

WMI MUTUAL INSURANCE COMPANY – UTAH 80/60 PLAN

Se aplica a los nuevos años del plan de las pólizas vendidas en o después de 4/1/2010

| DEDUCIBLE MÉDICO, DEDUCIBLE DE Rp, Y GASTOS DE BOLSILLO COMO MÁXIMO | INDIVIDUAL | FAMILIA |
|--|--|---|
| Deducible por año calendario y deducible de Rp (deducible médico aplica a menos que se especifique lo contrario. Deducible de Rp es por persona, no hay máximo de la familia.) | \$150 (Rp \$50) \$300 (Rp \$75) \$500 (Rp \$100) \$1,000 (Rp \$200) | \$450 \$900 \$1,500 \$3,000 |
| Gastos de Bolsillo como Máximo (incluye deducible) | | |
| | \$150 Deducible | \$2,000 |
| | \$300 Deducible | \$2,400 |
| | \$500 Deducible | \$3,000 |
| | \$1000 Deducible | \$4,000 |
| Máximo anual por persona (para beneficios esenciales) | \$2,000,000 | N/A |
| Recetas Receta deducible se aplicará a los medicamentos genéricos, sino que se aplica a todos los medicamentos de marca. Para los medicamentos genéricos, el miembro paga el mayor de \$10 o 20%. Para los medicamentos de marca, el miembro paga el mayor de \$30 o 30% después del deducible. (Para receta deducible, consulte la información deducible de arriba.) | | |
| | PLAN PAGA | |
| SERVICIOS PROFESIONALES (Deducible médico aplica a menos que se especifique lo contrario.) | PPO | NON-PPO |
| Visita al Consultorio/Clinica de Atención Urgente | 80% | 60% |
| Bebé Sano (como se establece en la póliza; no está sujeto al deducible) | 100% | 60% |
| Niño Sano (como se establece en la póliza; no está sujeto al deducible) | 100% | 60% |
| Cuidados Preventivos (como se establece en la póliza) | 100% (no está sujeto al deducible) | 60% después del deducible (no se cobra en \$150 y \$300 planes con deducibles) |
| Cuidados de Maternidad | 80% | 60% |
| SERVICIOS DE INSTALACIONES (Deducible médico aplica a menos que se especifique lo contrario.) | PPO | NON-PPO |
| Paciente Hospitalizado (habitaciones semiprivadas, servicios y suministros de hospital, atención de maternidad, centro de enfermería especializada, etc.) | 80% | 60% |
| Paciente Ambulatorio (servicios de cirugía y afines, diagnóstico de rayos X y de laboratorio, etc.) | 80% | 60% |
| Sala de Emergencia | 80% | 60% |
| Enfermedad Mental para Pacientes Hospitalizados (para pequeños empleadores)* Los gastos elegibles son pagados en hasta un máximo de 15 días por cada año calendario. | 60% | 50% |
| Enfermedad Mental Ambulatoria (para pequeños empleadores)* Consultas ambulatorias elegibles están limitadas a 20 visitas cubiertas por el plan por año calendario. | 60% | 50% |
| Tratamiento de Hospitalización de Alcohol o Abuso de Sustancias (para pequeños empleadores)* | | Los gastos elegibles son pagados en 50% después del deducible y están cubiertos por el plan para un máximo de 5 días en cualquier periodo de 12 meses. También hay un máximo de por vida de 10 días de hospitalización. |
| Tratamiento Ambulatorio de Alcohol o Abuso de Sustancias (para pequeños empleadores)* | | Los gastos elegibles son pagados en 50% después del deducible y están cubiertos por el plan para un máximo de 20 visitas por año calendario. |
| Hospitalización y Tratamiento Ambulatorio de Enfermedad Mental (para grandes empleadores)** | 80% | 60% |
| Hospitalización y Tratamiento Ambulatorio de Alcohol o Abuso de Sustancias (para grandes empleadores)** | 80% | 60% |
| * Hay tres opciones empleador para la enfermedad mental, alcohol o abuso de sustancias para los pequeños empleadores (con 50 empleados o menos): (1) el que se menciona arriba, (2) no hay salud mental o beneficio Rp; o (3) la cobertura catastrófica. Cuando el empleador selecciona la opción de cobertura catastrófica, hay un distinto gasto de bolsillo como máximo que se aplica solamente a estos gastos. | | |
| ** Hay dos opciones empleador para la enfermedad mental, alcohol y abuso de sustancias para los grandes empleadores (patronos con 51 o más empleados): (1) la lista anterior la ("paridad"), o (2) no la enfermedad mental y el alcohol o tratamiento de abuso de sustancias o beneficio Rp. | | |
| MISCELÁNEO (Deducible médico aplica a menos que se especifique lo contrario.) | PPO | NON-PPO |
| Servicios de Ambulancia (limitado a beneficio de \$2,500 por ocurrencia de un terreno y \$15,000 por ocurrencia del aire) | 80% | 60% |
| Equipo Médico Duradero (Beneficio máximo es de \$3,000 por año calendario. Ciertos tipos de equipos se pagan en un 80% hasta un beneficio máximo de \$7,500 por año calendario. Consulte la póliza para detalles específicos.) | 80% | |
| Quiropráctica (Este beneficio está limitado a \$2,000 por año calendario; \$2,000 limitación no se aplica para el tratamiento hecho dentro de los seis meses de la cirugía de columna vertebral.) | 80% | 60% |
| Prótesis (Sólo la prótesis inicial es elegible para un pago máximo de \$5,000.) | 80% para un miembro natural o perdida de ojo mientras asegurado | |
| Colonoscopías (sujeto a las directrices de la Sociedad Americana del Cáncer) | 100% (no sujeto al deducible) | 60% |
| Mamografías (sujeto a las siguientes directrices: una línea de base para las mujeres entre las edades de 35 y 39; cada dos años para las mujeres de 40 a 49; y cada año para mujeres de 50 años o más) | 100% (no sujeto al deducible) | 60% |
| Circuncisión (si se realiza dentro de los 30 días siguientes de nacimiento o adopción de un pago máximo de \$150) | 80% | 60% |
| Estudios de Sueño (Este beneficio está limitado a un máximo del pago del plan por vida de \$1,000.) | 80% | 60% |
| Apnea de Sueño (Este beneficio está limitado a un máximo del pago del plan por vida de \$5,000.) | 80% | 60% |
| Trasplantes de Órganos | Consulte la póliza para los detalles específicos | |

Este es un resumen parcial de los únicos beneficios. El libro de beneficios contiene beneficios completos, exclusiones y limitaciones, y es el documento rector. Las enfermedades