

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

TARIFA DE CONTRIBUCION DE \$4.50 EN ADELANTE EFECTIVA DESDE 1/1/19

	I Menos de 14 horas semanales	II 15 horas pero No mas de 24 horas semanales	III 25 horas per no mas de 34 hours semanales	IV 35 horas o mas semanales
Indemnización por fallecimiento del empleado	\$1,000.00	\$2,000.00	\$3,500.00	\$5,000.00
Desmembramiento accidental y discapacidad del empleado	\$1,000.00	\$2,000.00	\$3,500.00	\$5,000.00
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 hayan 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:

	I Menos de 14 horas semanales	II 15 horas pero menos de 24 horas semanales	III 25 horas pero no mas de 34 horas semanales	IV 35 horas o mas semanales
DEDUCIBLE ANUAL POR INDIVIDUO (año calendario)	\$650	\$650	\$600	\$600
DEDUCIBLE ANUAL POR FAMILIA	\$1,300	\$1,300	\$1,200	\$1,200
COPAGO DE LA SALA DE EMERGENCIA SERA DESCARTADO, si es admitido al Hospital	\$300	\$300	\$300	\$300
EL PARTICIPANTE PAGA – Medios dentro de la red (PPO)	30%	30%	30%	30%
EL FONDO PAGA (Médicos dentro de la red PPO) después de cubrir el deducible anual	70%	70%	70%	70%
EL FONDO PAGA (Médicos fuera de la red PPO) d después de cubrir el deducible anual	60%	60%	60%	60%
EL PARTICIPANTE PAGA - (Médicos fuera de la red PPO)	40%	40%	40%	40%
COSTO MAXIMO POR INDIVIDUO	\$4,500	\$4,500	\$4,500	\$4,500
COSTO MAXIMO POR FAMILIA	\$9,000	\$9,000	\$9,000	\$9,000
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	\$250	\$200	\$175	\$150
BENEFICIOS POR MEDICAMENTOS (sin deducible)	70%	70%	70%	70%
EL PARTICIPANTE PAGA	30%	30%	30%	30%
BENEFICIO DENTAL PARA EMPLEADOS	\$400	\$600	\$800	\$1,000
BENEFICIO DENTAL PARA DEPENDIENTE CUBIERTO	\$200	\$300	\$400	\$500
DEDUCIBLE DENTAL INDIVIDUAL	\$200	\$150	\$125	\$100
BENEFICIOS PARA LA VISION- SOLO EMPLEADOS (cada 24 meses)	\$150	\$200	\$250	\$300

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 materiales no son cubiertos.

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