



COMPARACIÓN DE PLANES:

Resumen de beneficios y cobertura



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

Deducible MM \$1,000

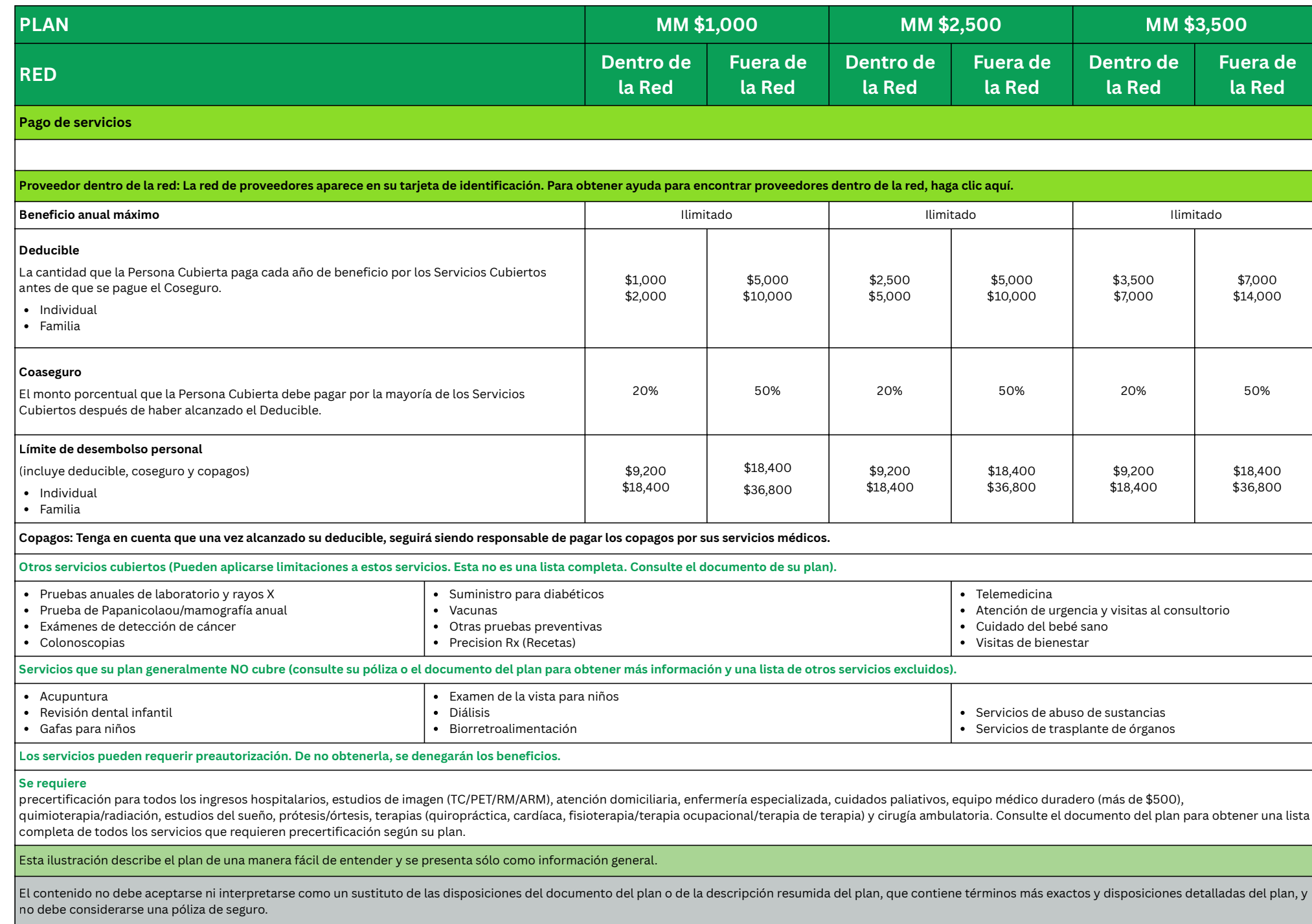
Deducible MM \$2,500

Deducible MM \$3,500

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.

Tarifas vigentes a partir del 1 de Enero de 2025



PLAN	MM \$1,000		MM \$2,500		MM \$3,500	
RED	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios cubiertos - Enfermedad o lesión						
Servicios de consultorio médico - Médico de Atención Primaria - Visita al consultorio de un especialista - Visita de atención de urgencia - Manipulación espinal quiropráctica 24 visitas por año del plan	Copago de \$25 Copago de \$40 Copago de \$60 Copago de \$30	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$25 Copago de \$40 Copago de \$60 Copago de \$30	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$25 Copago de \$40 Copago de \$60 Copago de \$30	Deducible OON y coaseguro
Telemedicina SOLO A TRAVÉS DE OURLIVEDOC Llame al: 940-LIVE-DOC (940-548-3362) para comenzar	\$0 de copago	No cubierto	\$0 de copago	No cubierto	\$0 de copago	\$0 de copago
Emergencia (Se requiere precertificación dentro de las 48 horas posteriores al ingreso, si es admitido)						
Servicios de emergencia Tenga en cuenta que en caso de una verdadera emergencia médica, cualquier proveedor ser utilizado Servicios de ambulancia de emergencia Ambulancia terrestre/aérea	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro
Laboratorios	Copago de \$25	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$25	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$25	Deducible OON y coaseguro
Rayos X	Copago de \$100	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$100	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$100	Deducible OON y coaseguro
Pruebas de diagnóstico/imágenes avanzadas (Se requiere precertificación)	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro
Servicios para pacientes ambulatorios (se requiere precertificación) - Infusiones/Inyecciones - Servicios quirúrgicos - Quimioterapia y radioterapia ambulatoria (30 días por año calendario) - Diálisis (limitada a diálisis temporal aguda)	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro Deducible OON y coaseguro No cubierto No cubierto	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro Deducible OON y coaseguro No cubierto No cubierto	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro Deducible OON y coaseguro No cubierto No cubierto
Servicios para pacientes hospitalizados (se requiere precertificación) - Centro de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados - Servicios quirúrgicos hospitalarios para pacientes internados (todas las tarifas) - Unidad de cuidados intensivos (30 días por año del plan) - Centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados (30 días por año del plan)	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro
Atención por abuso de alcohol y sustancias (se requiere precertificación)						
Abuso de alcohol y sustancias - Atención hospitalaria (30 días por año del plan) - Servicios ambulatorios (30 días por año del plan)	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro

COMPARACIÓN DE PLANES: Resumen de beneficios y cobertura

Tarifas vigentes a partir del 1 de Enero de 2025



OON = Fuera de la Red*

PLAN	MM \$1,000		MM \$2,500		MM \$3,500	
RED	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
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, Tétanos/difteria - Mamografía - Servicios ginecológicos - Colonoscopia de rutina - Cuidado del niño sano/Cuidado del recién nacido	\$0 de copago \$0 deducible	Deducible OON y coaseguro	\$0 de copago \$0 deducible	Deducible OON y coaseguro	\$0 de copago \$0 deducible	Deducible OON y coaseguro
Otros servicios cubiertos						
Terapia 30 días por año del plan - Terapias físicas y ocupacionales - Terapia del habla - Terapia de rehabilitación cardíaca	Copago de \$40	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$40	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$40	Deducible OON y coaseguro
Embarazo/Maternidad - Visita al consultorio prenatal/posnatal - Alojamiento y comida	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro
Visitas de atención médica domiciliaria (Se requiere precertificación) Límite de 60 visitas por año de beneficio	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro
Cuidados paliativos (Se requiere precertificación) 30 días por año de beneficio Residencial/Instalaciones	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro
Centro de enfermería especializada para pacientes hospitalizados (Se requiere precertificación) Límite de visitas de 30 días por año de beneficio	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro
Equipo médico duradero (EMD) (Se requiere precertificación)	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro
Trasplante de órganos (Se requiere precertificación)	20% después del deducible	No cubierto	20% después del deducible	No cubierto	20% después del deducible	No cubierto
Pruebas/inyecciones de alergia	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro

PLAN		MM \$1,000		MM \$2,500		MM \$3,500	
RED		Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
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	Genérico Atención urgentemente necesaria Rx	Copago de \$10	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$10	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$10	Deducible OON y coaseguro
	Genérico Mantenimiento Rx	Copago de \$10	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$10	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$10	Deducible OON y coaseguro
	Marca Preferia Nombre Drogas Atención urgentemente necesaria Rx	Copago de \$90	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$90	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$90	Deducible OON y coaseguro
	Marca Preferia Nombre Drogas Mantenimiento Rx	Copago de \$90	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$90	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$90	Deducible OON y coaseguro
	Medicamentos de marca no preferida Atención urgentemente necesaria Rx	Copago de \$110	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$110	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$110	Deducible OON y coaseguro
	Medicamentos de marca no preferida Mantenimiento Rx	Copago de \$110	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$110	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$110	Deducible OON y coaseguro
	Medicamentos especializados	Asistencia al paciente planes disponibles	Asistencia al paciente planes disponibles	Asistencia al paciente planes disponibles	Asistencia al paciente planes disponibles	Asistencia al paciente planes disponibles	Asistencia al paciente planes disponibles
Venta por correo o venta minorista Copagos de farmacias Suministro para 90 días	Genérico	Copago de \$20	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$20	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$20	Deducible OON y coaseguro
	Marca preferida Nombre Drogas	Copago de \$180	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$180	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$180	Deducible OON y coaseguro
	Medicamentos de marca no preferida	Copago de \$220	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$220	Deducible OON y coaseguro	Copago de \$220	Deducible OON y coaseguro
	Medicamentos especializados	Asistencia al paciente planes disponibles	Asistencia al paciente planes disponibles	Asistencia al paciente planes disponibles	Asistencia al paciente planes disponibles	Asistencia al paciente planes disponibles	Asistencia al paciente planes disponibles
Aspectos destacados de los beneficios de RX							
Compañía RX		ProAct					
Teléfono		1-877-635-9545					
Sitio web		https://secure.proactrx.com/					
Formulario de ventajas de farmacia		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					

COMPARACIÓN DE PLANES: Resumen de beneficios y cobertura



PRIMAS POR TRAMO DE EDAD						
PLAN	MM \$1,000		MM \$2,500		MM \$3,500	
RED	PHCS	CIGNA	PHCS	CIGNA	PHCS	CIGNA
EDADES 18-29						
Empleado	\$794.78	\$854.78	\$689.25	\$749.25	\$622.11	\$682.11
Empleado + Cónyuge	\$1,407.81	\$1,487.81	\$1,203.11	\$1,283.11	\$1,072.86	\$1,152.86
Empleado + Hijo(s)	\$1,295.61	\$1,375.61	\$1,109.46	\$1,189.46	\$991.03	\$1,071.03
Familia	\$2,028.45	\$2,128.45	\$1,724.53	\$1,824.53	\$1,531.17	\$1,631.17
EDADES 30-44						
Empleado	\$820.64	\$880.64	\$710.89	\$770.89	\$666.07	\$726.07
Empleado + Cónyuge	\$1,457.99	\$1,537.99	\$1,245.09	\$1,325.09	\$1,189.00	\$1,269.00
Empleado + Hijo(s)	\$1,341.23	\$1,421.23	\$1,171.06	\$1,251.06	\$1,089.00	\$1,169.00
Familia	\$2,102.93	\$2,202.93	\$1,786.86	\$1,886.86	\$1,627.00	\$1,727.00
EDADES 45-54						
Empleado	\$857.89	\$917.89	\$742.88	\$802.88	\$694.00	\$754.00
Empleado + Cónyuge	\$1,525.42	\$1,605.42	\$1,302.31	\$1,382.31	\$1,211.00	\$1,291.00
Empleado + Hijo(s)	\$1,403.03	\$1,483.03	\$1,224.64	\$1,304.64	\$1,119.00	\$1,199.00
Familia	\$2,200.63	\$2,300.63	\$1,869.41	\$1,969.41	\$1,689.00	\$1,789.00
EDADES 55-64						
Empleado	\$950.20	\$1,010.20	\$819.31	\$879.31	\$739.00	\$799.00
Empleado + Cónyuge	\$1,709.34	\$1,789.34	\$1,455.41	\$1,535.41	\$1,289.00	\$1,369.00
Empleado + Hijo(s)	\$1,569.76	\$1,649.76	\$1,338.88	\$1,418.88	\$1,191.00	\$1,271.00
Familia	\$2,476.05	\$2,576.05	\$2,099.09	\$2,199.09	\$1,824.00	\$1,924.00