



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

Opciones de red: PHCS PPO o Cigna PPO

*Este plan está suscrito por Benefit Logistics Captive Insurance Co, Inc NAIC # 17633 y no por Cigna o PHCS

Deducible MM \$4,900

Deducible MM \$7,250

COMPARACIÓN DE PLANES: Resumen de beneficios y cobertura



Tarifas vigentes a partir del 1 de Enero de 2025

PLAN		MM \$4,900		MM \$7,250	
RED		Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
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 Calendario por los Servicios Cubiertos antes de que se pague el Coaseguro. Familia individual		\$4,900 \$9,800	\$9,800 19.600	\$7,250 \$14,500	\$14,500 \$29,000
Coaseguro El monto porcentual que la Persona Cubierta debe pagar por la mayoría de los Servicios Cubiertos después de haber alcanzado el Deducible.		20%	50%	20%	50%
Límite de desembolso personal Incluye deducible, coaseguro y copagos. Familia individual		\$9,200 \$18,400	\$18,400 \$36,800	\$9,200 \$18,400	\$18,400 \$36,800
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.					
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.					
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.					

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 \$4,900		MM \$7,250	
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
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
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, se puede recurrir a cualquier proveedor. Servicios de ambulancia de emergencia Ambulancia terrestre/aérea	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
Rayos X	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
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
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
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

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 \$4,900		MM \$7,250	
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, 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 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
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
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
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
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
Equipo médico duradero (EMD) (Se requiere precertificación)	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
Pruebas/inyecciones de alergia	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro	20% después del deducible	Deducible OON y coaseguro

PLAN		MM \$4,900		MM \$7,250	
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
	Genérico Mantenimiento Rx	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
	Marca Preferia Nombre Drogas Mantenimiento Rx	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
	Medicamentos de marca no preferida Mantenimiento Rx	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
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
	Marca preferida Nombre Drogas	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
	Medicamentos especializados	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



Tarifas vigentes a partir del 1 de Enero de 2025

PRIMAS POR TRAMO DE EDAD				
PLAN	MM \$4,900		MM \$7,250	
RED	PHCS	CIGNA	PHCS	CIGNA
EDADES 18-29				
Empleado	\$600.10	\$660.10	\$510.48	\$570.48
Empleado + Cónyuge	\$1,057.88	\$1,137.88	\$878.63	\$958.63
Empleado + Hijo(s)	\$968.38	\$1,048.38	\$807.06	\$887.06
Familia	\$1,520.81	\$1,620.81	\$1,251.94	\$1,351.94
EDADES 30-44				
Empleado	\$618.00	\$678.00	\$524.80	\$584.80
Empleado + Cónyuge	\$1,093.68	\$1,173.68	\$907.26	\$987.26
Empleado + Hijo(s)	\$1,000.60	\$1,080.60	\$832.83	\$912.83
Familia	\$1,574.51	\$1,674.51	\$1,294.89	\$1,394.89
EDADES 45-54				
Empleado	\$645.47	\$705.47	\$547.79	\$607.79
Empleado + Cónyuge	\$1,143.47	\$1,223.47	\$948.11	\$1,028.11
Empleado + Hijo(s)	\$1,045.93	\$1,125.93	\$870.11	\$950.11
Familia	\$1,646.63	\$1,746.63	\$1,353.59	\$1,453.59
EDADES 55-64				
Empleado	\$686.19	\$746.19	\$579.33	\$639.33
Empleado + Cónyuge	\$1,230.04	\$1,310.04	\$1,016.32	\$1,096.32
Empleado + Hijo(s)	\$1,123.33	\$1,203.33	\$930.98	\$1,010.98
Familia	\$1,779.06	\$1,879.06	\$1,458.47	\$1,558.47