



Resumen de beneficios y cobertura

VL \$750/\$1,500 Deducible

Tarifas vigentes a partir del 1 de enero de 2025 PPO dentro de la red

Opciones de red:
PHCS PPO

*Este plan está suscrito por Benefit Logistics Captive Insurance Co, Inc, NAIC #17633, y no por ningún licenciario de PHCS

Resumen de beneficios y cobertura



VL \$750/\$1,500 Deducible

RED		EN	
Pago de servicios			
Proveedor dentro de la red: La red de proveedores aparece en su tarjeta de identificación. Para obtener ayuda para encontrar proveedores dentro de la red, haga clic aquí.			
Beneficio anual máximo		Ver Servicios Realizados	
Deducible (La cantidad que la Persona Cubierta paga cada año de beneficio por los Servicios Cubiertos antes de que se pague el Coseguro). - Individual - Familia		\$750 \$1,500	
Máximo de desembolso personal (Para deducibles acumulados y copagos de miembros (Individual/Familiar) Gastos de bolsillo: máximo por servicios que excedan los límites de visitas del plan		\$9,200 \$18,400 Ilimitado	
Copagos: Tenga en cuenta que una vez alcanzado su deducible, seguirá siendo responsable de pagar los copagos por sus servicios médicos.			
Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).			
- Pruebas anuales de laboratorio y rayos X - Prueba de Papanicolaou/mamografía anual - Exámenes de detección de cáncer - Colonoscopias		- Suministro para diabéticos - Vacunas - Otras pruebas preventivas - Precision Rx (Recetas)	- Telemedicina - Atención de urgencia y visitas al consultorio - Cuidado del bebé sano - Visitas de bienestar
Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).			
- Acupuntura - Revisión dental infantil - Gafas para niños		- Examen de la vista para niños - Diálisis - Biorretroalimentación - Servicios de trasplante de órganos	
Los servicios pueden requerir preautorización. De no obtenerla, se denegarán los beneficios.			
Precertificación Se requiere precertificación para todos los ingresos hospitalarios, estudios de imagen (TC/PET/RM/ARM), atención domiciliaria, enfermería especializada, cuidados paliativos, equipo médico duradero (más de \$500), quimioterapia/radiación, estudios del sueño, prótesis/órtesis, terapias (quiropática, cardíaca, fisioterapia/terapia ocupacional/terapia de terapia) y cirugía ambulatoria. Consulte el documento del plan para obtener una lista completa de todos los servicios que requieren precertificación según su plan. Las emergencias están cubiertas pero requieren autorización/certificación dentro de las 48 horas.			
Esta ilustración describe el plan de una manera fácil de entender y se presenta sólo como información general.			
El contenido no debe aceptarse ni interpretarse como un sustituto de las disposiciones del documento del plan o de la descripción resumida del plan, que contiene términos más exactos y disposiciones detalladas del plan, y no debe considerarse una póliza de seguro.			

Resumen de beneficios y cobertura

VL \$750/\$1,500 Deducible



RED	EN
Servicios cubiertos - Enfermedad o lesión	
Servicios de consultorio médico Se combinan un máximo de 10 visitas por año de beneficio para visitas al consultorio del médico de cabecera, visitas al consultorio de un especialista y visitas a atención de urgencia. Se combinan un máximo de 12 visitas por año de beneficio para atención quiropráctica. - Médico de Atención Primaria - Visita al consultorio de un especialista - Visita de atención de urgencia - Manipulación espinal quiropráctica - Cirugía realizada en el consultorio (ver Cirugía ambulatoria)	Copago de \$50 después del deducible
Telemedicina - SOLO a través de OurLiveDoc Atención primaria y de urgencia, salud conductual. Llame al: 940-LIVE-DOC (940-548-3362) para comenzar.	\$0 de copago / Visitas ilimitadas
Servicios de emergencia - Atención en sala de emergencias - Límite de 2 visitas por año de beneficio para visitas relacionadas con accidentes - Límite de 2 visitas por año de beneficio para visitas relacionadas con enfermedad - Transporte médico de emergencia - Ambulancia terrestre/aérea: 2 por año de beneficio Tenga en cuenta que en caso de una verdadera emergencia médica, se puede recurrir a cualquier proveedor.	Copago de \$250 después del deducible
Pruebas de diagnóstico/imagenología avanzada (se requiere precertificación) 3 por año de beneficio	Copago de \$200 después del deducible
Laboratorios (3 por año del plan de beneficios)	Copago de \$25 después del deducible
Radiografías (3 por año del plan de beneficios)	Copago de \$50 después del deducible
Servicios para pacientes ambulatorios (se requiere precertificación) - Infusiones/Inyecciones - Límite de 10 visitas por año de beneficio; máximo combinado con quimioterapia/radiación - Servicios Quirúrgicos (Hospital ambulatorio, Centro Quirúrgico del Consultorio) 3 cirugías por año de beneficio (incluye cirujano, anestesia y cualquier otro servicio incurrido asociado con la cirugía ambulatoria) - Quimioterapia y radioterapia ambulatoria - Límite de 10 visitas por año de beneficio; máximo combinado con medicamentos de infusión/inyección - Diálisis	Copago de \$100 por visita después del deducible Copago/servicio de \$250 después del deducible Copago de \$100 por visita después del deducible No cubierto
Servicios para pacientes hospitalizados (se requiere precertificación) Estancias limitadas a: 2 hospitalizaciones en UCI por período de beneficio y 2 hospitalizaciones fuera de UCI por período de beneficio. (Límite de 10 días por hospitalización en UCI, límite de 10 días por hospitalización fuera de UCI) Servicios asociados/incidentales para pacientes hospitalizados (incluidos anestesia, patología, servicios médicos y cualquier otro servicio incurrido)	Copago de \$1,000/Admisión después del deducible Copago/servicio de \$250 después del deducible

Resumen de beneficios y cobertura



VL \$750/\$1,500 Deducible

RED	EN
Servicios para pacientes hospitalizados (se requiere precertificación) Servicios quirúrgicos hospitalarios para pacientes internados, todos los honorarios 2 cirugías por año del plan Centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados Límite de 10 días por año de beneficio	Copago de \$1,000 por cirugía después del deducible Copago de \$50/día después del deducible
Servicios preventivos - Haga clic aquí para obtener una lista completa.	
Atención preventiva/detección/inmunización - Examen físico anual para adultos - Vacunas para adultos: vacuna contra la gripe, vacuna contra la neumonía, vacuna contra el tétanos y la difteria - Mamografía - Servicios ginecológicos - Colonoscopia de rutina - Cuidado del niño sano/Cuidado del recién nacido	\$0 de copago
Otros servicios cubiertos	
Terapia 16 visitas por año de beneficio máximo combinado - Terapias físicas y ocupacionales - Terapia del habla - Terapia de rehabilitación cardíaca	Copago de \$50 después del deducible
Embarazo/Maternidad - Parto vaginal de rutina - Parto por cesárea de rutina - Todos los demás servicios de maternidad (otros servicios de maternidad incluidos: visitas al consultorio, análisis de laboratorio, radiología, atención prenatal/posnatal, etc. Excluidos: pruebas genéticas, a menos que sean médicamente necesarias).	Copago de \$250 después del deducible Copago de \$500 después del deducible 100% cubierto
Atención médica domiciliaria (se requiere precertificación) Límite de 10 días por año de beneficio	Copago de \$50 después del deducible
Cuidados paliativos Límite de 30 días de por vida	\$0 de copago después del deducible
Centro de enfermería especializada para pacientes hospitalizados (se requiere precertificación) Límite de visitas de 10 días por año de beneficio	Copago de \$50/día después del deducible
Equipo médico duradero (EMD) (se requiere precertificación) Se aplica copago por cada artículo recibido. 5 artículos/período de beneficio.	Copago de \$50 por artículo después del deducible
Prótesis (se requiere precertificación) 1 artículo por año de beneficio	Copago de \$50 por artículo después del deducible
Trasplante de órganos	No cubierto

Resumen de beneficios y cobertura



VL \$750/\$1,500 Deducible

RED		EN
Asesoramiento nutricional para diabéticos 1 visita por año de beneficio		\$0 de copago después del deducible
Alergias - Vacunas (24 visitas por año de beneficio) - Visitas/Pruebas (2 visitas por año de beneficio)		Copago de \$25 después del deducible Copago de \$50 después del deducible
Medicamentos con receta		
Farmacias minoristas copagos Suministro para 30 días en farmacias minoristas Se requiere pedido por correo para medicamentos de mantenimiento después del suministro inicial de 30 días	Medicina preventiva Nombre genérico o de marca	\$0 de copago
	Genérico Mantenimiento Rx	\$0 de copago
	Genérico Atención urgentemente necesaria Rx	\$0 de copago
	Medicina de nombre de su preferencia	Asistencia al paciente planes disponibles
	Medicina de nombre no de su preferencia	Asistencia al paciente planes disponibles
Venta por correo o venta minorista Copagos de farmacias Suministro para 90 días	Genérico	\$0 de copago
	Medicina de nombre de su preferencia	Asistencia al paciente planes disponibles
	Medicina de nombre no de su preferencia	Asistencia al paciente planes disponibles
Aspectos destacados de los beneficios de RX		
Compañía Rx		ProAct
Teléfono 24/7/365		1-877-635-9545
Sitio web		https://secure.proactrx.com/
Formulario		https://bit.ly/4j9crFR
Pedidos por correo/Telesalud		https://bit.ly/4j9crFR

Resumen de beneficios y cobertura



VL \$750/\$1,500 Deducible

PRIMAS POR TRAMO DE EDAD	
RED	Servicios de salud pública
EDADES 18-29	
Empleado	\$299.00
Empleado + Cónyuge	\$619.00
Empleado + Hijo(s)	\$609.00
Familia	\$859.00
EDADES 30-44	
Empleado	\$359.00
Empleado + Cónyuge	\$649.00
Empleado + Hijo(s)	\$639.00
Familia	\$909.00
EDADES 45-54	
Empleado	\$389.00
Empleado + Cónyuge	\$689.00
Empleado + Hijo(s)	\$679.00
Familia	\$969.00
EDADES 55-64	
Empleado	\$439.00
Empleado + Cónyuge	\$719.00
Empleado + Hijo(s)	\$699.00
Familia	\$989.00