

RESUMEN DE BENEFICIOS



**PRIME
1000+35**

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\$3,000 por persona/\$6,000 por familia

Una vez que se ha agotado el límite de gastos personales, se aumenta el pago a los proveedores participantes hasta 100% para el resto del año. A los proveedores no participantes se les sigue pagando con base en el porcentaje indicado a continuación. Los beneficios pagados completamente, los copagos y los cargos que superen aquellos permitidos para servicios de proveedores no participantes no se acumularán al total del límite de gastos personales.

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....Para poder participar en este plan, todos los miembros inscritos deben seleccionar un médico de atención primaria (*Primary Care Practitioner* o *PCP*) de la red de proveedores *Choice*. No se requieren referencias para tener acceso a los servicios de especialistas.

SERVICIO:	COPAGO:	BENEFICIO DESPUÉS DEL COPAGO CON PROVEEDOR PARTICIPANTE/ SERVICIO NO DISPONIBLE EN LA RED :	BENEFICIO DESPUÉS DEL COPAGO CON PROVEEDOR NO PARTICIPANTE:
CUIDADO PREVENTIVO			
* Exámenes preventivos a bebés	\$35 por consulta	100%	50%
* Exámenes físicos de rutina	\$35 por consulta	100%	50%
* Exámenes ginecológicos de rutina	\$35 por consulta	100%	50%
* Vacunas		100%	50%
SERVICIOS PROFESIONALES			
* Visitas al consultorio y al hogar	\$35 por consulta	100%	50%
* Visitas al Centro de Cuidados de Urgencia	\$35 por consulta	100%	50%
Cirugía		80%	50%
SERVICIOS HOSPITALARIOS			
Alojamiento para pacientes hospitalizados		80%	50%
Cuidados de rehabilitación para pacientes hospitalizados		80%	50%
Cuidados de instalaciones de enfermería especializada		80%	50%
SERVICIOS AMBULATORIOS			
Cirugía ambulatoria		80%	50%
* Radiología de diagnóstico y terapéutica y servicios de laboratorio		80%	50%
Tomografía computada e imágenes por resonancia magnética		80%	50%
• * Ingreso a la sala de emergencia	\$100 por consulta	80%	50%
SERVICIOS DE SALUD MENTAL/DEPENDENCIA QUÍMICA			
* Consultas	\$35 por consulta	100%	50%
Cuidado para pacientes hospitalizados		80%	50%
Programas residenciales		80%	50%
OTROS SERVICIOS CUBIERTOS			
Terapia física		80%	50%
* Inyecciones para alergias	\$5 por consulta	100%	50%
Ambulancia terrestre		80%	80%
Ambulancia aérea		50%	50%
Equipo médico durable		80%	50%
Cuidado de salud en el hogar		80%	50%
• En verdaderas emergencias médicas, a los proveedores no participantes se les paga a nivel de los proveedores participantes.			
* No está sujeto al deducible anual.			

El pago por servicios cubiertos y rendidos por proveedores es establecido con los precios contractados con PacificSource. Aunque proveedores participantes aceptan los precios contractados, proveedores no participantes no son obligados a aceptar estos precios. Servicios cubiertos y rendidos por proveedores no accesibles por el red sera permisible cuando PacificSource no ha contractado con proveedores para un servicio ó equipo en el area geographico del domicilio ó trabajo del miembro. El pago por servicios cubiertos y rendidos por proveedores no accesibles por el red es establecido por los precios usuales, costumarios, y resonables por el area geographico donde el servicio haya sido rendido. Para mas información, por favor refiere a la sección Payment to Providers que se encuentra en su libro de beneficios.

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