Y MIEMBROS DE SUS FAMILIAS CUBIERTOS

**TARIFA DE CONTRIBUCION DE \$4.15 - \$4.39 EFECTIVA DESDE 7/1/17**

	<b>I</b> Menos de 14 horas semanales	<b>II</b> 15 horas pero No mas de 24 horas semanales	<b>III</b> 25 horas per no mas de 34 hours semanales	<b>IV</b> 35 horas o mas semanales
Indemnización por fallecimiento del empleado	\$750.00	\$1,500.00	\$3,000.00	\$4,500.00
Desmembramiento accidental y discapacidad del empleado	\$750.00	\$1,500.00	\$3,000.00	\$4,500.00
Montó semanal por accidente o enfermedad del empleado	\$40.00	\$60.00	\$80.00	\$100.00
Montó mensual para el beneficiario del empleado fallecido. Empleados solteros tendrán \$1,000.00 adicionales en caso de fallecimiento.	\$100.00 x 3 meses	\$150.00 x 3 meses	\$200.00 x 3 meses	\$300.00 x 3 meses

♦ **MONTO SEMANAL POR BENEFICIOS EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD:** Los pagos son hechos directamente a los empleados cuando haya una discapacidad no relacionada a un accidente o enfermedad causada en o por su empleo. Los pagos comenzaran a partir del primer día en caso de accidente. En caso de enfermedad, al cuarto día, por un máximo de 6 semanas.

## CLASIFICACION DE BENEFICIOS MEDICOS PARA EL EMPLEADO Y MIEMBROS DE LA FAMILIA CUBIERTOS:

	<b>I</b> Menos de 14 horas semanales	<b>II</b> 15 horas pero menos de 24 horas semanales	<b>III</b> 25 horas pero no mas de 34 horas semanales	<b>IV</b> 35 horas o mas semanales
DEDUCIBLE ANUAL POR INDIVIDUO (ano calendario)	\$450	\$450	\$400	\$400
DEDUCIBLE ANUAL POR FAMILIA	\$900	\$900	\$800	\$800
EL FONDO PAGA -Médicos dentro de la red (PPO) después de cubrir el deducible anual	75%	75%	75%	75%
EL PARTICIPANTE PAGA – Medios dentro de la red (PPO)	25%	25%	25%	25%
EL FONDO PAGA (Médicos fuera de la red PPO) Después de cubrir el deducible anual	65%	65%	65%	65%
EL PARTICIPANTE PAGA - (Médicos fuera de la red PPO)	35%	35%	35%	35%
COSTO MAXIMO POR INDIVIDUO	\$5,000	\$5,000	\$3,500	\$3,500
COSTO MAXIMO POR FAMILIA	\$10,000	\$10,000	\$7,000	\$7,000
COSTO MAXIMO POR INDIVIDUO	\$2,550	\$2,550	\$2,550	\$2,550
COSTO MAXIMO POR FAMILIA	\$5,100	\$5,100	\$5,100	\$5,100
DEDUCIBLE INDIVIDUO POR MEDICAMENTOS	\$275	\$225	\$200	\$175
BENEFICIOS POR MEDICAMENTOS (sin deducible)	70%	70%	70%	70%
EL PARTICIPANTE PAGA	30%	30%	30%	30%
BENEFICIO DENTAL PARA EMPLEADOS	\$350	\$450	\$650	\$850
BENEFICIO DENTAL PARA DEPENDIENTE CUBIERTO	\$175	\$225	\$325	\$425
DEDUCIBLE DENTAL INDIVIDUAL	\$225	\$175	\$150	\$125
BENEFICIOS PARA LA VISION- SOLO EMPLEADOS (cada 24 meses)	\$100	\$150	\$200	\$250

Médico De Atención Primaria es: Doctor General, Especialista de Medicina Interna, Medico Familiar y Pediatra.

Los servicios recibidos fuera del consultorio médico están sujetos al Deducible Anual, entonces el seguro cubrirá un 75% dentro de la red y 65% fuera de la red. Con solo un familiar que cubra el Costo Máximo de Gastos del Propio Bolsillo, y los miembros de familia combinados deben llegar al segundo Costo Máximo del propio Bolsillo. El fondo cubrirá 100% de los gastos médicos, después de que se llegue al máximo de deducible anual por familia y el costo máximo por familia.

**MATERNIDAD:** Los beneficios son pagados de la misma manera que cualquier enfermedad y están disponibles tanto para empleadas como para esposas dependientes.

**BENEFICIOS DENTALES:** Participante paga el deducible. El fondo paga 70% de los cargos cubiertos del año calendario máximo. Cobertura para audífonos hasta \$2000.00 dentro de un periodo de 12 meses y están pagadas al 45% de los cargos hasta el máximo año calendario. Servicios de ortodoncia y suministros médicos son cubiertos.

**PERIODO DE ELIGIBILIDAD:** Empleados serán elegibles para los beneficios descritos anteriormente después de cumplir 30 días de empleo.