

PROGRAMA DE BENEFICIOS 2018

Opción PPO

Deducible Anual

En La Red: \$500 Individual /\$1,500 Familia

Fuera de la Red: \$1,000 Individual/\$3,000 Familia

Máximos de Fuera del Bolsillo

En La Red: \$3,000 Individual/\$9,000 Familia (Incluye el Deducible)

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

Porción que Paga el Plan

En La Red: 70%

Fuera de la Red: 50%

	En La Red	Fuera De La Red	Comentarios
Visitas al Consultorio de un Médico de Atención Primaria/ Clínica de Urgencia	\$5 co-pago después al 100%	\$1,000 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.
Visitas al Consultorio de un Médico Especialista	\$10 co-pago después al 100%	\$1,000 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.
Bienestar (Cuidado Rutinario/ Preventivo)	\$0 co-pago después al 100% sin máximo	\$1,000 deducible y 50% de cobros elegibles	Servicios incluye exámenes físicos de rutina y vacunación infantil. Consulte el resumen descriptivo del plan para más información.
Servicios Diagnósticos de Rayos X y de Laboratorio	Cubierto al 100% sin deducible	\$1,000 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.
Imágenes Avanzadas*	\$500 deducible y 70% de cobros elegibles	\$1,000 deducible y 50% de cobros elegibles	Incluye la resonancia magnetica, tomografía computarizada, PET scan y medicina nuclear.
Sala de Emergencia	Co-pago de \$150, \$500 deducible y 70% de cobros elegibles	Co-pago de \$150, \$500 deducible y 70% de cobros elegibles	
Walgreens Take Care Clinic y CVS Minute Clinic	Cubierto al 100% sin deducible	Cubierto al 100% sin deducible	
Opción de Farmacia	Suministro de 30 días: \$0 genérico • \$10 de marca • \$20 sin marca • \$100 medicinas de especialidad Suministro de 90 días: \$0 genérico • \$30 de marca • \$60 sin marca		
Opción de Recibir Medicamento por Correo (90 Días)	\$0 genérico • \$20 de marca • \$40 sin marca		
Visión	\$0 Cubierto al 100%	\$0 Cubierto al 100%	\$300 máximo anual por examen y accesorios de vista

Beneficios Dentales

Deducible Anual	\$50 por cada individuo
Servicios Preventivos y Diagnósticos	No deducible cubierto al 100%
Servicios Básicos	80% después de deducible de \$50
Servicios Principales/Mayores (Incluye Cobertura para los Implantes Dentales)	50% después de deducible de \$50
Máximo Anual	\$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.