



## *Seguro Médico Limitado Accesible para nuestros Valiosos Empleados*

- Visitas a Consultorio
- Radiografías y Análisis Diagnósticos en Consultorio
- Atención Preventiva
- Cobertura para Accidentes
- Ningún Límite por Condiciones Pre-existentes
- Compensación por Internación Hospitalaria y más

Garantizados por:



*Opciones Voluntarias de Beneficios para Empleados*

**Employers Resource** tiene el orgullo de ofrecerle este Programa de Beneficios Médicos Limitados a nuestros empleados. Hemos diseñado un programa que le ofrece beneficios valiosos y accesibles, porque nosotros los valoramos a usted y a su familia. Existen tres planes entre los que se puede elegir para encontrar el programa que mejor cubra a sus necesidades.

Beneficios	Plan Standard	Plan Select	Plan Premier
Visitas a Consultorio	\$60 cada visita máximo de \$360 por año calendario	\$70 cada visita máximo de \$420 por año calendario	\$75 cada visita máximo de \$450 por año calendario
Análisis y Radiografías Diagnósticos en Consultorio	\$60 por día máximo de \$360 por año calendario	\$70 por día máximo de \$420 por año calendario	\$75 por día máximo de \$450 por año calendario
Servicios Preventivos	\$100 cada visita máximo de \$300	\$150 cada visita máximo de \$450 por año calendario	\$150 cada visita máximo de \$450 por año calendario
Cobertura para Accidentes	\$500 por suceso	\$1,000 por suceso	\$1,000 por suceso
Beneficio de Compensación por Sala de Emergencias Sólo para Enfermedades	\$100 cada visita máximo de \$400 por año calendario	\$150 cada visita máximo de \$600 por año calendario	\$200 cada visita máximo de \$800 por año calendario
Beneficios Diario para Pacientes Hospitalizados - Terapia Intensiva - Abuso de Sustancias - Trastornos Mentales - Centro Hospitalario de Enfermería Especializada	\$600 por día \$1,200 por día \$300 por día \$300 por día \$300 por día	\$900 por día \$1,800 por día \$450 per day \$450 per day \$450 per day	\$1,500 por día \$3,000 por día \$750 por día \$750 por día \$750 por día
Beneficios Quirúrgicos - Hospitalización - En Consultorio - Operaciones Menores en Consultorio/ Punción Venosa	Máximo total de \$1,600 Cantidad total de \$1,000 Cantidad total de \$500 Cantidad total de \$75 / \$25	Máximo total de \$1,600 Cantidad total de \$1,000 Cantidad total de \$500 Cantidad total de \$75 / \$25	Máximo total de \$1,600 Cantidad total de \$1,000 Cantidad total de \$500 Cantidad total de \$75 / \$25
Anestesiología	Cantidad total de \$250	Cantidad total de \$250	Cantidad total de \$375
Red Beech Street Viant	Incluído	Incluído	Incluído
* Programa de Medicamentos Recetados	Incluído	Incluído	Incluído
* Programa de Ahorros para la Salud	Incluído	Incluído	Incluído
Tarifa Voluntaria	<b>Mensual</b>	<b>Mensual</b>	<b>Mensual</b>
Empleado solamente	\$111.46	\$145.66	\$198.20
Empleado más hijo/s	\$168.04	\$222.54	\$301.01
Empleado más Cónyuge	\$270.18	\$360.11	\$498.35
Familia	\$282.73	\$379.00	\$519.86

\*Estos beneficios no quedan garantizados por la compañía Standard Security Life Insurance Company of New York.

## Red Beech Street Viant

Beech Street es una Organización de Prestadores Preferenciales (Preferred Provider Organization (PPO)) en 39 estados y en el Distrito de Columbia. Una PPO hace contrato con Hospitales y Profesionales para recibir descuentos para gastos médicos. Los miembros pueden calificar para recibir dichos descuentos si reciben servicios de uno de dichos prestadores. La Red es eficaz y fácil de usar.

Para encontrar miembros proveedores de Beech Street, se puede llamar al número gratis 800-877-1444 o entrar al sitio [www.beechstreet.com](http://www.beechstreet.com). Los miembros deben llamar al proveedor y confirmar que es miembro de la red Beech Street. Al llegar al consultorio del proveedor, muestre su tarjeta de identificación con el logotipo de Beech Street.

Los miembros siguen pudiendo elegir cualquier doctor que prefieran y pueden pedir que se asignen sus reclamos.

Todos los beneficios será pagos de la manera que es ha especificado en las normas de beneficios de la póliza sin importar a qué proveedor se elija.



**Llame a Servicios para Miembros al 800-822-3906  
si tiene preguntas en cuanto a su plan**

# Descripción de los Beneficios de Seguro Médico

## **Beneficio de Compensación para Visitas a Consultorio en casos de Enfermedad, Accidentes y Emergencias Médicas**

Dicho beneficios se pagan por visita y por persona con cobertura. Según este beneficios, no se cubren exámenes rutinarios, vacunas ni Atención Preventiva.

## **Beneficios de Compensación por Radiografías y Análisis de Diagnóstico**

Dicho beneficios se paga por día y por persona con cobertura, en casos que no se requiere internación. Este beneficio no cubre Radiografías y Análisis de Laboratorio rutinarios y de prevención.

## **Beneficios para Gastos en casos de Accidente**

Se cubre hasta el 100% de gastos hechos, y deben pagarse antes de que pasen 90 días de haber ocurrido el Daño Corporal Accidental. Se pagan Beneficios por cada accidente.

## **Beneficio de Compensación por Atención Preventiva**

El beneficio se paga por visita y por persona con cobertura. Según este beneficio quedan cubiertos los exámenes rutinarios, vacunas y toda otra Atención Preventiva como se haya definido en la cobertura.

## **Visita a Sala de Emergencia**

Se pagan beneficios por una persona con cobertura que visite la Sala de Emergencia a raíz de una enfermedad no ocupacional que no requiera internación.

## **Beneficio de Compensación por Internación Diaria y por Centro de Enfermería Especializada**

**Beneficio de Internación Diaria** El beneficio se paga por día. Existe un Máximo de por Vida de 500 días de internación (excepto en casos de Abuso de Sustancias, Enfermedades Mentales y Centros de Internación con Enfermería Especializada).

**Terapia Intensiva** Se paga el doble del Beneficio Diario de Internación, hasta un máximo de 30 días por Año Calendario.

**Trastornos Mentales** Se paga el 50% del Beneficio de Diario de Internación, hasta un máximo de \$5,000 por Año Calendario. Máximo de por Vida: \$30,000.

**Abuso de Sustancias** Se paga el 50% del Beneficio Diario de Internación, hasta un máximo de 30 días por Año Calendario. Máximo de por Vida: \$30,000.

**Centro Hospitalario de Enfermería Especializada** Se paga el 50% del Beneficio Diario de Internación. El beneficio máximo por persona con cobertura por período de internación es de 60 días. Sólo se cubre la internación si ocurre luego de una hospitalización cubierta de por lo menos 3 días.



**Aviso Importante:** El Programa para Medicamentos Recetados no se considera "Cobertura Acreditada" según las nuevas reglas de Medicare, parte D. Los individuos que califican para recibir Medicare quizás tengan que pagar mayores gastos si tardan en anotarse en el nuevo Plan Médico de Farmacia.

## **Beneficio de Compensación por Cirugía con Internación, en Consultorio, y por Cirugía Menor y Punción Venosa en Consultorio**

No se pagan beneficios por cirugía oral o por odontología.

**Internación** Se pagan beneficios por un procedimiento por año o dos o más dentro de la misma sesión quirúrgica.

**En Consultorio** Se pagan beneficios por un procedimiento por año o dos o más dentro de la misma sesión quirúrgica, a menos que sean procedimientos quirúrgicos menores o punciones venosas en consultorio.

**Cirugía Menor en Consultorio** Los beneficios se pagan a un nivel fijo de beneficios por un procedimiento por año o dos o más dentro de la misma sesión quirúrgica.

**Punción Venosa en Consultorio** Los beneficios se pagan a un nivel fijo de beneficios por un procedimiento por año.

## **Beneficios de Compensación por Anestesiología**

Si la cobertura incluye un beneficio de Cirugía con Internación, en Consultorio, y de Cirugía Menor y Punción Venosa en Consultorio, se paga un monto igual al 25% del beneficio quirúrgico para la anestesiología.

## **Coberturas Adicionales**

### **Programa de Medicamentos Recetados**

**Marca Preferencial y Drogas Genéricas** - \$10, \$20, \$40 o menos por la cantidad y la dosis planeada

**Drogas No Preferenciales** – Se aplican descuentos

**Farmacia por Correo** - Incluida

El Plan de Farmacia con Precios a diferentes niveles (Tiered Pricing Pharmacy Plan) se acepta en más de 48,000 farmacias en los Estados Unidos, las cuales incluyen CVS, Rite Aid, MedicineShoppe, Walgreens y farmacias independientes en todo el país. Para saber dónde se encuentran dichas Farmacias, se puede llamar a servicio al consumidor al 800-800-7616.

### **Programa de Ahorro para la Salud**

Al anotarse, usted recibe ahorros importantes para las siguientes coberturas:

**Atención Quiropráctica\*** - se ahorra del 30% al 50% en tratamientos y servicios.

**Vitaminas y Complementos Nutricionales** – se ahorra un 10% en más de 6,000 productos.

**Visión** – se ahorra del 20% al 60% al comprar anteojos recetados, del 10% al 30% para exámenes de vista y para procedimientos quirúrgicos (los cuales incluyen cirugía PRK y LASIK).

**Audición** – Análisis gratis de audición y ahorros del 15% al 25% para aparatos de audición.

Además, los miembros también tienen acceso a lo siguiente:

**Línea Directa a una Enfermera las 24 horas**— hable confidencialmente con una enfermera diplomada, 24 horas al día, 7 días a la semana. Reciba información y respuestas a preguntas en cuanto a su salud.

**Servicios de Asesoría**— hable con un asesor por teléfono 24 horas al día, 7 días a la semana para recibir ayuda con problemas personales de cualquier tipo o para resolver problemas.

# Preguntas Hechas con Frecuencia

## ¿Cómo funciona este plan?

El plan está diseñado para dar cobertura para necesidades cotidianas de la salud. Aunque la cobertura no proporciona beneficios ilimitados y tampoco cubriría necesidades catastróficas de salud, sí proporciona beneficios básicos y valiosos. Usted puede ir a ver a cualquier doctor licenciado o ir a cualquier hospital y no hay redes o listas de doctores que esté obligado a usar. No existen deducibles que haya que pagar antes de que el seguro cubra un gasto elegible.

## ¿Me van a dar una tarjeta de identificación?

Una vez que se anotan, los empleados reciben un kit de aplicación, el cual tiene lo siguiente: una Descripción Resumida del Plan, la cual describe sus beneficios, una Tarjeta Plástica de Identificación y un Certificado de Cobertura. La Tarjeta de Identificación incluye información en cuanto a beneficios médicos y de medicamentos recetados.

## ¿Existe algún Límite por Condiciones Pre-Existentes según esta póliza?

Según esta póliza no existe ningún Límite por Condiciones Pre-Existentes. No deberá contestar ninguna pregunta médica al anotarse.

## ¿Tengo que usar doctor o un hospital dentro de red para poder recibir beneficios?

No, usted tiene la libertad de usar cualquier doctor u hospital (según se define en la póliza del plan). Sin embargo, si usted elige ir a un proveedor aprobado de la Red Beech Street Viant, va a recibir una tasa negociada de descuento.

## ¿Tengo que usar una farmacia dentro de red o una lista de formulario de drogas?

Sí, usted recibirá un folleto que lista las drogas que quedan cubiertas en cada nivel, al igual que las drogas con descuento. Ese folleto también incluye una lista de las farmacias que participan.

## Reclamos

Standard Security Life Insurance Company of New York Medical Claims  
c/o Insurers Administrative Corporation  
Post Office Box 21156  
Eagon, MN 55121

(800) 822-3906

## Preguntas en cuanto a Suscripción y Cobertura

El Servicio para Miembros está disponible  
Lunes a Viernes de 7:00 de la mañana a 7:00 de la tarde  
Horario de Zona Central

(800) 822-3906

*Hay representantes que hablan Español*

## Los Programas de Ahorro para la Salud y de Medicamentos

**Recetados no son un seguro.** Estos programas dan descuentos para servicios médicos con ciertos proveedores de servicios para la salud. No le pagan directamente a los proveedores. El miembro del plan tiene la obligación de pagar por todo servicio de atención médica pero recibirá descuentos por parte de los proveedores de servicios médicos que tengan contratos con la organización del programa de descuento. La gama de descuentos por servicios médicos o auxiliares que se proporcionen mediante el programa varía dependiendo del tipo de proveedor y del servicio médico o auxiliar que se haya recibido.

**Avisos Importantes:** Este programa es un Seguro Médico Limitado y no tiene el propósito ni se recomienda que se lo use para reemplazar un programa total de seguro en el que participe actualmente, o en el que tenga la intención de participar. Este folleto sólo presenta un resumen. Standard Security Life Insurance Company of New York ofrece el seguro y le dará un Certificado detallado de Cobertura a su pedido luego de su suscripción.

## Declaración Breve en cuanto a Condiciones de la Póliza acerca de Primas, Renovabilidad y Cese

La política es renovable a opción de la Compañía o la aseguradora. La aseguradora se reserva el derecho (sujeto a requisitos específicos de cada estado) a cambiar las primas una vez que haya dado 31 días de aviso previo por escrito.

El Asegurado o la Compañía de Seguro puede cesar la cobertura luego de dar 31 días de aviso previo por escrito a la otra parte, y por razones que se encuentren en la póliza grupal, por ejemplo: si el Asegurado no paga la prima requerida; si usted ya no califica para ser asegurado; o si ya no se encuentra en un grupo que califique.



## Standard Security Life Insurance Company of New York—EXCLUSIONES Y LÍMITES DE COBERTURA

Esta Póliza no proporciona ningún beneficio para las siguientes internaciones, visitas, gastos, tratamientos, servicios, suministros para o que tengan que ver con lo siguiente:

1. Servicios Preventivos que no sean Necesarios Médicamente para el tratamiento de Enfermedades o Heridas, excepto los que se especifica en el Beneficio de Compensación por Atención Preventiva, si se encuentran en el Anexo de Beneficios, o
2. Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no se reciba a causa de una Enfermedad o una Herida, o
3. Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no haya recomendado un Doctor, o
4. Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no sea Necesario por Razones Médicas, o
5. Tratamientos, servicios o suministros por los que no se cobra, los cuales no tiene que pagar la Persona con Cobertura, o
6. Cualquier tratamiento, servicio o suministro que proporcione una instalación que pertenezca al gobierno, o la cual opere el gobierno o proveedores de atención médica del gobierno, a menos que la Persona con Cobertura tenga la obligación legal de pagar los gastos hechos, o
7. Gastos de Hospital o de Doctor en casos de Hospitalización durante fines de semana que ocurran entre el Viernes al mediodía y el Domingo siguiente al mediodía que sean para procedimientos no urgentes, a menos que sean Necesarios por Razones Médicas o a menos que haya una operación planeada para el día siguiente; o
8. Una Enfermedad o Herida que suceda a causa de o durante el curso de empleo pago, o una Enfermedad o Herida por la cual la Persona con Cobertura tuvo o tiene derecho a recuperarse según cualquier Ley de Compensación para Trabajadores o para Enfermedades Profesionales, o
9. Exámenes Físicos o psicológicos que requiera un tercero, tal como un tribunal, o para un empleo, licencia, seguro, escuela, o por propósitos de recreación, o
10. Una Enfermedad o Herida que haya ocurrido durante servicio militar activo para cualquier país u organización internacional, o
11. Una Enfermedad o Herida que suceda a causa de una guerra o cualquier acto bélico (declarado o no declarado) o por participación en un disturbio o una insurrección, o
12. Una Enfermedad o una Herida que haya ocurrido (a) durante la comisión o el atento de comisión de un delito o un delito grave o al involucrarse en un acto ilegal; or (b) al estar preso, o
13. Tratamientos, servicios o suministros dados por una pérdida sufrida, ocurrida o sucedida como consecuencia de que la Persona con Cobertura haya (a) estado ebria, o (b) bajo los efectos de un narcótico ilegal, de barbitúricos, halucinógenos o de otra droga, a menos que la haya dado un Doctor y se haya tomado de acuerdo con la dosis recetada. En conclusión, se decide que una Persona con Cobertura se encuentra embriagada por drogas o alcohol si se hace un análisis químico en la jurisdicción en la que ocurrió la pérdida o la causa de la pérdida, y el resultado está por encima del límite legal establecido por dicha jurisdicción, o
14. Tratamientos, servicios o suministros para mejorar la apariencia o la autopercepción de una Persona con Cobertura, los cuales no restoren una función corporal, incluyendo, sin límites, cirugía estética o plástica, pérdida de cabello o arrugas en el cutis, o complicaciones que surjan de cualquiera de dichos tratamientos, o
15. Tratamientos, servicios o suministros para (a) aumentos de busto; (b) extirpación de implantes de seno, a menos que sean Necesarios por Razones Médicas y que estén relacionados con cirugía que se haga como cirugía reconstructiva a causa de una Enfermedad, y (c) cirugía de reducción de busto a menos que sea Necesaria por Razones Médicas a causa de una Enfermedad, o
16. Cirugía para corregir defectos refractivos, tales como queratotomía radial o queratectomía radial, o
17. Exámenes de Vista rutinarios, anteojos, terapia para la vista, o lentes de contacto, excepto cómo se especifica en el Anexo de Beneficio para la Vista si se encuentra en el Anexo de Beneficios, o
18. Exámenes de audición rutinarios para evaluar la necesidad o el cambio de audífonos, y para la compra o ajuste de audífonos, o
19. Implantes peneanos y estudios de fertilidad y esterilidad, o
20. Tratamientos, servicios o suministros (a) para recuperar o aumentar fertilidad, o (b) para revertir esterilización; o
21. Técnicas de impregnación, como por ejemplo (a) inseminación artificial, o (b) fertilización in vitro, lo cual incluye pero no queda limitado a inseminación artificial, transferencia intratubárica de cigotos, transferencia intratubárica de gametos, asesoría genética, y todo gasto relacionado con fertilización in vitro, o
22. Aborto voluntario, excepto en casos en que la vida de la madre se encontraría en peligro si el feto terminara su gestación, o excepto en casos de complicaciones a raíz de un aborto voluntario, o
23. Trastornos Mentales o Abuso de Sustancias, excepto cuando se especifique según el Beneficio de Compensación Diaria por Internación Hospitalaria y Centros de Enfermería Especializada, o
24. Tratamientos, servicios o suministros para eliminar o reducir la dependencia o adicción al tabaco, lo cual incluye pero no se limita a programas de abstinencia de nicotina, productos de nicotina, tales como parches transdérmicos y chicles, hipnotismo y modificación de conducta con metas a cumplir, o
25. Asesoría Matrimonial y para Familias, terapia recreacional, terapia equina, terapia educacional, terapia social o terapia sexual, o
26. Reasignación sexual o disfunciones o insuficiencias sexuales, o
27. Terapia de meridianos (acupuntura), o
28. Tratamientos, servicios o suministros que tengan que ver con corte o extracción de callos, juanetes o uñas (excepto la extracción parcial o completa de raíces de uñas), o
29. Tratamientos, servicios o suministros que tengan que ver con los pies, modos de atado, o estudios de amplitud de movimiento, o
30. Ortosis, o
31. Tratamientos, servicios o suministros para obesidad y pérdida de peso, lo cual incluye alambrado de dientes y todo tipo de operación de derivación gástrica y complicaciones que ocurran a raíz de dicha operación, o
32. Tratamientos, servicios o suministros que se reciban por parte de un Doctor u otro proveedor, si dicha persona es (a) una persona que por lo general vive en Su hogar, (b) un miembro de Su familia inmediata o (c) el Asegurado, o
33. Atención diaria, sin importar quién recete o proporcione dicha atención, o
34. Tratamientos, servicios o suministros que se haya comprado o recibido fuera de los Estados Unidos, a menos que los gastos se hayan hecho durante viajes de negocios o de placer, por un período de menos de 90 días, y si los gastos se hicieron por una Emergencia, siempre y cuando los tratamientos, servicios o suministros que se hayan usado durante dicha Emergencia estén aprobados para uso en los Estados Unidos, o
35. Consultas telefónicas, gastos por haber faltado a una cita, y gastos para llenar formularios, o
36. Tratamientos, servicios o suministros para complicaciones de problemas que no quedan cubiertos según la Póliza, excepto cuando se trata de complicaciones por un aborto voluntario, o
37. Medicamentos Recetados, excepto los que se especifiquen en el Anexo de Beneficio de Compensación por Medicamentos Recetados en Consultorio, si es que se encuentra en el Anexo de Beneficios, o
38. Tratamientos, servicios o suministros que tengan que ver con (a) los dientes y (b) las encías, excepto tumores, y (c) toda otra estructura asociada, (d) la prevención o corrección de irregularidades dentales y oclusión anormal de mandíbulas por medio de alambres, frenos u otras ayudas mecánicas, y (e) implantes dentales, por cualquier razón que sea, excepto cuando se especifica en el Anexo de Beneficios Dentales, si es que se encuentra en el Anexo de Beneficios, o
39. Tratamientos, servicios o suministros necesarios a causa de prognatismo, retrognatismo, micrognatismo, u otros tratamientos, servicios o suministros para reajustar el maxilar superior, la mandíbula, o tanto el maxilar superior como la mandíbula, a menos que sea a causa de una Herida que haya ocurrido mientras se estaba cubierto bajo la Póliza, y una herida a Dientes Naturales Sólidos, y siempre y cuando dicho tratamiento ocurra antes de que pasen 12 meses de la fecha en que ocurrió la Herida, o
40. Tratamientos, servicios o suministros que se proporcionen para la disfunción de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint (TMJ)), o
41. Terapia Física, de habla y ocupacional, o
42. Cuidado Paliativo, o
43. Atención Médica a Domicilio.

Standard Security Life Insurance Company of New York ofrece todas las pólizas que se han descrito más arriba, excepto la Red Beech Street Viant, el Programa de Medicamentos Recetados y el Programa de Ahorros para la Salud.



1301 S. Vista Ave., Suite 250 / Boise, ID 83705  
Teléfono: 866.214.9506 / Fax: 888.201.6365  
[www.employersresource.com](http://www.employersresource.com)