

# PROGRAMA DE BENEFICIOS 2019

## Opción Básica

### Deducible Anual

**En La Red:** \$1,000 Individual /\$3,000 Familia

**Fuera de la Red:** \$2,000 Individual/\$6,000 Familia

### Máximos de Fuera del Bolsillo

**En La Red:** \$4,000 Individual/\$12,000 Familia (Incluye el Deducible)

**Fuera de la Red:** \$10,000 Individual \$25,000 Familia

### Porción que Paga el Plan

**En La Red:** 60%

**Fuera de la Red:** 50%

|  | En La Red  | Fuera De La Red   | Comentarios   |
|--|--|---|---|
| <b>Visitas al Consultorio de un Médico de Atención Primaria/ Clínica de Urgencia</b> | \$10 co-pago después al 100%   | \$2,000 deducible y 50% de cobros elegibles                   | Un médico de atención primaria es un médico de familia, médico general, internista, enfermera obstetra I ginecólogo, pediatra o asistente de médico. Cualquier otro proveedor es considerado un especialista.     |
| <b>Visitas al Consultorio de un Médico Especialista</b>                              | \$15 co-pago después al 100%   | \$2,000 deducible y 50% de cobros elegibles                   | Todos los proveedores no mencionados anteriormente son considerados especialistas (como un cardiólogo o cirujano). Para obtener más información, consulte el resumen descriptivo del plan.                        |
| <b>Bienestar</b> (Cuidado Rutinario/ Preventivo)                                     | \$0 co-pago después al 100% sin máximo   | \$2,000 deducible y 50% de cobros elegibles                   | Servicios incluye exámenes físicos de rutina y vacunación infantil. Consulte el resumen descriptivo del plan para más información.  |
| <b>Servicios Diagnósticos de Rayos X y de Laboratorio</b>                            | Cubierto al 100% sin deducible   | \$2,000 deducible y 50% de cobros elegibles                   | Incluye servicios prestados en un consultorio médico, oficina de laboratorio u hospital (por ejemplo, análisis de sangre y radiografías). Para obtener más información, consulte el resumen descriptivo del plan. |
| <b>Imágenes Avanzadas*</b>   | \$1,000 deducible y 60% de cobros elegibles  | \$2,000 deducible y 50% de cobros elegibles                   | Incluye la resonancia magnetica, tomografía computarizada, PET scan y medicina nuclear.   |
| <b>Sala de Emergencia</b>  | Co-pago de \$350, \$1,000 deducible y 60% de cobros elegibles  | Co-pago de \$350, \$1,000 deducible y 60% de cobros elegibles |   |
| <b>Walgreens Take Care Clinic y CVS Minute Clinic</b>                                | Cubierto al 100% sin deducible   | Cubierto al 100% sin deducible                                |   |
| <b>Opción de Farmacia</b>  | Suministro de 30 días: \$0 genérico • \$10 de marca • \$20 sin marca • \$100 medicinas de especialidad<br>Suministro de 90 días: \$0 genérico • \$30 de marca • \$60 sin marca |   |   |
| <b>Opción de Recibir Medicamento por Correo (90 Días)</b>                            | \$0 genérico • \$20 de marca • \$40 sin marca  |   |   |
| <b>Visión</b>  | \$0 Cubierto al 100%   | \$0 Cubierto al 100%  | \$300 máximo anual por examen y accesorios de vista   |

### Beneficios Dentales

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <b>Deducible Anual</b>  | \$50 por cada individuo          |
| <b>Servicios Preventivos y Diagnósticos</b>   | No deducible cubierto al 100%    |
| <b>Servicios Básicos</b>  | 80% después de deducible de \$50 |
| <b>Servicios Principales/Mayores</b><br>(Incluye Cobertura para los Implantes Dentales) | 50% después de deducible de \$50 |
| <b>Máximo Anual</b>   | \$2,000 por cada individuo       |



\*Se requiere pre certificación para ciertos servicios. Falta de cumplir con los requisitos de pre certificación puede resultar en una multa de hasta \$500.  
CRB ofrece un crédito de \$5 en las primas semanales para los empleados que no consume tabaco.