

# Plan Individual PPO

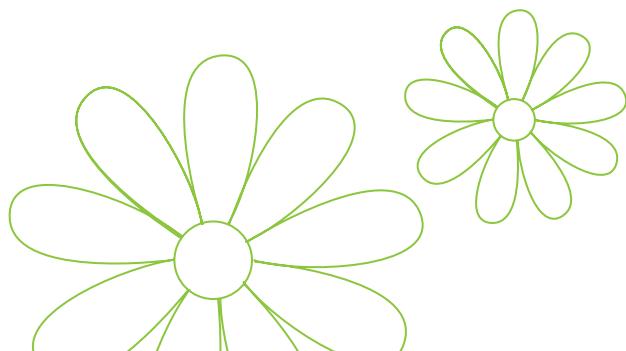
(Organización de Proveedores que Favorece el Plan)



	PPO 20%		PPO 30%*	
	Dentro de la red del plan	Fuera de la red del plan	Dentro de la red del plan	Fuera de la red del plan
<b>Deducible anual</b> se debe pagar el deducible en su totalidad antes de que corresponda el coseguro [seguro compartido]	\$500, \$750, \$1,000, \$2,000, \$2,500, \$3,500, \$5,000	\$1,000, \$1,500, \$2,000, \$4,000, \$5,000, \$7,000, \$10,000	\$1,000, \$2,000, \$2,500, \$3,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000	\$2,000, \$4,000, \$5,000, \$7,000, \$10,000, \$15,000, \$20,000
<b>Cantidad máxima de desembolso por el coseguro</b> [seguro compartido]	\$2,000, \$4,000	\$4,000, \$8,000	\$4,500	\$9,000
<b>Servicios de atención médica con fines de prevención</b>	\$0	40%	\$0	50%
<b>Consultas en el consultorio médico</b>				
<i>No especialista</i>	\$20	40%	\$25	50%
<i>Especialista</i>	\$40	40%	\$50	50%
<b>Atención médica de emergencia</b>	\$200		\$200	
<b>Atención médica urgente</b>	\$40		\$50	
<b>Servicios de hospital</b>				
<i>Pacientes ingresados y no ingresados</i>	20%	40%	30%	50%
<b>Servicios quiroprácticos y de acupuntura</b>				
<i>Una cantidad máxima de \$1,500 por servicio, por año</i>	20%	40%	30%	50%
<b>Beneficio máximo que se ofrece durante el transcurso de la vida</b>	Sin límite		Sin límite	
<b>Beneficios farmacéuticos de medicinas con receta</b>	<i>Debe utilizar los servicios de una farmacia que participe en el plan</i>		<i>Debe utilizar los servicios de una farmacia que participe en el plan</i>	
<i>Genéricas</i>	\$10		\$10	
<i>Medicinas de marca que favorece el plan</i>	\$35		\$35	
<i>Medicinas de marca que no favorece el plan</i>	\$55		\$55	
<i>Medicinas especializadas</i>	20%		20%	

\* Estos planes están a su disposición como planes sólo para cubrir a los menores de edad.

Este resumen contiene sólo los puntos principales de interés y está sujeto a modificarse. Los términos específicos de la cobertura se enumeran en la Guía de la Evidencia de la Cobertura del Seguro Médico, incluso los detalles sobre las Restricciones y las Exclusiones. Además, algunos servicios requieren autorización previa.



**Lovelace**  
Insurance Company

# Plan Individual PPO (Organización de Proveedores que Favorece el Plan)

## Planes de Seguro Médico de Altos Deducibles [HDHP]



	HDHP 0%		HDHP 20%	
	Dentro de la red del plan	Fuera de la red del plan	Dentro de la red del plan	Fuera de la red del plan
<b>Deducible anual*</b> <small>se debe pagar el deducible en su totalidad antes de que corresponda el coseguro [seguro compartido]</small>	\$3,500, \$5,000	\$7,000, \$10,000	\$1,200, \$2,600	\$2,400, \$5,200
<b>Cantidad máxima de desembolso por el coseguro</b> [seguro compartido]	\$3,500, \$5,000	\$7,000, \$10,000	\$2,500, \$5,000	\$5,000, \$10,000
<b>Servicios de atención médica con fines de prevención</b>	\$0	20%	\$0	40%
<b>Consultas en el consultorio médico</b>				
<i>No especialista</i>	0%	20%	20%	40%
<i>Especialista</i>	0%	20%	20%	40%
<b>Atención médica de emergencia</b>	0%		20%	
<b>Atención médica urgente</b>	0%		20%	
<b>Servicios de hospital</b>				
<i>Pacientes ingresados y no ingresados</i>	0%	20%	20%	40%
<b>Servicios quiroprácticos y de acupuntura</b>				
<i>Una cantidad máxima de \$1,500 por servicio, por año</i>	0%	20%	20%	40%
<b>Beneficio máximo que se ofrece durante el transcurso de la vida</b>	Sin límite		Sin límite	
<b>Beneficios farmacéuticos de medicinas con receta</b> <small>Las medicinas con receta están sujetas al deducible anual del plan</small>	<i>Debe utilizar los servicios de una farmacia que participe en el plan</i>		<i>Debe utilizar los servicios de una farmacia que participe en el plan</i>	
<i>Genéricas</i>	0%		20%	
<i>Medicinas de marca que favorece el plan</i>	0%		20%	
<i>Medicinas de marca que no favorece el plan</i>	0%		20%	
<i>Medicinas especializadas</i>	0%		20%	

\* Para las personas inscritas en un HDHP con una póliza de familia, se debe pagar el deducible de familia en su totalidad antes de que corresponda el coseguro [seguro compartido].

Este resumen contiene sólo los puntos principales de interés y está sujeto a modificarse. Los términos específicos de la cobertura se enumeran en la Guía de la Evidencia de la Cobertura del Seguro Médico, incluso los detalles sobre las Restricciones y las Exclusiones. Además, algunos servicios requieren autorización previa.



**Lovelace**  
Insurance Company