

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 y a los planes de los grupos que son clasificados como grandes particulares.

DEDUCIBLE MÉDICO, DEDUCIBLE DE Rx, Y GASTOS DE BOLSILLO COMO MÁXIMO		INDIVIDUAL	FAMILIA
Deducible por año calendario y deducible de Rx (deducible médico aplica a menos que se especifique lo contrario. Deducible de Rx es por persona, no hay máximo de la familia.)		\$150 (Rx \$50) \$300 (Rx \$75) \$500 (Rx \$100) \$1,000 (Rx \$200)	\$450 \$900 \$1,500 \$3,000
Gastos de Bolsillo como Máximo (incluye deducible)	\$150 Deducible	\$2,000	\$4,000
	\$300 Deducible	\$2,400	\$4,800
	\$500 Deducible	\$3,000	\$6,000
	\$1000 Deducible	\$4,000	\$8,000
Recetas Receta deducible no aplicará a los medicamentos genéricos, sino que 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 Rx; 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 (patrones 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 Rx.			
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 (Solo la prótesis inicial es elegible para un pago máximo de \$5,000.)		80% para un miembro natural o pérdida 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.