

# TEAM

RISK MANAGEMENT STRATEGIES

Usted es elegible para inscribirse en nuestro plan medico. Ofrecemos tres planes medicos: Bronce, Plata y Oro. Tambien ofrecemos un plan Dental y Vision. Usted puede elegir dental y vision independiente del plan medico.

Abajo se encuentra un breve resumen de los planes médicos que ofrecemos. Tendremos acceso al plan basado en referencias para repasar y procesar cargos médicos directamente con los proveedores. Esto significa que no existe una red afiliada que fue pre-negociada ni establecida.

Beneficios del Año Calendario	GOLD PLANES	SILVER PLANES	BRONZE PLANES
Deducible	\$2,000 Individual /\$5,000 Familia	\$3,500 Individual /\$7,000 Familia	\$7,000 Individual/ \$14,000 Familia
Fuera de Bolsillo Máximo	\$8,150 Individual/ \$16,300 Familia	\$8,150 Individual/ \$16,300 Familia	\$8,150 Individual/ \$16,300 Familia
Hospitalización	20% después de Deducible	30% después de Deducible	40% después de Deducible
Consultas	\$40 Copago Primary Care \$80 Copago Specialist	30% después de Deducible	\$40 Copago por 2 visitas— then 40% después de Deducible
Examen Físico	No Copago	No Copago	No Copago
Recetas	\$20 Genérico \$40 Marca \$100 No Formulario	30% después de Deducible	40% después de Deducible
Recetas por Correo	2 Copagos por surtido de 90 días	30% después de Deducible por surtido de 90 días	40% después de Deducible por surtido de 90 días
Sala de Urgencias	\$50 Copago	30% después de Deducible	40% después de Deducible
Cuarto de Emergencia	20% después de Deducible	30% después de Deducible	40% después de Deducible
Radiografía de Diagnóstico y de Laboratorio	20% después de Deducible	30% después de Deducible	40% después de Deducible

DENTAL	
Calendear Dental años máximo	\$1,500 por persona
Deducible por año calendario	\$50 Individual / \$150 Familia
Cuidado preventivo	100% (no Deducible)
Cuidado Básica	80% después de Deducible
Mayor Cuidado	50% después de Deducible
Ortodoncia	50% después de Deducible
Ortodoncia máximo de por Vida	\$1,500

VISION	
Examen de la vista	\$50 cada 12 meses
Monturas de gafas	\$100 cada 24 meses
Lentes	\$100 cada 24 meses
Lentes de contacto en lugar de anteojos	\$100 cada 24 meses

Prima de Plan Médico por Mes±	Gold	Silver	Bronze
Empleado	\$1,280.00	\$1,030.00	\$800*
Empleado + Esposo(a)	\$3,400.00	\$2,700.00	\$2,360.00
Empleado + Hijo (s)	\$7,080.00	\$5,730.00	\$4,220.00
Empleado + Familia	\$8,990.00	\$8,060.00	\$5,860.00
*8.75% de los salarios brutos un tope de \$800/mes			

Prima de Plan Dental y Vision por Mes±	
Empleado	\$99.00
Empleado + Esposo(a)	\$199.00
Empleado + Hijo (s)	\$239.00
Empleado + Familia	\$339.00

## **Preguntas de beneficios e inscripción?**

**TEAM - Naomi Clift**  
[benefits@teamemployer.com](mailto:benefits@teamemployer.com)  
 (619) 795-0843

**Acrisure - Travis Hunter**  
[tlhunter@acrisure.com](mailto:tlhunter@acrisure.com)  
 720-880-5079

±Los montos de las primas reflejan la responsabilidad del empleado por el costo de la cobertura, en caso de que el empleado decida inscribirse en la cobertura para el año del plan actual o hasta la terminación del empleo u otro Evento de Vida Calificado.