

Benefits SnapshotSM

2018

MÉDICO – COBERTURA MINÍMA ESENCIAL (800) 252-9653 (EN LA RED) # DE GRUPO MT00220	www.boonchapman.com enero, 1, 2018	DENTAL VOLUNTARIA- Dental Select (800) 999-9789 (EN LA RED) # DE GRUPO 12008660	www.dentalselect.com enero, 1, 2018
<p>Servicios Preventivos para Adultos</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes: Presión Sanguínea, Colesterol, Cáncer de Colon, Depresión, Diabetes Tipo 2 Immunización: Hepatitis A, Hepatitis B, Influenza, Neumococo, Tetanos, Difteria, Tos Ferina <p>Servicios Preventivos para Mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes para Mujeres Embarazadas: Anemia, Ácido Fólico, Diabetes Gestacional, Incompatibilidad Rh Mamografía, Exámenes de Cáncer Cervical, Osteoporosis, Bienestar de la Mujer y Anticoncepción <p>Servicios Preventivos para Menores</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes: Autismo, Depresión (para adolescentes), Desarrollo (para menores de 3), Audición (para recién nacidos), Fenilcetonuria (PKU) para recién nacidos, Visión Immunización: Influenza, Meningocócica, Poliovirus Inactivada, Sarampión, Paperas, Rubéola, Difteria, Tetanos & Tos Ferina <p>Visitas de Atención</p> <ul style="list-style-type: none"> Proveedor de Atención \$25 Copago, Máximo 6 visitas 	<p>NOMBRE DEL PLAN PPO Choice Max Rewards</p> <p>RED DEL PROVEEDOR Platinum Network</p> <p>DEDUCIBLE (RENUNCIA PREVENTIVA)</p> <ul style="list-style-type: none"> Año por Calendario (Individual / Familia) \$50 / \$150 <p>BENEFICIO MÁXIMO ANUAL \$750</p> <p>SERVICIOS PREVENTIVOS Cobertura al 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 examen / limpieza cada 6 meses <p>SERVICIOS BASICOS Cobertura al 80%</p> <ul style="list-style-type: none"> Rellenos, Extracciones, Cirugía Oral <p>SERVICIOS PRINCIPALES Cobertura al 50%</p> <ul style="list-style-type: none"> Coronas, Dentaduras y Puentes Endodoncia & Periodoncia 		
<p>VISION VOLUNTARIA- Dental Select (800) 999-9789 (EN LA RED) # DE GRUPO:12008660</p> <p>PLAN Y RED Opción Voluntaria Visión 6 EyeMed Select Network</p> <p>EXAMENES \$10 copago, 1 examen por 12 meses</p> <p>ANTEOJOS \$0 copago, 1 par por 12 meses</p> <p>LENSES \$10 copago, 1 juego por 12 meses</p> <p>MARCOS \$100 autorizados, 1 juego por 12 meses</p> <p>SERVICIOS DE LENTES DE CONTACTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamento Necesario \$0 copago, cubierto en su totalidad, en lugar de anteojos por 12 meses Electivo \$0 copago, \$115 autorizados, en lugar de anteojos, cada 12 meses 	<p>DENTAL VOLUNTARIA- Dental Select (800) 999-9789 (EN LA RED) # DE GRUPO 12008660</p> <p>NOMBRE DEL PLAN Plan Co-pago</p> <p>RED Solamente Servicios en la red Gold Network</p> <p>DEDUCIBLE (RENUNCIA PREVENTIVA)</p> <ul style="list-style-type: none"> Año por Calendario (Individual / Familia) \$25 / \$75 <p>BENEFICIO ANNUAL MÁXIMO No Máximo</p> <p>SERVICIOS PREVENTIVOS Cubierto al 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 examen / limpieza cada 6 meses <p>SERVICIOS BASICOS Copagos Fijos</p> <ul style="list-style-type: none"> Rellenos, Extracciones, Cirugía Oral <p>SERVICIOS PRINCIPALES Copagos Fijos</p> <ul style="list-style-type: none"> Coronas, Dentaduras y Puentes Endodoncia & Periodoncia 		
<p>DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO VOLUNTARIA- Transamerica (EN LA RED) (800)-400-3042 # DE GRUPO G0031279</p> <p>www.transamericaempleebenefits.com enero, 1, 2018</p> <p>Discapacidad a Corto Plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> Sustitución de ingresos para los empleados con una enfermedad o lesión <p>De Beneficio Periodo 6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> Máxima duración del beneficio <p>Accidentes y Enfermedad Período de Eliminación 7 días</p> <ul style="list-style-type: none"> Periodo de tiempo antes de comenzar el beneficio <p>Limitaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> Beneficio mensual no puede superar el 60% de la compensación mensual 	<p>ENFERMEDADES CRITICAS VOLUNTARIA - Transamerica (EN LA RED) (800)-400-3042 # DE GRUPO G0031279</p> <p>www.transamericaempleebenefits.com enero, 1, 2018</p> <p>Enfermedad Critica</p> <ul style="list-style-type: none"> Paga un Precio fijo para el asegurado cuando se diagnostica por primera vez con una enfermedad crítica cubierta <p>Emisión Garantizada \$20,000</p> <p>Categoría 1 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> Ataque al Corazón, Derrame Cerebral, Transplante de Corazón <p>Categoría 2 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> Transplante de Órganos, Quemaduras de Tercer Grado, Coma, Pérdida de la Vista, del Habla y/o Audencia. Parálisis no debida a un accidente cerebrovascular (4 miembros) <p>Categoría 3 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> Cáncer Invasivo, Transplante de Médula Osea 		

Para obtener detalles completos de su plan, contacta a su departamento de recursos humanos.

© 2010 BIG BenefitCorp, Inc. – All Rights Reserved
12655 N. Central Expressway,
Dallas, TX 75243 * (800) 577-4996 * (972) 480-0109

