

# RESUMEN DE BENEFICIOS



## PREFERRED 80+1000

**BENEFICIO MÁXIMO DE POR VIDA** .....\$2,000,000

**DEDUCIBLE ANUAL** .....\$1,000 por persona / \$3,000 por familia

El deducible es el monto de gastos médicos cubiertos que paga el miembro cada año calendario antes de que comiencen los beneficios del plan. El deducible corresponde a todos los servicios y suministros excepto aquellos marcados con un asterisco (\*).

### LÍMITE DE GASTOS PERSONALES

Proveedores participantes.....\$3,000 por persona / \$6,000 por familia, por año calendario

Proveedores no participantes.....\$5,000 por persona, por año calendario

El límite de gastos personales médicos para proveedores participantes se acumula separadamente del límite de gastos personales médicos para proveedores no participantes. Una vez que se ha agotado el límite de gastos personales de un proveedor participante, este plan pagará 100% de los cargos cubiertos para proveedores participantes y los que no están disponibles en la red durante el resto del año calendario. Una vez que se ha agotado el límite de gastos personales de un proveedor no participante, este plan pagará 100% de los cargos cubiertos por todos los proveedores para el resto del año calendario. Los beneficios pagados totalmente, los deducibles y los cargos de proveedores no participantes que superen el honorario permitido de PacificSource no se acumularán al total del límite de gastos personales.

<b>SERVICIO:</b>	<b>BENEFICIO CON PROVEEDOR PARTICIPANTE/PROVEEDOR NO DISPONIBLE EN LA RED:</b>	<b>BENEFICIO CON PROVEEDOR NO PARTICIPANTE:</b>
<b>CUIDADO PREVENTIVO</b>		
Exámenes preventivos a bebés	80%	70%
Exámenes físicos de rutina	80%	70%
Exámenes ginecológicos de rutina	80%	70%
Vacunas	80%	70%
<b>SERVICIOS PROFESIONALES</b>		
Visitas al consultorio y al hogar	80%	70%
Visitas al Centro de Cuidados de Urgencia	80%	70%
Cirugía	80%	70%
<b>SERVICIOS HOSPITALARIOS</b>		
Alojamiento para pacientes hospitalizados	80%	60%
Cuidados de rehabilitación para pacientes hospitalizados	80%	60%
Cuidados de instalaciones de enfermería especializada	80%	60%
<b>SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
Cirugía ambulatoria	80%	60%
Radiología de diagnóstico y terapéutica y servicios de laboratorio	80%	70%
Tomografía computada e imágenes por resonancia magnética	80%	60%
• Ingreso a la sala de emergencia	80%	60%
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL/DEPENDENCIA QUÍMICA</b>		
Consultas	80%	70%
Cuidado para pacientes hospitalizados	80%	60%
Programas residenciales	80%	60%
<b>OTROS SERVICIOS CUBIERTOS</b>		
Terapia física	80%	70%
Inyecciones para alergias	80%	70%
Ambulancia terrestre	80%	80%
Ambulancia aérea	80%	80%
Equipo médico durable	80%	50%
Cuidado en el hogar	80%	50%

• **En verdaderas emergencias médicas, a los proveedores no participantes se les paga a nivel de los proveedores participantes.**

*El pago a los proveedores se basa en el honorario permitido, designado o contratado por PacificSource para los servicios cubiertos. Si bien los proveedores participantes aceptan el honorario permitido como pago total, los proveedores no participantes tal vez no lo acepten. Los servicios de proveedores no participantes podrían resultar en gastos personales además del porcentaje indicado. Se permitirá el pago a proveedores no disponibles en la red para un servicio o suministro específico cuando PacificSource no hubiese contratado proveedores dentro del área geográfica de la residencia o del trabajo del miembro. El pago a proveedores no disponibles en la red se basa en el cargo normal, acostumbrado y razonable dentro del área geográfica en la cual se incurre en el gasto. Para obtener más información, consulta la sección en la propuesta o en el manual de beneficios de los miembros. Para obtener más información, consulta la sección Pago a los Proveedores (Payment to Providers) en la propuesta o en el manual de beneficios de los miembros.*

**Éste es solamente un resumen de los beneficios. Sírvase consultar la información adicional provista para obtener una explicación detallada de los beneficios, incluyendo restricciones y exclusiones.**