



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 de \$3,500 en Cuenta de Ahorro para la Salud (CAS)

Deducible de \$5,000 en Cuenta de Ahorro para la Salud (CAS)

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.

Comparación de planes: Resumen de beneficios y cobertura

Tarifas vigentes a partir del 1 de enero de 2025



PLAN		CAS \$3,500		CAS \$5,000	
RED		DDR	FDR	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		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	\$5,000 \$10,000	\$10,000 \$20,000
Co-seguro (El porcentaje del monto que la Persona Cubierta debe pagar por la mayoría de los Seguros Cubiertos) (Servicios después de haber cubierto el deducible).		20%	50%	20%	50%
Límite de desembolso personal (Incluye deducible, coseguro y copagos) - Individual - Familia		\$8,300 \$16,600	\$16,600 \$33,200	\$8,300 \$16,600	\$16,600 \$33,200
Copagos: Por favor nótese que una vez habiendo alcanzado el deducible, aun será responsable de pagar los copagos por su servicio medico.					
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 (incluidos los servicios de salud mental) - 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 Salud Mental (excepto Telemedicina) - 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 imagenes (CT/PET/MRI/MRA), salud en el hogar, enfermería especializada, equipo médico duradero (sobre \$500), quimioterapia/radiación, estudios del sueño, prótesis/ortesis, terapias (quiropRACTICAS, cardiacas, 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.					

Comparación de planes: Resumen de beneficios y cobertura

Tarifas vigentes a partir del 1 de enero de 2025



PLAN	CAS \$3,500		CAS \$5,000	
RED	DDR	FDR	DDR	FDR
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	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	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 - Atención primaria virtual - Atención de urgencias - Salud mental	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios de emergencia (se requiere precertificación) - Atención en sala de emergencias - Transporte médico de emergencia - Ambulancia terrestre/aérea	Copago sugerido: \$1000 20% después de deducible 20% después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro	Copago sugerido: \$1000 20% después de deducible 20% después de deducible	Deducible FDR y Co-seguro
Pruebas - Laboratorios de pruebas de diagnóstico (Quest Diagnostics/LabCorp) - Rayos X (se requiere precertificación) - Imágenes avanzadas (se requiere precertificación)	Copago de \$25 después de deducible Copago de \$100 después de deducible Deducible y coaseguro	Deducible FDR y Co-seguro	Copago de \$25 después del deducible Copago de \$100 después del deducible Deducible y coaseguro	Deducible FDR y Co-seguro
Servicios para pacientes ambulatorios (se requiere precertificación) - Infusiones/Inyecciones - Servicios quirúrgicos - Quimioterapia y radioterapia ambulatoria - Diálisis	20% después del deducible	Deducible FDR y Co-seguro Deducible FDR y Co-seguro No cubierto No cubierto	20% después del 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 (todas las tarifas) - Unidad de cuidados intensivos	20% después del deducible	Deducible FDR y Co-seguro	20% después del deducible	Deducible FDR y Co-seguro

Comparación de planes: Resumen de beneficios y cobertura

Tarifas vigentes a partir del 1 de enero de 2025



PLAN	CAS \$3,500		CAS \$5,000	
RED	DDR	FDR	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	100% de lo permitido	\$0 de copago \$0 deducible	100% de lo permitido
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 del deducible	Deducible FDR y Co-seguro	20% después del 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	20% después del deducible	Deducible FDR y Co-seguro	20% después del deducible	Deducible FDR y Co-seguro
Embarazo/Maternidad - Visita al consultorio prenatal/posnatal - Alojamiento y comida (limitado a tarifa de habitación semiprivada)	20% después del deducible	Deducible FDR y Co-seguro	20% después del deducible	Deducible FDR y Co-seguro
Atención médica domiciliaria Límite de 60 visitas por año de beneficio	20% después del deducible	Deducible FDR y Co-seguro	20% después del deducible	Deducible FDR y Co-seguro
Cuidados paliativos 30 días por año de beneficio Residencial/Instalaciones	20% después del deducible	Deducible FDR y Co-seguro	20% después del 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 del deducible	Deducible FDR y Co-seguro	20% después del 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 del deducible	Deducible FDR y Co-seguro	20% después del deducible	Deducible FDR y Co-seguro
Trasplante de órganos	20% después del deducible	No cubierto	20% después del deducible	No cubierto

PLAN		CAS \$3,500		CAS \$5,000	
RED		DDR	FDR	DDR	FDR
Medicamentos con receta					
Copago de Farmacia Minorista Suministro de 30 días en Farmacias Minoristas Orden por correo requerida para medicamento de mantenimiento después del suministro de 30 días inicial	Medicina preventiva Marca Generica o Marca Comercial	\$0 de copago	Deducible FDR y Co-seguro	\$0 de copago	Deducible FDR y Co-seguro
	Genérico Cuidado Urgente Rx	Copago de \$10	Deducible FDR y Co-seguro	Copago de \$10	Deducible FDR y Co-seguro
	Genérico Mantenimiento Rx	Copago de \$10	Deducible FDR y Co-seguro	Copago de \$10	Deducible FDR y Co-seguro
	Medicamentos de Marca Comercial Preferidos Cuidado Urgente Rx	Copago de \$90	Deducible FDR y Co-seguro	Copago de \$90	Deducible FDR y Co-seguro
	Medicamentos de marca no preferida Cuidado Urgente Rx	Copago de \$110	Deducible FDR y Co-seguro	Copago de \$110	Deducible FDR y Co-seguro
	Medicamentos de Marca Comercial No Preferidos Cuidado Urgente Rx	Copago de \$110	Deducible FDR y Co-seguro	Copago de \$110	Deducible FDR y Co-seguro
	Medicamentos Especializados	Planes Disponibles de Asistencia a Paciente	Planes Disponibles de Asistencia a Paciente	Planes Disponibles de Asistencia a Paciente	Planes Disponibles de Asistencia a Paciente
Orden por Correo o Copagos de Farmacias Minoristas Suministro de 90 días	Medicina preventiva Marca Generica o Marca Comercial	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	Copago de \$20	Deducible y coaseguro fuera de línea	Copago de \$20	Deducible y coaseguro fuera de línea
	Medicamentos de Marca Comercial Preferidos Cuidado Urgente Rx	Copago de \$180	Deducible y coaseguro fuera de línea	Copago de \$180	Deducible y coaseguro fuera de línea
	Medicamentos de marca no preferida Cuidado Urgente Rx	Copago de \$220	Deducible y coaseguro fuera de línea	Copago de \$220	Deducible y coaseguro fuera de línea
	Medicamentos de Marca Comercial No Preferidos Cuidado Urgente Rx	Planes Disponibles de Asistencia a Paciente	Planes Disponibles de Asistencia a Paciente	Planes Disponibles de Asistencia a Paciente	Planes Disponibles de Asistencia a Paciente
Medicamentos Especializados					
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			