

2017

Flexible Benefits
ENROLLMENT

CUADRO COMPARATIVO DE BENEFICIOS MÉDICOS - AÑO DE PLAN 2017

Este cuadro contiene un resumen de las disposiciones de beneficios para cada opción de plan médico. Para obtener más información, visite Flexible Benefits en www.TeamMeridian.com o llame al Equipo de Servicios de Apoyo de Recursos Humanos al 732-751-3553.

Disposiciones del plan	QualCare HMO		QualCare PPO		
	Inner Circle	Dentro de la red	Inner Circle	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual (individual/familiar)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	\$850*/\$1,700*	\$1,500*/\$3,000*
Coseguro	100%	80%	90%	75%	60%
Coseguro - el máximo anual que usted paga (individual/familiar)	\$6,600/\$13,200	\$6,600*/\$13,200*	\$1,000*/\$2,000*	\$5,600*/\$11,200*	\$8,000*/\$16,000*
Máximo de por vida	Ilimitado		Ilimitado		
Servicios de internación cubiertos					
Copago hospitalario (aplicado antes del deducible, por admisión)	100%	\$500 de copago/admisión**	100%	75%	60%
Servicios ambulatorios cubiertos					
Visita al consultorio del médico de cabecera	\$20 de copago	\$30 de copago	\$30 de copago	\$40 de copago	60% de la lista de tarifas después del deducible
Visita al especialista	\$30 de copago	\$40 de copago	\$40 de copago	\$50 de copago	60% de la lista de tarifas
Cirugía ambulatoria (cuando se realiza en un centro quirúrgico autónomo o para cirugía realizada en consultorio)	100%	80%	90%	75% después del deducible	60% de la lista de tarifas después del deducible
Atención preventiva, incluyendo exámenes físicos de rutina y vacunas (podrían corresponder límites en la frecuencia)	100%	100%	100%	100%	60% de la lista de tarifas después del deducible
Quiropráctico	\$30 de copago	\$40 de copago	\$40 de copago	75% después del deducible	60% de la lista de tarifas después del deducible
Radiografía para diagnóstico, servicios de laboratorio y tratamientos (cargo del establecimiento)	100%	80%	100%	75% después del deducible	60% de la lista de tarifas después del deducible

Disposiciones del plan	QualCare HMO		QualCare PPO®		
	Inner Circle	Dentro de la red	Inner Circle	Dentro de la red	Fuera de la red
Medicamentos recetados	Programa de farmacia minorista - Limitado a un suministro para 30 días				
Genéricos	Usted paga un copago de \$10		Usted paga un copago de \$10		
Marcas de fuente única	Usted paga un copago de \$45		Usted paga un copago de \$45		
Marcas de fuente única	Usted paga un copago de \$65		Usted paga un copago de \$65		
Medicamentos recetados	Programa de encomienda postal - Limitado a un suministro para 90 días				
Genéricos	Usted paga un copago de \$25		Usted paga un copago de \$ 25		
Marcas de fuente única	Usted paga un copago de \$112.50		Usted paga un copago de \$112.50		
Marcas de fuente única	Usted paga un copago de \$162.50		Usted paga un copago de \$162.50		
Salud mental/Abuso de sustancias					
Atención con internación					
Médico	100%	80%	90%	75% después del deducible	60% después del deducible
Hospital	100%	\$500 de copago/admisión**	100%	75%	60%
Salud mental/abuso de sustancias ambulatorio	100%	\$40 de copago	100%	\$50 de copago	60% de la lista de tarifas**
Servicios de emergencia					
Sala de emergencias (se anula el copago si la persona es admitida)					
Médico	100%	100%	100%	90% después del deducible	90% después del deducible
Hospital	\$50 de copago/visita	\$50 de copago/visita	100%	100%	100%
Servicio de ambulancia (medicamente necesario)					
Otros servicios					
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla					
Hospital	100%	80%	100%	75% después del deducible	60% de la lista de tarifas después del deducible
Consultorio médico	\$30 de copago	\$40 de copago	90%	75% después del deducible	60% de la lista de tarifas después del deducible
Radioterapia, quimioterapia y terapia cardíaca	100%	80%	100%	75% después del deducible	60% de la lista de tarifas después del deducible
Diálisis	100%	80%	100%	75% después del deducible	60% de la lista de tarifas después del deducible
Cuidado de la salud a domicilio (cada visita está limitada a 4 horas o menos)	100%	80%	90% (60 visitas/año calendario)	75% después del deducible (60 visitas/año calendario)	Sin cobertura
Atención prolongada/enfermería especializada					

Disposiciones del plan	QualCare HMO		QualCare PPO		
	Inner Circle	Dentro de la red	Inner Circle	Dentro de la red	Fuera de la red
Otros servicios (continuación)	Farmacia Ambulatoria Meridian				
Cuidados paliativos para enfermos terminales					
Equipos médicos durables					
Atención de la visión					
Examen de la visión (1 examen/año)	\$20 de copago	\$30 de copago	\$30 de copago	\$40 de copago	Sin cobertura
Especialista	\$30 de copago	\$40 de copago	\$40 de copago	\$50 de copago	Sin cobertura
Beneficio óptico (cada 2 años)	\$50 de beneficio	\$50 de beneficio	\$50 de beneficio	\$50 de beneficio	Sin cobertura
Acupuntura					
Si tiene preguntas, comuníquese directamente con los planes: QualCare HMO: (800) 254-0130 o www.qualcareinc.com QualCare PPO: (800) 992-6613 o www.qualcareinc.com					

*Inner Circle y dentro de la red: Los deducibles y máximos de bolsillo son acumulativos. Los costos de bolsillo de miembros elegibles no debe ser superior a \$6,600 para una persona/\$13,200 para una familia contando tanto gastos médicos como gastos con medicamentos recetados. Fuera de la red: Los deducibles y máximos de bolsillo deben satisfacerse por separado.

**Además del copago indicado, el miembro es responsable por un coseguro del 10%.

En el caso de conflicto entre disposiciones de beneficios, prevalecerá el documento del plan.