

MÉDICOS	Core	HSA	Copay 1500	Copay 2500	Copay 3500
DEDUCIBLES					
Individual/Familiar	\$6,000/\$12,000	\$3,500/\$7,000	\$1,500/\$3,000	\$2,500/\$5,000	\$3,500/\$7,000
MÁX. DE GASTOS DE SU BOLSILLO					
Individual/Familiar	\$7,900/\$16,000	\$7,100/\$14,500	\$3,100/\$6,500	\$5,100/\$10,500	\$7,100/\$14,500
ATENCIÓN PREVENTIVA					
Chequeo anual	\$0 de gastos de bolsillo	\$0 de gastos de bolsillo	\$0 de gastos de bolsillo	\$0 de gastos de bolsillo	\$0 de gastos de bolsillo
Exámenes de detección	\$0 de gastos de bolsillo	\$0 de gastos de bolsillo	\$0 de gastos de bolsillo	\$0 de gastos de bolsillo	\$0 de gastos de bolsillo
ATENCIÓN DE RUTINA					
Atención primaria	40 % de coseguro	30 % de coseguro	\$50 de copago	\$50 de copago	\$50 de copago
Atención especializada	40 % de coseguro	30 % de coseguro	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
Análisis de laboratorio	40 % de coseguro	30 % de coseguro	\$20 de copago 15 análisis de laboratorio/año del plan	\$20 de copago 15 análisis de laboratorio/año del plan	\$20 de copago 15 análisis de laboratorio/año del plan
Radiografías	40 % de coseguro	30 % de coseguro	\$50 de copago 5 radiografías/año del plan	\$50 de copago 5 radiografías/año del plan	\$50 de copago 5 radiografías/año del plan
HOSPITAL					
Atención para pacientes internados	40 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro
Atención para pacientes ambulatorios	40 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro
MATERNIDAD					
Visitas al consultorio	40 % de coseguro	30 % de coseguro	\$50 de copago	\$50 de copago	\$50 de copago
Parto y nacimiento	40 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro
NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD					
Atención médica domiciliaria	40 % de coseguro 60 visitas/año del plan	30 % de coseguro 60 visitas/año del plan	30 % de coseguro 60 visitas/año del plan	30 % de coseguro 60 visitas/año del plan	30 % de coseguro 60 visitas/año del plan
Rehabilitación/Habilitación	40 % de coseguro 120 visitas/año del plan	30 % de coseguro 120 visitas/año del plan	30 % de coseguro 120 visitas/año del plan	30 % de coseguro 120 visitas/año del plan	30 % de coseguro 120 visitas/año del plan
Cuidados paliativos	40 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro
SERVICIOS DE SALUD MENTAL O POR CONSUMO DE DROGAS					
Atención para pacientes internados	40 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro
Atención para pacientes ambulatorios	40 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro
ATENCIÓN INMEDIATA					
Atención urgente	40 % de coseguro	30 % de coseguro	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
Atención de emergencia	40 % de coseguro	30 % de coseguro	\$500 de copago	\$500 de copago	\$500 de copago
Transporte de emergencia	40 % de coseguro	30 % de coseguro	\$500 de copago	\$500 de copago	\$500 de copago

RECETAS	Core	HSA	Copay 1500	Copay 2500	Copay 3500
DEDUCIBLES					
Individual/Familiar	\$1,000/\$2,000	\$1,000/\$2,000	\$1,000/\$2,000	\$1,000/\$2,000	\$1,000/\$2,000
MONTOS MÁXIMOS DE GASTOS DE BOLSILLO					
Individual/Familiar	\$1,200/\$2,100	\$1,200/\$2,100	\$1,200/\$2,100	\$1,200/\$2,100	\$1,200/\$2,100
NIVELES DE MEDICAMENTOS					
Nivel 1: Genérico	40 % de coseguro <i>No se aplica el deducible</i>	30 % de coseguro <i>Después del deducible</i>	\$10 de copago <i>No se aplica el deducible</i>	\$10 de copago <i>No se aplica el deducible</i>	\$10 de copago <i>No se aplica el deducible</i>
Nivel 2: Marca no preferida	40 % de coseguro <i>Después del deducible</i>	30 % de coseguro <i>Después del deducible</i>	\$50 de copago <i>No se aplica el deducible</i>	\$50 de copago <i>No se aplica el deducible</i>	\$50 de copago <i>No se aplica el deducible</i>
Nivel 3: Marca preferida	40 % de coseguro <i>Después del deducible</i>	30 % de coseguro <i>Después del deducible</i>	\$100 de copago <i>No se aplica el deducible</i>	\$100 de copago <i>No se aplica el deducible</i>	\$100 de copago <i>No se aplica el deducible</i>
Nivel 4: Especialidad	40 % de coseguro <i>Después del deducible</i> <i>Límite de \$500 por receta médica</i>	30 % de coseguro <i>Después del deducible</i> <i>Límite de \$500 por receta médica</i>	30 % de coseguro <i>Después del deducible</i> <i>Límite de \$500 por receta médica</i>	30 % de coseguro <i>Después del deducible</i> <i>Límite de \$500 por receta médica</i>	30 % de coseguro <i>Después del deducible</i> <i>Límite de \$500 por receta médica</i>
CARACTERÍSTICAS DE CARE+					
HSA		✓			
Copagos			✓	✓	✓
Valor mínimo conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA)	✓	✓	✓	✓	✓

*No todos los detalles del plan aparecen representados en esta tabla. Para obtener más información, consulte el documento "Resumen de beneficios y cobertura" del plan.

El paquete de planes de salud Care+ es su solución para estar en conformidad con la ACA y lograr la satisfacción de los empleados. Todos los planes Care+ incluyen atención preventiva cubierta al 100 % y cobertura de los diez beneficios de salud esenciales según lo establecido por la ACA.

REQUISITOS DE CARE+

GRUPOS DE MENOS DE 50 PERSONAS

Opciones del plan: **Care+**

Participación mínima: **5 o 75 %** (lo que sea mayor)

GRUPOS DE MÁS DE 50 PERSONAS

Opciones del plan: **Care+ y MEC**

Participación mínima: **95 %**

Póngase en contacto con nosotros para obtener más información sobre los requisitos.

