

Group #: 98254

El Plan de Indemnización de Beneficios Limitados Paga

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	PLAN 1
<p>BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR ADMISIÓN HOSPITALARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paga de manera adicional a la hospitalización • Una vez por admisión, una vez por diagnóstico • El beneficio no será pagadero por la misma lesión o enfermedad o una relacionada 	<p>\$1,500 primer día Al ser admitido como paciente interno en un cuarto de hospital</p>
<p>BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser admitido como un paciente hospitalizado en una habitación de hospital • Si la hospitalización cae en una de las siguientes categorías se aplica un máximo diferente 	<p>\$1,300 por día Máximo por año calendario sujeto a 30 días en total para cualquier hospitalización</p>
<p>Beneficio de Cuidados Intensivos Si el paciente es hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos del hospital</p>	<p>\$2,600 por día Hasta 30 días máximo por año calendario (se aplica al máximo por año calendario global)</p>
<p>Abuso de Sustancias Debe ser diagnosticado y admitido como paciente en una unidad de abuso de sustancias</p>	<p>\$1,300 por día Hasta 30 días máximo por año calendario (se aplica al máximo por año calendario global)</p>
<p>Enfermedad Mental Debe ser diagnosticado y admitido como paciente en una unidad por enfermedad mental</p>	<p>\$650 por día Hasta 30 días máximo por año calendario (se aplica al máximo por año calendario global)</p>
<p>Enfermería Especializada Debe ser admitido en un centro de enfermería especializada después de una estancia en hospital cubierta de al menos 3 días</p>	<p>\$650 por día Hasta 27 días máximo por año calendario (se aplica al máximo por año calendario global)</p>
<p>BENEFICIO DE CONSULTAS MÉDICAS El beneficio paga un beneficio por día si el paciente es atendido por un médico por una enfermedad o lesión</p>	<p>\$70 por día 10 días por año calendario</p>
<p>EXAMENES DE LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO AMBULATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluye pruebas de glucosa, análisis de orina, CBC, y otros • Cuando la hospitalización no es necesaria, y la prueba está ordenada o es realizada por un médico 	<p>\$85 por día 4 días por año calendario</p>
<p>RADIOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO AMBULATORIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluye tórax, huesos rotos, y otros • Cuando la hospitalización no sea necesaria y la prueba sea ordenada o realizada por un médico 	<p>\$100 por día 2 días por año calendario</p>
<p>ESTUDIOS AVANZADOS AMBULATORIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluye tomografía computarizada (CT), resonancia magnética (MRI) y otros • Cuando la hospitalización no es necesaria, y la prueba está ordenada o es realizada por un médico 	<p>\$200 por día 5 días por año calendario</p>

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	PLAN 1
BENEFICIO QUIRÚRGICO PACIENTE INTERNO <ul style="list-style-type: none"> La cirugía debe realizarse debido a una enfermedad o lesión como una estancia hospitalaria en un hospital Los procedimientos quirúrgicos menores están excluidos 	\$1,000 por día 2 días por año calendario
BENEFICIO DE ANESTESIA PACIENTE INTERNO 35% del monto pagado en virtud del beneficio quirúrgico de hospitalización	\$350 por día 2 días por año calendario
BENEFICIO QUIRÚRGICO PACIENTE AMBULATORIO <ul style="list-style-type: none"> La cirugía debe realizarse debido a una enfermedad o lesión en un centro u hospital de cirugía ambulatoria Los procedimientos quirúrgicos menores están excluidos 	\$1,000 por día 2 días por año calendario
BENEFICIO DE ANESTESIA PACIENTE AMBULATORIO 35% del monto pagado en virtud del beneficio quirúrgico ambulatorio	\$350 por día 2 días por año calendario
BENEFICIO DE BIENESTAR <ul style="list-style-type: none"> Paga un beneficio por día para los exámenes de bienestar rutinarios No para el tratamiento de una enfermedad o lesión 	\$150 por día 1 día por año calendario
BENEFICIO DE ENFERMEDAD EN SALA DE EMERGENCIA Paga un beneficio por día por los servicios recibidos en una sala de emergencia como resultado de una enfermedad	\$200 por día 4 días por año calendario
SERVICIOS DE AMBULANCIA Paga un beneficio por día para el transporte de emergencia en tierra, aire y agua	\$500 por día 4 días por año calendario
CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA Paga un beneficio por día para la cirugía realizada en un centro u hospital de cirugía ambulatoria	\$500 por día 2 días por año calendario
EL PLAN DE INDEMNIZACIÓN DE BENEFICIOS LIMITADOS SOLO NO CONSTITUYE UNA COBERTURA DE SEGURO BÁSICO DE SALUD (COBERTURA MEDICA MAYOR) Y NO SATISFACE EL REQUISITO DE COBERTURA MÍNIMA ESENCIAL BAJO LA LEY DE ASISTENCIA ASEQUIBLE (ACA). SIN EMBARGO, EL PLAN DE ATENCIÓN PREVENTIVA OFRECIDO COMO PARTE DE PANABRIDGE ADVANTAGE SÍ CUMPLE CON EL REQUISITO DE RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL BAJO LA LEY DE ASISTENCIA ASEQUIBLE (ACA) YA QUE PROPORCIONA COBERTURA MÍNIMA ESENCIAL.	

BENEFICIOS Y SERVICIOS ADICIONALES	PLAN 1
ACCIDENTE MEDICO CON MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO Deducible de \$100 por accidente, por asegurado	\$2,500 por ocurrencia \$5,000 accidente muerte y desmembramiento Hasta \$5,000 accidente desmembramiento

BENEFICIOS Y SERVICIOS ADICIONALES	PLAN 1
<p>BENEFICIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS Beneficios de medicamentos recetados son proporcionados por PRAM Insurance Services, Inc. y se administran por RxEDO, Inc. Pan-American Life no está afiliado con PRAM Insurance Services, Inc. o RxEDO, Inc..</p>	<p>Formulario Genéricos - \$10 co-pago Formulario Marca \$30 co-pago No Formulario - N/A \$3,000 Beneficio Maximo Anual Por Asegurado Para preguntas o una llamada de consulta de drogas 1-888-879-7336 o visitar www.rxedo.com</p>
<p>PPO PROVEEDOR RED* Servicios del Proveedor son proporcionados por Competitive Health, Inc. Pan-American Life y Competitive Health, Inc. no están afiliados.</p>	<p>First Health Para localizar medicos o hospitales en la RED, visitar www.providerlocator.com/palicfh o llamar 1-888-561-5759</p>
<p>SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD* Servicios profesionales de salud son proporcionados por Compass servicios profesionales de salud. Pan American Life y Compass servicios profesionales de salud no son unaffiliated.</p>	<p>Además de su plan de seguro, Compass está aquí para servir como su asesor de salud personal. Nuestra misiones ayudara entender y cosechar el valor total de sus beneficios de salud. Llamar o enviar por correo electrónico a Compass para ayuda en cualquier paso del camino: Para obtener más información de correo electrónico pal@compassphs.com o llamar 1-800-421-4742</p>
<p>PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO* Programa de asistencia al empleado son proporcionados por Competitive Health, Inc. Pan-American Life y Competitive Health, Inc. no están afiliados.</p>	<p>De los problemas de relación y familiares a los problemas legales al estrés, la ansiedad y la depresión, la PEA ayuda a los miembros a afrontar la vida de desafíos diarios. SupportLinc's equipo experimentado de licencia mentales los médicos y especialistas de la salud de la vida laboral están disponibles alrededor del reloj para proporcionar apoyo, defensa y cuidado. Para obtener más información, visite www.supportlinc.com o llamar 1-888-539-3327 Nombre de Usuario: panamerican</p>
<p>MIEMBRO Y SERVICIOS DE ADVOCACIA</p>	<p>Hacemos el trabajo de atención médica para nuestro miembros, no más problemas o frustración. Los miembros tienen acceso fácil a equipos de Servicios para Miembros y Advocacia. Para respuestas a preguntas sobre los beneficios, los dos equipos son accesible a través de teléfono: Lunes a Viernes, 7:30 AM - 6:00 PM, hora del centro 1-877-569-3075. Bilingüe (Inglés-Español) servicios disponible.</p>

*No es un producto de seguro. No es un producto Pan-American Life

Este resumen ha sido diseñado para proporcionarle una visión general de sus beneficios. Los documentos de su plan y una guía de beneficios completa con información completa sobre sus beneficios están disponibles en línea en www.mypal.com, o puede llamar a nuestros Servicios para Miembros al 1-877-569-3075. El plan de indemnización por beneficios limitados y el seguro de accidentes médicos son emitidos por Pan-American Life Insurance Company en el número de póliza PAN-POL-13-Ty SM-2003. No hay exclusiones para las condiciones preexistentes. El plan no pagará beneficios por ninguna atención proporcionada antes de la fecha de vigencia de la cobertura o si el asegurado está confinado en un hospital en el momento en que la cobertura es efectiva. El hospital no incluye un hogar de ancianos, un hogar convaleciente o un centro de cuidado extendido. El beneficio por accidente paga los beneficios médicos por accidente "Off the Job" por los gastos cubiertos que resultan directamente, y por ninguna otra causa, que por un accidente cubierto. La cobertura no está disponible en todos los estados. Al igual que la mayoría de los programas de beneficios grupales, nuestros productos tienen exclusiones, limitaciones, períodos de espera y términos para mantenerlos en vigor.

Dental

Nuestro plan dental integral proporciona a los miembros los Servicios de Cuidado Preventivo, Cuidado Básico y Atención Mayor que necesitan.

Para minimizar el desembolso de gastos dentales, usted tiene acceso a **DentalGuard Preferred Select Network**, una de las mayores redes de proveedores preferidos dentales de la industria con dentistas en más de 120,000 localidades en todo el país. Usted puede visitar a cualquier dentista o especialista que desee. Sin embargo, al visitar a un dentista dentro de la red DentalGuard Preferred Select Network usted podrá ahorrar dinero. ¿Cómo?

- Los dentistas de la red DentalGuard Preferred Select Network cobran hasta 35% menos de lo que cobran generalmente los dentistas¹.
- Aprovechando las bajas tarifas ofrecidas por los proveedores dentro de la red, usted podrá estirar aún más los máximos anuales de su plan.

Resumen de Beneficios

Beneficios Dental (por asegurado)	
Cargos Que Cubrimos (coaseguro)	
Preventivo - Tipo I	100%
Básico - Tipo II	80%
Mayor - Tipo III	50%
Deducible Por Año Calendario	
Preventivo - Tipo I	No aplica
Básico - Tipo II y Mayores - Tipo III	\$50
Máximo Por Año Calendario - (Tipos I - III)	\$1,500
Período de Espera	
Preventivo - Tipo I	Ninguno
Básico - Tipo II	Ninguno
Mayor - Tipo III	Ninguno

¹Los Ahorros dependen de la ubicación del dentista y del tipo de servicio.

Para localizar un dentista de la red de DentalGuard Preferred Select, llame al 1-800-627-4200, o vaya a www.GuardianLife.com, y siga estos pasos:

1. Seleccione "Encontrar un proveedor" en la parte superior del sitio hacia el lado derecho.
2. En la parte inferior de la página, seleccione "¿Tiene un plan que no es proporcionado por Guardian? ¿Tiene acceso a la red preferida de DentalGuard?"
3. Ingrese la información para buscar múltiples proveedores en su área por código postal o ciudad y estado.
4. Para buscar un proveedor específico en su área, ingrese el apellido del proveedor.

Si hay un (1) al lado de su proveedor elegido, tenga en cuenta que este dentista está participando a través de otra red ("Red de socios"). Para asegurarse de que su proveedor esté cubierto por DentalGuard Preferred Select Network, comuníquese con esa oficina directamente antes de utilizar sus beneficios dentales.

Los servicios de la Red de Proveedores Dentales son proporcionados por The Guardian Life Insurance Company of America. www.guardianlife.com. Pan-American Life y The Guardian Life Insurance Company of America no están afiliados.

Vision

Beneficios

- Precio descontado para lentes y anteojos
- \$0 co-pago por exámenes
- \$0 co-pago por opciones de lentes estándar
- No se requiere documentación para reclamos de proveedores en la red
- Garantía contra daños por un 1 año, sin costo adicional.
- Precio fijo para los lentes.
- Incluye descuentos para la cirugía LASIK
- Descuentos para audífonos

Para obtener más detalles sobre el plan, visite davisvision.com/member y entre el Código del Cliente [9001] o llame al 1 (800) 836-2094 y entre el Código del Cliente cuando le indiquen.

Como miembro, tendrá acceso a una Colección Exclusiva de marcos. Los marcos que incluye esta Colección Exclusiva están disponibles en aproximadamente 9,000 puntos de venta a través de los EE. UU.

Visite la página para mirar los marcos y encontrar una Colección cercade usted. El símbolo del marco indica que el proveedor tiene la Colección



Detalles del Plan Fashion Value Vision

Beneficios	En la Red
Exámenes de la Vista – cada 12 meses	\$0 co-pago
Anteojos con Prescripción	
Marcos – cada 24 meses	\$110 asignados para marcos + 20% de descuento en el excedente ¹
Marcos de Colección Exclusiva (Moda/Disenador/Estreno)	Cobertura completa / \$15 de cargo / \$40 de cargo
Marcos – cada 24 meses	\$0 co-pago por lentes estándar
Recubrimientos y Tintes Especiales	Varía según el tipo de lente – detalles al dorso
Evaluación y Adecuación para Lentes de Contacto ² – cada 24 meses (en lugar de anteojos)	\$0 co-pago para lentes convencionales; adecuación cubierta en su totalidad
	\$0 co-pago para lentes especializados; \$60 asignados para adecuación
	\$110 asignados para materiales + 15% de descuento para el excedente ¹
LASIK (cirugía refractiva)	40% a 50% de descuento sobre el promedio nacional

Plan de la Visión administrado por Davis Vision

1. Los descuentos adicionales están sujetos a ciertas limitaciones; los descuentos no aplican a todos los proveedores de la red.

2. La cobertura para los lentes de contacto varía según la selección del producto. Los lentes de contacto requeridos están completa mente cubiertos con aprobación previa. Davis Vision ha hecho todo lo posible por describir la cobertura del plan. Si hay alguna diferencia entre este documento y el contrato del plan, el contrato prevalecerá.

	Co-pagos para opciones de lentes y actualizaciones
Visión sencilla, bifocal, trifocal o lentes lenticulares (cualquier RX) de plástico claro	\$0
Lentes de mayor tamaño	\$0
Lentes plásticos	\$0
Lentes de policarbonato (niños / adultos)	\$0 / \$35
Lentes de Índice Alto	\$60
Lentes polarizados	\$75
Lentes progresivos (Standard / Premium / Ultra)	\$65 / \$105 / \$140
Cobertura Anti-reflectora (AR) (Standard / Premium / Ultra)	\$40 / \$55 / \$69
Protección Ultravioleta	\$15
Tinte para lentes plásticos (Sólido / Gradiente)	\$15
Lentes Fotocromáticos Plásticos (Transitions® Signature™)	\$70
Recubrimiento resistente a rayas	\$0
Plan para el Recubrimiento resistente a rayas (Visión Sencilla / Multifocal)	\$20 / \$40

Beneficios Fuera de la Red de Proveedores

Puede utilizar los servicios de un proveedor fuera de la red, sin embargo, puede obtener mejor precio extendiendo sus beneficios si selecciona uno de los proveedores de la red.

Reembolso Fuera de la Red (monto máximo)

Examen de la vista: \$40	Lentes Trifocales: \$80
Marco: \$50	Lentes Lenticulares: \$100
Lentes Visión-Sencilla: \$40	Lentes de Contacto Electivos: \$80
Bifocales / Lentes Progresivos: \$60	Lentes de Contactos Requeridos: \$225

Para preguntas, llame al



1-800-836-2094

Ingrese el código de cliente 9001, cuando se le solicite

Ingrese su código de cliente en la sección “Inicio de sesión para miembros” de nuestro sitio web davisvision.com/member para encontrar un proveedor