



Resumen de beneficios y cobertura

Deducible de \$3,500 de HSA

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

Opciones de red:
PHCS PPO o Cigna PPO

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

Resumen de beneficios y cobertura

Deducible de \$3,500 de HSA



RED		DDR	FDR
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		ILIMITADO	
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		\$3,500 \$7,000	\$7,000 \$14,000
Co-seguro (El monto porcentual que la Persona Cubierta debe pagar por la mayoría de los Servicios Cubiertos después de haber alcanzado el Deducible).		20%	50%
Límite de desembolso personal (incluye deducible, coseguro y copagos) - Individual - Familia		\$8,300 \$16,600	\$16,600 \$33,200
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 abuso de sustancias - Servicios de trasplante de órganos	
Los servicios pueden requerir preautorización. De no obtenerla, se denegarán los beneficios.			
Precertificación (La precertificación es requerida para todas las admisiones al hospital, tomas de imágenes (CT/PET/MRI/MRA), salud en el hogar, enfermería especializada, equipo médico duradero (sobre \$500), quimioterapia/radiación, estudios del sueño, prótesis/ortesis, terapias (quiropRACTICAS, cardíacas, PT/OT/ST), y cirugía ambulatorial. Favor de consultar el documento de plan para ver una lista completa de todos los servicios que requieren precertificación en su plan.			
Esta ilustración describe el plan de una manera fácil de entender y se presenta sólo como información general.			
Los contenidos no deberán ser aceptados como un sustituto para las provisiones del documento de plan o un documento de plan resumido, ya que estos contienen terminos mas exactos y provisiones detalladas del plan, y no deberá ser considerada una política del Seguro.			

Resumen de beneficios y cobertura

Deducible de \$3,500 de HSA



RED	DDR	FDR
Servicios cubiertos - Enfermedad o lesión		
Servicios de consultorio médico - Médico de Atención Primaria - Visita al consultorio de un especialista - No se necesita referencia - Visita de atención de urgencia - Manipulación espinal quiropráctica (24 visitas por año calendario)	Copago sugerido: \$40 20% después de deducible Copago sugerido: \$75 20% después de deducible Copago sugerido: \$90 20% después de deducible Copago sugerido: \$75 20% después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
Telemedicina SOLO A TRAVÉS DE OURLIVEDOC Llama al: 940-LIVE-DOC (940-548-3362) para comenzar	\$0 de copago	No cubierto
Emergencia (Precertificación requerida durante las primeras 48 horas después de admisión, si es admitido)		
Servicios de emergencia Tenga en cuenta que en caso de una verdadera emergencia médica, se puede recurrir a cualquier proveedor. Servicios de ambulancia de emergencia Ambulancia terrestre/aérea	Copago sugerido: \$1000 20% después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
Laboratorios	Copago de \$25 después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
rayos X	Copago de \$100 después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
Pruebas de diagnóstico/imágenes avanzadas (Se requiere precertificación)	20% después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
Servicios de atención ambulatoria (Se requiere precertificación) - Infusiones/Inyecciones - Servicios de instalaciones quirúrgicas para pacientes ambulatorios - Quimioterapia y radioterapia ambulatoria - Diálisis (limitada a diálisis temporal aguda)	20% después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro Deducible FDR y Co-seguro No cubierto No cubierto
Servicios para pacientes hospitalizados (Se requiere precertificación) - Centro de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados - Servicios quirúrgicos hospitalarios para pacientes internados, todos los honorarios - Unidad de Cuidados Intensivos (máximo 30 días por año calendario) - Centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados (máximo de 30 días por año calendario)	20% después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro

Resumen de beneficios y cobertura



Deducible de \$3,500 de HSA

RED	DDR	FDR
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 \$0 deducible	Deducible FDR y Co-seguro
Servicios de salud mental, salud conductual y/o trastornos por consumo de sustancias		
- Centro de salud mental para atención hospitalaria - Máximo de 30 días por año de beneficio - Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	20% después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
Otros servicios cubiertos: enfermedad o lesión		
Terapia 35 días por año de beneficio máximo combinado - Terapias físicas y ocupacionales - Terapia del habla - Terapia de rehabilitación cardíaca	Copago sugerido: \$75 20% después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
Embarazo/Maternidad - Visita al consultorio prenatal/posnatal - Alojamiento y comida (limitado a tarifa de habitación semiprivada)	20% después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
Atención médica domiciliaria Límite de 60 visitas por año de beneficio	20% después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
Cuidados paliativos Máximo de 30 días por año de beneficio Residencial/Instalaciones	20% después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
Centro de enfermería especializada para pacientes hospitalizados Límite de visitas de 30 días por año de beneficio	20% después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
Equipo médico duradero (EMD) Limitado al precio de alquiler o compra por 12 meses, lo que sea menor	20% después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
Trasplante de órganos	20% después de deducible	No cubierto
Asesoramiento nutricional para diabéticos (1 visita por año del plan)	20% después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
Pruebas/inyecciones de alergia	20% después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro

Resumen de beneficios y cobertura



Deducible de \$3,500 de HSA

RED		DDR	FDR
Medicamentos con receta			
Copagos de farmacias minoristas 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 Marca Generica o Marca Comercial	\$0 de copago	Deducible FDR y Co-seguro
	Genérico Cuidado Urgente Rx	Copago de \$10 después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
	Genérico Mantenimiento Rx	Copago de \$10 después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
	Genérico Mantenimiento Rx	Copago de \$90 después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
	Medicamentos de Marca Comercial Preferidos Cuidado Urgente Rx	Copago de \$110 después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
	Medicamentos de marca no preferida Cuidado Urgente Rx	Copago de \$110 después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
	Medicamentos especializados	Planes Disponibles de Asistencia a Paciente	Planes Disponibles de Asistencia a Paciente
Copagos de farmacias minoristas o de pedidos por correo suministro para 90 días	Medicina preventiva Marca Generica o Marca Comercial	\$0 de copago	Deducible FDR y Co-seguro
	Genérico	Copago de \$20 después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
	Medicamentos de Marca Comercial Preferidos	Copago de \$180 después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
	Medicamentos de Marca Comercial No Preferidos	Copago de \$220 después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
	Medicamentos especializados	Planes Disponibles de Asistencia a Paciente	Planes Disponibles de Asistencia a Paciente
Aspectos destacados de los beneficios de RX			
Compañía RX		ProAct	
Teléfono		1-877-635-9545	
Sitio web		https://secure.proactrx.com/	
Formulario		Formulario de ventajas de farmacia	
Formulario de telesalud y pedidos por correo		Formulario de telesalud y pedidos por correo	
Exclusiones de farmacia		Exclusiones de farmacia	
Información adicional		https://info.proactrx.com/welcome-lx-mm	

Notas:

- 1. La falta de autorización resultará en sanciones. La sanción puede ser una reducción del 50% de los cargos permitidos o la denegación de la reclamación.
- 2. La cirugía electiva no estará cubierta durante los primeros 90 días de cobertura.
- 3. Si enfrenta una verdadera emergencia, como una lesión grave o síntomas que ponen en peligro la vida, puede acudir a la sala de emergencias más cercana sin penalización ni rechazo por estar fuera de la red.
- 4. En caso de requerirse autorización para un ingreso de emergencia, existe un período de gracia de 48 horas o el siguiente día hábil.

Resumen de beneficios y cobertura



Deducible de \$3,500 de HSA

PRIMAS POR TRAMO DE EDAD		
RED	PHCS	CIGNA
EDADES 18-29		
Empleado	\$532.25	\$592.25
Empleado + Cónyuge	\$933.23	\$1,013.23
Empleado + Hijo(s)	\$854.94	\$934.94
Familia	\$1,338.97	\$1,438.97
EDADES 30-44		
Empleado	\$547.91	\$607.91
Empleado + Cónyuge	\$964.55	\$1,044.55
Empleado + Hijo(s)	\$883.12	\$963.12
Familia	\$1,385.95	\$1,485.95
EDADES 45-54		
Empleado	\$572.19	\$632.19
Empleado + Cónyuge	\$1,008.36	\$1,088.36
Empleado + Hijo(s)	\$923.02	\$1,003.02
Familia	\$1,449.29	\$1,549.29
EDADES 55-64		
Empleado	\$607.57	\$667.57
Empleado + Cónyuge	\$1,083.86	\$1,163.86
Empleado + Hijo(s)	\$990.50	\$1,070.50
Familia	\$1,564.90	\$1,664.90