

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

## TARIFA DE CONTRIBUCIÓN DE \$3.90- \$4.14 EFECTIVA DESDE 1/1/18

	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>
	Menos de 14 horas semanales	15 horas pero No mas de 24 horas semanales	25 horas per no mas de 34 hours semanales	35 horas o mas semanales
Indemnización por fallecimiento del empleado	\$500.00	\$1,000.00	\$2,500.00	\$4,000.00
Desmembramiento accidental y discapacidad del empleado	\$500.00	\$1,000.00	\$2,500.00	\$4,000.00
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>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>
	Menos de 14 horas semanales	15 horas pero menos de 24 horas semanales	25 horas pero no mas de 34 horas semanales	35 horas o mas semanales
DEDUCIBLE ANUAL POR INDIVIDUO (año calendario)	\$750	\$750	\$700	\$700
DEDUCIBLE ANUAL POR FAMILIA	\$1,500	\$1,500	\$1,400	\$1,400
COPAGO DE LA SALA DE EMERGENCIA SERA DESCARTADO, si es <b>admitido al Hospital</b>	\$300	\$300	\$300	\$300
EL FONDO PAGA -Médicos dentro de la red (PPO) <b>después de cubrir el deducible anual</b>	70%	70%	70%	70%
EL PARTICIPANTE PAGA – Medios dentro de la red (PPO)	30%	30%	30%	30%
EL FONDO PAGA (Médicos fuera de la red PPO) <b>después de cubrir el deducible anual</b>	60%	60%	60%	60%
EL PARTICIPANTE PAGA - (Médicos fuera de la red PPO)	40%	40%	40%	40%
COSTO MAXIMO POR INDIVIDUO	\$4,800	\$4,800	\$4,800	\$4,800
COSTO MAXIMO POR FAMILIA	\$9,600	\$9,600	\$9,600	\$9,600
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	\$300	\$250	\$225	\$200
BENEFICIOS POR MEDICAMENTOS ( <b>sin deducible</b> )	70%	70%	70%	70%
EL PARTICIPANTE PAGA	30%	30%	30%	30%
BENEFICIO DENTAL PARA EMPLEADOS	\$250	\$300	\$500	\$700
BENEFICIO DENTAL PARA DEPENDIENTE CUBIERTO	\$125	\$150	\$250	\$350
DEDUCIBLE DENTAL INDIVIDUAL	\$250	\$200	\$175	\$150
BENEFICIOS PARA LA VISION- SOLO EMPLEADOS ( <b>cada 24 meses</b> )	\$50	\$100	\$150	\$200

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 70% dentro de la red y 60% 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.