

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

TARIFA DE CONTRIBUCIÓN DE \$4.40- \$4.99 EFECTIVA DESDE 1/1/25

	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	N/A	\$1,000.00	\$2,500.00	\$4,000.00
Desmembramiento accidental y discapacidad del empleado	N/A	\$1,000.00	\$2,500.00	\$4,000.00
Montó semanal por accidente o enfermedad del empleado	N/A	\$60.00	\$80.00	\$100.00
Montó mensual para el beneficiario del empleado fallecido.	N/A	\$150.00 x 3 meses	\$200.00 x 3 meses	\$300.00 x 3 meses

Empleados solteros tendrán \$1,000.00 adicionales en caso de fallecimiento.

♦ **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:

	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)	\$700	\$700	\$650	\$650
DEDUCIBLE ANUAL POR FAMILIA	\$1,400	\$1,400	\$1,300	\$1,300
COPAGO DE LA SALA DE EMERGENCIA SERA DESCARTADO, si es admitido al Hospital	\$300	\$300	\$300	\$300
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	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
BENEFICIOS POR MEDICAMENTOS (sin deducible)	80%	80%	80%	80%
EL PARTICIPANTE PAGA	20%	20%	20%	20%
BENEFICIO DENTAL PARA EMPLEADOS	N/A	\$450	\$650	\$850
BENEFICIO DENTAL PARA DEPENDIENTE CUBIERTO	N/A	\$225	\$325	\$425
DEDUCIBLE DENTAL INDIVIDUAL	N/A	\$175	\$150	\$125
BENEFICIOS PARA LA VISION- SOLO EMPLEADOS	N/A	\$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 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.

CONTROL DE NACIMINETO PRESCRIPCIONES Y DISPOSITIVOS: 100% de cargos elegibles para empleadas como para esposas dependientes.

BENEFICIOS DENTALES: Participante paga el deducible. El fondo paga 80% de los cargos cubiertos del año calendario máximo.

Dispositivos Prostéticos y servicios tienen un periodo de espera de 12 meses y están pagadas al 50% de los cargos hasta el máximo año calendario. Servicios de ortodoncia y suministros médicos no son cubiertos.

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

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