



Yuba County IHSS
Public Authority
Group# 98286



Guia de Beneficios 2023

Plan de Indemnización con Beneficios Limitados

Plan de Indemnización de Beneficios Limitados PanaMed



Plan de Indemnización de Beneficios Limitados PanaMed

Paga montos fijos de beneficios para ayudar a cubrir los costos de los servicios médicos comunes

Acceso a tarifas con descuentos de la red PPO

Equipo de Apoyo para los Miembros quienes le ayudarán a reducir los costos médicos y las situaciones estresantes de facturación

PanaMed es un plan de indemnización de beneficios limitados que paga montos fijos claramente definidos para ayudarle a cubrir el costo de los servicios médicos comunes, tales como las consultas médicas, hospitalización, cuidados intensivos, accidentes, y mucho más. Este plan de indemnización de beneficios limitados está diseñado para ofrecer el máximo valor para los gastos de atención médica cotidianos en contraposición a los planes que cubren las principales enfermedades y lesiones catastróficas.

En las siguientes páginas encontrará una tabla de beneficios que detalla cada uno de los beneficios incluidos en nuestros planes, junto con la cantidad que paga cada uno de ellos. También encontrará información importante sobre los servicios y beneficios adicionales incluidos en su plan.

Cómo sacar el máximo provecho de su Plan

1. Llame o visite el sitio web para localizar un proveedor de la red (los detalles se encuentran en la sección de esta guía titulada "Red de Proveedores PPO")
2. Programe su cita
3. Visite al proveedor y presente su tarjeta de identificación
4. El proveedor presenta una reclamación
5. La Red PPO aplica los descuentos y reenvía la reclamación a Pan-American Life (compañía de seguros)
6. Si la reclamación es inferior a la cantidad permitida del beneficio en su plan, usted no deberá pagar nada
7. Si la reclamación es superior a la cantidad permitida del beneficio en su plan, usted deberá pagar el saldo al proveedor

NOTA – Si bien los beneficios de PanaMed se pueden utilizar en cualquier hospital o consultorio médico, se alienta a los miembros a que utilicen la Red PPO para recibir los precios con descuentos de los proveedores.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	PLAN 1
<p>BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR ADMISIÓN HOSPITALARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paga de manera adicional a la hospitalización • Una vez por admisión, una vez por diagnóstico • El beneficio no será pagadero por la misma lesión o enfermedad o una relacionada 	<p>\$1000 primer día Al ser admitido como paciente en un cuarto de hospital</p>
<p>BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser admitido como un paciente hospitalizado en una habitación de hospital • Si la hospitalización cae en una de las siguientes categorías se aplica un máximo diferente 	<p>\$1700 por día Máximo por año calendario sujeto a 30 días en total para cualquier hospitalización en un hospital</p>
<p>Beneficio de Cuidados Intensivos Si el paciente es hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos del hospital</p>	<p>\$3400 por día Hasta 30 días máximo por año calendario (se aplica al máximo por año calendario global)</p>
<p>Abuso de Sustancias Debe ser diagnosticado y admitido como paciente en una unidad de abuso de sustancias</p>	<p>\$1700 por día Hasta 30 días máximo por año calendario (se aplica al máximo por año calendario global)</p>
<p>Enfermedad Mental Debe ser diagnosticado y admitido como paciente en una unidad por enfermedad mental</p>	<p>\$850 por día Hasta 30 días máximo por año calendario (se aplica al máximo por año calendario global)</p>
<p>Enfermería Especializada Debe ser admitido en un centro de enfermería especializada después de una estancia en hospital cubierta de al menos 3 días</p>	<p>\$850 por día Hasta 27 días máximo por año calendario (se aplica al máximo por año calendario global)</p>
<p>BENEFICIO DE CONSULTAS MÉDICAS El beneficio paga un beneficio por día si el paciente es atendido por un médico por una enfermedad o lesión</p>	<p>\$70 por día 10 días por año calendario</p>
<p>EXAMENES DE LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO AMBULATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluye pruebas de glucosa, análisis de orina, CBC, y otros • Cuando la hospitalización no es necesaria, y la prueba está ordenada o es realizada por un médico 	<p>\$85 por día 4 días por año calendario</p>
<p>RADIOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO AMBULATORIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluye tórax, huesos rotos, y otros • Cuando la hospitalización no sea necesaria y la prueba sea ordenada o realizada por un médico 	<p>\$100 por día 2 días por año calendario</p>
<p>ESTUDIOS AVANZADOS AMBULATORIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluye tomografía computarizada (CT), resonancia magnética (MRI) y otros • Cuando la hospitalización no es necesaria, y la prueba está ordenada o es realizada por un médico 	<p>\$400 por día 2 días por año calendario</p>

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	PLAN 1
BENEFICIO QUIRÚRGICO PACIENTE INTERNO <ul style="list-style-type: none"> La cirugía debe realizarse debido a una enfermedad o lesión como una estancia hospitalaria en un hospital Los procedimientos quirúrgicos menores están excluidos 	\$2000 por día 2 días por año calendario
BENEFICIO DE ANESTESIA PACIENTE INTERNO 25% del monto pagado en virtud del beneficio quirúrgico de hospitalización	\$500 por día 2 días por año calendario
BENEFICIO QUIRÚRGICO PACIENTE AMBULATORIO <ul style="list-style-type: none"> La cirugía debe realizarse debido a una enfermedad o lesión en un centro u hospital de cirugía ambulatoria Los procedimientos quirúrgicos menores están excluidos 	\$2000 por día 2 días por año calendario
BENEFICIO DE ANESTESIA PACIENTE AMBULATORIO 25% del monto pagado en virtud del beneficio quirúrgico ambulatorio	\$500 por día 2 días por año calendario
BENEFICIO DE BIENESTAR <ul style="list-style-type: none"> Paga un beneficio por día para exámenes de rutina de bienestar No para el tratamiento de una enfermedad o lesión 	\$150 por día 1 día por año calendario
BENEFICIO DE ENFERMEDAD EN SALA DE EMERGENCIA Paga un beneficio por día por los servicios recibidos en una sala de emergencia como resultado de una enfermedad	\$200 por día 2 días por año calendario
SERVICIOS DE AMBULANCIA Transporte de emergencia en ambulancia por vía terrestre, aérea o marítima	\$500 por día 4 días por año calendario
CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA Paga un beneficio por día para la cirugía realizada en un centro u hospital de cirugía ambulatoria	\$450 por día 2 días por año calendario
ESTA PÓLIZA NO CONSTITUYE UNA COBERTURA DE SEGURO BÁSICO DE SALUD (COBERTURA MEDICA MAYOR) Y NO SATISFACE EL REQUISITO DE COBERTURA MÍNIMA ESENCIAL BAJO LA LEY DE ASISTENCIA ASEQUIBLE (ACA).	

Red First Health



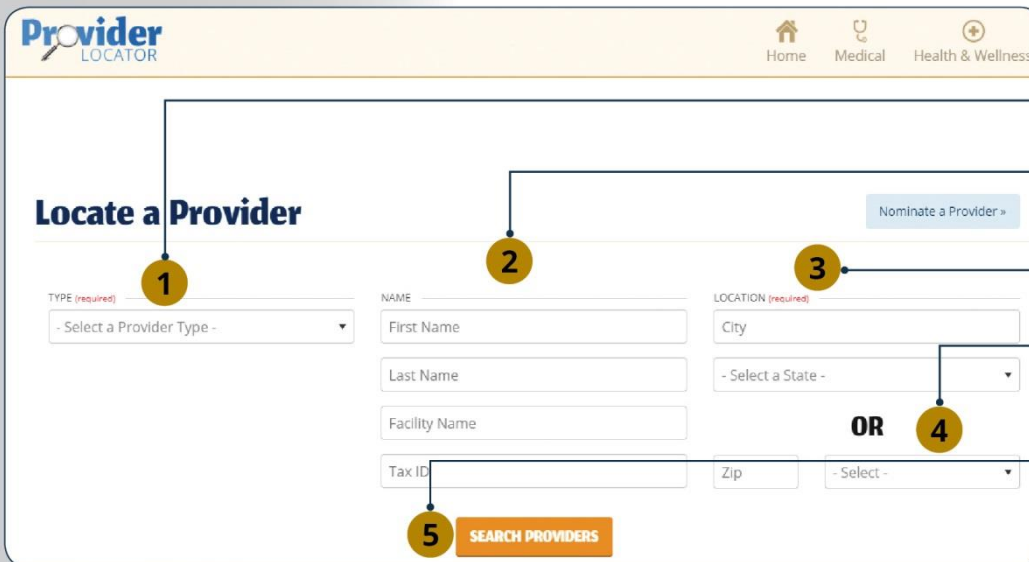
First Health es más que una red de proveedores PPO, es una organización de gestión de salud completa, la cual ofrece oportunidades de ahorro basados en una contratación directa a nivel nacional. Proporciona acceso a más de 5,000 hospitales y 550,000 médicos y profesionales de la salud a nivel nacional.

First Health esta altamente comprometido en la seguridad del paciente ejerciendo un cuidado en la selección y evaluación de proveedores para nuestra red. A través de un proceso de acreditación y re acreditación se minimiza el riesgo desfavorables, que a su vez, afecta los resultados clínicos y costos.

Además de la red First Health, nuestros miembros también tienen acceso a una red secundaria o Red Wrap que proporciona un acceso más amplio a médicos y profesionales de la salud en zonas urbanas, suburbanas y rurales.

Para buscar proveedores y hospitales participantes, llame al **1-888-561-5759** o visite www.providerlocator.com/palicfh para buscar en línea

Localizador de Proveedores



The screenshot shows the 'Locate a Provider' form on the Provider Locator website. The form includes a dropdown menu for 'TYPE (required)', input fields for 'NAME' (First Name, Last Name, Facility Name), 'LOCATION (required)' (City, State, Zip), and a 'Tax ID' field. A 'SEARCH PROVIDERS' button is at the bottom. Numbered callouts indicate: 1. The 'TYPE' dropdown; 2. The 'NAME' input fields; 3. The 'LOCATION' input fields; 4. The 'OR' separator and a distance dropdown; 5. The 'SEARCH PROVIDERS' button.

Siga Estos Pasos

1. Seleccione la especialidad y/o el tipo de proveedor que desea localizar.
2. (Opcional) Complete estos campos si está buscando a un proveedor específico.
3. Seleccione la ubicación por ciudad, estado o código postal.
4. (Opcional) También puede seleccionar la distancia desde su ubicación.
5. Haga clic aquí para iniciar su búsqueda

Los servicios de la Red de Proveedores PPO se proporcionan a través de Competitive Health, Inc. Pan-American Life y Competitive Health no están afiliadas.

Gastos Médicos Por Accidentes

Con Muerte Accidental y Desmembramiento (MAyD)

Un gran número de americanos pertenecientes a la clase laboral no están preparados para pagar los gastos que pueden surgir después de un accidente. El costo no anticipado por hospitalización y cuidados de sala de emergencia puede exceder los ingresos que una familia promedio recibe en un mes. El seguro de gastos médicos por accidentes protege a las familias, no solamente de una lesión accidental sino también en el caso de una muerte accidental.

Beneficio por Accidente* por ocurrencia	Hasta \$2,500
Deducible por accidente, por asegurado	\$100 deducible
Muerte Accidental	\$5,000
Desmembramiento Accidental	Hasta \$5,000
Periodo de Tratamiento Inicial.....	12 semanas (El Tratamiento Inicial debe ser incurrido dentro de las 12 semanas de la fecha del accidente)
Periodo del Beneficio.....	52 semanas (Los gastos deben ser incurridos dentro de las 52 semanas de la fecha del accidente)

**Paga Beneficios Médicos por Accidentes "Fuera del Trabajo" por Gastos Cubiertos que resulten directamente de un accidente cubierto, y no por otra causa.*

La pérdida del asegurado debe ocurrir dentro de un año de la fecha del accidente.

El seguro de gastos médicos por accidente es emitido por Pan-American Life Insurance Company en formulario de póliza #SM-2003.

Gastos Médicos Por Accidentes NO esta disponible a residentes en ME y WA.

Cargos Cubiertos

- Habitación de hospital, y cuidados de enfermería en general, hasta la tarifa de habitación semiprivada
- Gastos diversos durante la hospitalización tales como la sala de operaciones, exámenes de laboratorio, exámenes de rayos x, anestesia, medicamentos (excepto medicamentos para la casa) servicios terapéuticos y suministros
- Honorarios al médico por servicios de cirugía y anestesia
- Consultas médicas, paciente interno o ambulatorio
- Sala de emergencia de hospital
- Servicios de rayos x y laboratorio
- Gastos de medicamentos
- Tratamiento dental para lesiones a dientes naturales sanos
- Gastos por enfermera graduada.

Plan de Medicamentos Recetados

La red de farmacias de RxEDO incluye más de 66,000 farmacias participantes a nivel nacional; incluyendo todas las principales cadenas, así como más de 20,000 farmacias independientes. RxEDO ofrece servicios de pedido por correo a través del servicio de correo de Walgreens. Para mayor información y asistencia visite www.WalgreensHealth.com.

Consejos Utiles

- Favor comunicarle a su farmaceuta que su plan ha cambiado a un nuevo procesador de prescripciones.
- Muéstrelle su tarjeta de identificación. Esta incluye los números BIN y PCN, así como cualquier otra información que necesitarán para procesar su reclamo a través de RxEDO.
- Si su farmacia tiene alguna pregunta referente al proceso, favor que llamen al RxEDO Pharmacy Help Desk al (800) 522-7487, esta información esta impresa en su nueva tarjeta de identificación.

Para preguntas o para buscar medicamentos visite www.rxedo.com o llame al 1-888-879-7336.

El uso de su Plan de Medicamentos Recetados es Facil

Seleccione una farmacia conveniente cerca de usted y verifique con ellos que la farmacia todavía está en la red. Presente su tarjeta de identificación, pague la cantidad adecuada y ya está.

Beneficios de Medicamentos Recetados

\$10/\$30 Co-Pago

PROGRAMA DE BENEFICIOS	BRAND WRAP
Formulario	Enhanced RxAdvantage
Beneficio Maximo del Plan Anual por Miembro	\$5,000
Deducible Anual por Miembro	\$0
CO-PAGOS MINORISTAS	
Formulario Genericos*	\$10
Formulario de Marca*	\$30
No-Formulario	N/A
CO-PAGOS DE SERVICIO POR CORREO	
Formulario Genericos*	\$30
Formulario de Marca*	\$90
No-Formulario	N/A



** Si se dispensa un medicamento de marca en lugar de un medicamento recetado genérico del formulario disponible, entonces, además de cualquier monto deducible o copago que se muestra en la lista de beneficios, la persona cubierta será responsable del costo de dicho medicamento recetado que excede el costo de su alternativa genérica..

CARTÍCULOS CUBIERTOS

Todos los medicamentos ambulatorios médicamente necesarios de la leyenda no inyectables que se muestran en el formulario, a menos que se excluya específicamente. Ambulatorio significa que un medicamento recetado no se toma o administra por un hospital o cualquier otro centro de atención médica u oficina. Artículos cubiertos adicionales:

PLAIFICACION FAMILIAR

- ✓ Anticonceptivos Orales

PRODUCTOS NUTRICIONALES

- ✓ Vitaminas Prenatales de la Leyenda

OTRAS DROGAS DE LA LEYENDA

- ✓ Productos Para el Acne (Retin-A, hasta los 24 años)
- ✓ Tos y Inmunosupresores Frios

Beneficios de medicamentos recetados son proporcionados PRAM Insurance Services, Inc. y procesado por Rxedo, Inc. Pan -American Life no esta afiliado con PRAM Insurance Services, Inc. O Rxedo, Inc..

Dental

Nuestro plan dental proporciona a los miembros los Servicios de Cuidado Preventivo, Cuidado Básico, y Atención Mayor que necesitan.

Para minimizar el desembolso de gastos dentales, usted tiene acceso a **DentalGuard Preferred Select Network**, una de las mayores redes de proveedores preferidos dentales de la industria con dentistas en más de 120,000 localidades en todo el país. Usted puede visitar a cualquier dentista o especialista que desee. Sin embargo, al visitar a un dentista dentro de la red DentalGuard Preferred Select Network usted podrá ahorrar dinero. ¿Cómo?

- Los dentistas de la red DentalGuard Preferred Select Network cobran hasta 35% menos de lo que cobran generalmente los dentistas¹.
- Aprovechando las bajas tarifas ofrecidas por los proveedores dentro de la red, usted podrá estirar aún más los máximos anuales de su plan.

Resumen de Beneficios

Beneficios Cuidado Dental (por asegurado)	
Cargos Que Cubrimos (coaseguro)	
Preventivo - Tipo I	100%
Básico - Tipo II	80%
Mayor - Tipo III	50%
Deducible Por Año Calendario	
Preventivo - Tipo I	No aplica
Básico - Tipo II y Mayores - Tipo III	\$50
Máximo Por Año Calendario - (Tipos I - III)	\$1,875
Período de Espera	
Preventivo - Tipo I	Ninguno
Básico - Tipo II	Ninguno
Mayor - Tipo III	Ninguno

¹Los Ahorros dependen de la ubicación del dentista y del tipo de servicio.

Cuidado Preventivo - Tipo I:

- Evaluaciones orales - 2 por año calendario.
- Profilaxis (limpieza) - 2 por año calendario.
- Radiografía de Mordida - 1 serie por año calendario.
- Mantenedor de espacio.



Continúa en la página siguiente

Cuidado Básico - Tipo II:

- Empastes - Amalgama, silicato, acrílico, porcelana sintética y materiales de empastes compuestos.
- Extracción simple.
- Reparación Prótesis - 1 cada 2 años, limitada a 20% costo de reparación.
- Radiografías (diagnóstico, Panorámica) 1 cada 5 años.
- Recementación y corona.
- Anestesia general y analgésico para cirugía oral.
- Cirugía oral - Extracción de dientes. Extracción de la raíz del diente. Reimplante o trasplante de diente natural.
- Inyecciones de antibióticos puestas por dentista.
- Preautorización requerida para servicios mayores de \$300.

Cuidado Mayor - Tipo III:

- Periodoncia – Limpieza profunda (raspado y limadura de raíces), una vez cada 24 meses.
- Endodoncia – Tratamiento de conducto.
- Prótesis y trabajo de puente - Colocación inicial sólo para dientes naturales extraídos mientras cubierto. Reemplazo después de 10 años de la colocación si no puede repararse. Realineación- Reajuste de prótesis sólo una vez en cualquier período de 2 años.
- Inlays/Onlays/Coronas y otras prótesis - si no se puede restaurar con materiales de relleno. Reemplazo después de 10 años de colocación original. No se aplicará si el reemplazo es debido a la extracción de dientes naturales en funcionamiento mientras cubierto.
- Exclusión de dientes faltantes - sólo reemplazar dientes perdidos durante la cobertura de nuestra póliza.
- Preautorización requerida para servicios mayores de \$300.

Para localizar un dentista de la red de DentalGuard Preferred Select, llame al 1-800-627-4200, o vaya a www.GuardianLife.com, y siga estos pasos:

1. Seleccione "Encontrar un proveedor" en la parte superior del sitio hacia el lado derecho.
2. En la parte inferior de la página, seleccione "¿Tiene un plan que no es proporcionado por Guardian? ¿Tiene acceso a la red preferida de DentalGuard?"
3. Ingrese la información para buscar múltiples proveedores en su área por código postal o ciudad y estado.
4. Para buscar un proveedor específico en su área, ingrese el apellido del proveedor.

Si hay un (1) al lado de su proveedor elegido, tenga en cuenta que este dentista está participando a través de otra red ("Red de socios"). Para asegurarse de que su proveedor esté cubierto por DentalGuard Preferred Select Network, comuníquese con esa oficina directamente antes de utilizar sus beneficios dentales.

Usted podrá optar a inscribirse al plan Dental solamente o combinado con el plan de indemnización de beneficios limitados PanaMed. Para aquellos miembros que se inscriban en ambos, PanaMed y Dental, deberán elegir el mismo nivel de cobertura en ambas opciones de producto.

Los servicios del proveedor de la red dental son proporcionados por The Guardian Life Insurance Company of America. www.guardianlife.com. Pan-American Life y The Guardian Life Insurance Company of America no están afiliadas.

Vision

Beneficios

- Precio descontado para lentes y anteojos
- \$0 co-pago por exámenes
- \$0 co-pago por opciones de lentes estándar
- No se requiere documentación para reclamos de proveedores en la red
- Garantía contra daños por un 1 año, sin costo adicional.
- Precio fijo para los lentes.
- Incluye descuentos para la cirugía LASIK
- Descuentos para audífonos

Para obtener más detalles sobre el plan, visite davisvision.com/member y entre el Código del Cliente [9001] o llame al 1 (800) 836-2094 y entre el Código del Cliente cuando le indiquen.

Como miembro, tendrá acceso a una Colección Exclusiva de marcos. Los marcos que incluye esta Colección Exclusiva están disponibles en aproximadamente 9,000 puntos de venta a través de los EE. UU.

Visite la página para mirar los marcos y encontrar una Colección cerca de usted. El símbolo del marco indica que el proveedor tiene la Colección



Detalles del Plan Fashion Value Vision

Beneficios	En la Red
Exámenes de la Vista – cada 12 meses	\$0 co-pago
Anteojos con Prescripción	
Marcos – cada 24 meses	\$110 asignados para marcos + 20% de descuento en el excedente ¹
Marcos de Colección Exclusiva (Moda/Disenador/Estreno)	Cobertura completa / \$15 de cargo / \$40 de cargo
Marcos – cada 24 meses	\$0 co-pago por lentes estándar
Recubrimientos y Tintes Especiales	Varía según el tipo de lente – detalles al dorso
Evaluación y Adecuación para Lentes de Contacto ² – cada 24 meses (en lugar de anteojos)	\$0 co-pago para lentes convencionales; adecuación cubierta en su totalidad
	\$0 co-pago para lentes especializados; \$60 asignados para adecuación
	\$110 asignados para materiales + 15% de descuento para el excedente ¹
LASIK (cirugía refractiva)	40% a 50% de descuento sobre el promedio nacional

Plan de la Visión administrado por Davis Vision

1. Los descuentos adicionales están sujetos a ciertas limitaciones; los descuentos no aplican a todos los proveedores de la red.

2. La cobertura para los lentes de contacto varía según la selección del producto. Los lentes de contacto requeridos están completamente cubiertos con aprobación previa. Davis Vision ha hecho todo lo posible por describir la cobertura del plan. Si hay alguna diferencia entre este documento y el contrato del plan, el contrato prevalecerá.

	Co-pagos para opciones de lentes y actualizaciones
Visión sencilla, bifocal, trifocal o lentes lenticulares (cualquier RX) de plástico claro	\$0
Lentes de mayor tamaño	\$0
Lentes plásticos	\$0
Lentes de policarbonato (niños / adultos)	\$0 / \$35
Lentes de Índice Alto	\$60
Lentes polarizados	\$75
Lentes progresivos (Standard / Premium / Ultra)	\$65 / \$105 / \$140
Cobertura Anti-reflectora (AR) (Standard / Premium / Ultra)	\$40 / \$55 / \$69
Protección Ultravioleta	\$15
Tinte para lentes plásticos (Sólido / Gradiente)	\$15
Lentes Fotocromáticos Plásticos (Transitions® Signature™)	\$70
Recubrimiento resistente a rayas	\$0
Plan para el Recubrimiento resistente a rayas (Visión Sencilla / Multifocal)	\$20 / \$40

Beneficios Fuera de la Red de Proveedores

Puede utilizar los servicios de un proveedor fuera de la red, sin embargo, puede obtener mejor precio y extender sus beneficios si selecciona uno de los proveedores de la red.

Reembolso Fuera de la Red (monto máximo)

Examen de la vista: \$40	Lentes Trifocales: \$80
Marco: \$50	Lentes Lenticulares: \$100
Lentes Visión-Sencilla: \$40	Lentes de Contacto Electivos: \$80
Bifocales / Lentes Progresivos: \$60	Lentes de Contactos Requeridos: \$225

Para preguntas, llame al



1-877-923-2847

Ingrese el código de cliente 9001, cuando se le solicite

Ingrese su código de cliente en la sección “Inicio de sesión para miembros” de nuestro sitio web davisvision.com/member para encontrar un proveedor



Permítanos encargarnos de los asuntos de salud

Los beneficios de salud pueden ser confusos. A medida que el costo de los servicios médicos sigue aumentando, puede ser frustrante y agotador encontrar un plan de salud que se ajuste a sus necesidades.

Estamos disponibles para simplificar su experiencia con los servicios de salud y ayudarlo a tomar control de sus gastos médicos. Su asesor personal de Health Pro® se encarga de ayudarlo, para que usted pueda dedicarle su tiempo a otras cosas más importantes. Podemos ayudarlo a...

- **Entender sus Beneficios**

Aclarar cualquier confusión relacionada con su plan de salud.

- **Encontrar médicos excelentes**

Identificar médicos, dentistas y profesionales de salud reconocidos.

- **Ahorrar dinero en sus servicios de salud**

Comparar precios y seleccionar las opciones más razonables según el costo.

- **Pagar menos por sus prescripciones**

Obtener recomendaciones para medicamentos a un precio reducido.

- **Solucionar errores de facturación**

Más de un 30% de las facturas médicas contienen errores. Es importante comprobar que no tenga cargos adicionales.

- **Coordinar citas**

Coordinar citas a la hora que sea más conveniente para usted.



alight.com

1-800-513-1667 (ext. 478)

member.alight.com

1-800-421-4742



Apoyo para los Miembros

¿Qué es el apoyo para los miembros?

El apoyo para los miembros es un equipo interno que trabaja exclusivamente en representación de nuestros miembros para ayudarlos a reducir los costos médicos y el nivel de estrés que puede producir el proceso de facturación. Estos representantes también pueden ayudar a los miembros a buscar programas comunitarios, hospitales, compañías farmacéuticas, y proveedores que ofrezcan tratamientos a un costo razonable. Además, sirven como punto de contacto para ayudar a solucionar facturas pendientes o complicadas. Incluso, están disponibles para hablar personalmente con cada miembro individualmente, al igual que con sus médicos y centros de atención médica, para que todas las partes estén informadas de los beneficios y puedan tomar decisiones informadas para planificar el curso de los tratamientos.

Los representantes pueden ayudar con:

- Facturas médicas y costos de medicamentos
- Laboratorios y radiografías
- Tomografías (CT Scans) / Resonancias Magnéticas (MRI)
- Coordinación de citas para procedimientos quirúrgicos
- Equipo médico duradero
- Suministros para diabéticos
- Reclamaciones complicadas y asuntos relacionados con la facturación

Ayudan a reducir los costos al:

- Negociar balances
- Obtener los servicios de proveedores que ajusten proporcionalmente el costo de los tratamientos
- Coordinar planes de pago para facturas anteriores
- Solicitar descuentos por pagos globales para saldar cuentas
- Localizar programas comunitarios que ofrezcan servicios especializados o limitar gastos recurrentes a causa de condiciones crónicas
- Contactar farmacias con programas de descuento

Servicios para Miembros

Servicios para Miembros

Los representantes de servicio para miembros de Pan-American Life son responsables de que los clientes reciban la mejor asistencia para sus preguntas e inquietudes. Nuestros representantes interactúan con los miembros y administradores a través de variados medios: por teléfono, fax, correo electrónico u ordinario.

Podemos ayudar a miembros, compañías y proveedores con:

- Apoyo para los Miembros
- Tarjeta de Identificación
- Información del Plan
- Verificación de Beneficios
- Beneficios de Recetas
- Información en la Red PPO
- Administración de Cuenta
- Reclamos
- Y más!

Lunes a viernes, de 7:30 AM – 5:00 PM, hora central



1-877-569-3075



SupportLinc es un Programa de Asistencia para Empleados (EAP) para usted y los miembros de su familia inmediata

En algún momento de nuestras vidas, todos tenemos que enfrentarnos ante alguna situación o inconveniente difícil de solucionar. Cuando algo así se presente, SupportLinc estará listo para ayudar. El Programa de Asistencia para Empleados de SupportLinc (EAP) es un recurso confidencial que le ayuda a manejar los retos de la vida y las exigencias de balancear el trabajo y el hogar. SupportLinc le proporciona referidos confidenciales y profesionales, además de hasta ocho (8) sesiones en persona para obtener ayuda con una variedad de situaciones, entre ellas:

**Ansiedad • Depresión • Problemas Matrimoniales y de Pareja • Pérdida de un Ser Querido
Abuso de Sustancias • Manejo de la Ira • Presiones Relacionadas con el Trabajo • Estrés**

Referidos y Consultas Expertas

Ya sea en su nuevo rol de padre o como participante en el cuidado de un ser querido, o si necesita vender su casa u obtener asesoría legal, es posible que necesite asesoría y referidos para nuestros excelentes recursos.

ASISTENCIA LEGAL

Consultas Legales Gratuitas por Teléfono o en Persona

ASISTENCIA FINANCIERA

Consultas y Planificación Financiera Experta

ASISTENCIA PERSONAL

Consultas y Referidos para Asuntos de la Vida Diaria, como por ejemplo, Cuidado para Dependientes, Reparaciones de Auto, Cuidado de Mascotas y Mejoras en el Hogar.

Confidencialidad

SupportLinc mantiene un estricto nivel de confidencialidad. Nadie, incluyendo a su empleador, podrá saber que ha utilizado el programa, a menos de que usted mismo les haya dado permiso o comparta una inquietud por la cual tengamos la obligación legal de reportarla.

Tecnología y Su EAP

WEB

- Lea Artículos Interesantes sobre una Variedad de Temas
- Obtenga acceso a Buscadores para una Variedad de Servicios
- Reciba Descuentos en su Membresía para el Gimnasio
- Reciba acceso a servicios de Consulta por Video
- Complete Módulos de eLearning
- Contenido Bilingüe (Inglés y Español)

MOBILE

- Llame o Haga un Live Chat con un Consejero Certificado
- Coordine una Sesión de Consulta en Persona o por Video
- Tenga a su Alcance un Resumen de los Servicios de EAP

SUPPORT  LINC
EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAMS

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA PARA EL PLAN DE INDEMNIZACIÓN DE BENEFICIOS LIMITADOS

Esta descripción de la cobertura brinda un resumen de algunas de las características importantes de su certificado de seguro. Esta descripción de la cobertura no es un contrato de seguro y regirán únicamente las disposiciones reales del certificado. Su certificado incluye en detalle los derechos y las obligaciones de usted, de su empleador, y de Pan-American Life Insurance Company. Revise cuidadosamente su certificado para obtener información adicional. Puede revisar su certificado a través de nuestro portal web en www.mypallic.com, o puede llamar a nuestros Servicios para Miembros y solicitar una copia.

Categorías de cobertura: El certificado incluye un **plan de indemnización de beneficios limitados**, también conocido como cobertura fija de indemnización. Los planes de indemnización limitada son diferentes de la cobertura de gastos médicos mayores y no están diseñados para cubrir todos los gastos médicos ni cumplen con los estándares mínimos requeridos por la Ley de Atención Asequible para la cobertura de gastos médicos mayores. Los pagos se basan en un monto fijo por día en el Resumen de Beneficios, en lugar de un porcentaje del cargo del proveedor. Si necesita cobertura amplia para gastos médicos mayores, pueden existir otras opciones disponibles para usted y su familia. Visite www.healthcare.gov para obtener más información.

Beneficios: Los niveles de beneficios se describen en su **Resumen de Beneficios**. Algunos de los beneficios incluidos en su plan pueden aparecer como cláusulas adicionales y estos se pueden encontrar en su **Resumen de Beneficios**.

La **Tabla de contenido** muestra dónde puede encontrar más información sobre: elegibilidad, beneficios, exclusiones y limitaciones, y otros términos y condiciones importantes.

Excepciones, reducciones y limitaciones: Sus beneficios están sujetos a ciertas exclusiones, limitaciones y condiciones para mantener los beneficios en vigor.

Consulte la sección titulada “**Exclusiones y limitaciones**” para obtener más detalles sobre éstas y otras exclusiones y limitaciones. La primera página del **Resumen de Beneficios** proporciona información sobre el **Período de espera** y la **reducción con base en la edad en los Beneficios del seguro de vida**, si procede.

Continuación de la Cobertura: La elegibilidad para la cobertura se describe en las secciones tituladas **Elegibilidad para empleados** y **Elegibilidad para dependientes** de su certificado. Su cobertura no puede comenzar hasta después del período de espera, como se describe en la primera página del **Resumen de Beneficios**. La sección de **Terminación de la cobertura** de su certificado explica cuándo se terminará su cobertura. En determinadas circunstancias, puede continuar con su cobertura durante un periodo limitado si queda discapacitado. Consulte la sección de **Extensión debido a una discapacidad total** para obtener más información. Además, usted puede ser elegible para continuar la cobertura en virtud de las leyes aplicables de COBRA. Consulte la sección de **Continuación de los derechos de la cobertura en virtud de la COBRA** para obtener más detalles.

Prima o contribución: El costo de esta cobertura está incluido en las primas pagadas por su plan de beneficios. Su empleador deducirá su contribución de su cheque de sueldo.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES DE PANAMED

Esta es una lista general de las exclusiones y limitaciones, las cuales pueden variar de acuerdo al estado. Los beneficios no son pagaderos con respecto a cualquier cargo, servicio o evento excluidos como se establece a continuación.

1. Los cargos de servicios médicos o dentales de cualquier tipo, o cualquier suministro médico o ayudas visuales o auditivas, o cualquier otro alimento, suplemento o vitamina, o medicamento, en el entendido de que la Póliza pagará los Beneficios de indemnización establecidos en el Resumen de Beneficios para una hospitalización o cualquier otro evento cubierto, sin tener en cuenta los cargos reales efectuados por parte de un proveedor de bienes o servicios.
2. Cualquier reclamación relacionada con una hospitalización u otro evento cubierto, donde la hospitalización o el otro evento cubierto ocurrió antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la Póliza, o después de que se termina la cobertura.
3. Una reclamación que surja de la insurrección, rebelión, participación en un motín, comisión o tentativa de cometer un asalto, violencia, delito grave, o un acto de agresión.
4. Una reclamación que surja de guerra declarada o no declarada o actos relacionados con ésta. Para el seguro de vida: Como resultado del incidente de riesgos especiales en el servicio militar, naval o de las fuerzas aéreas de cualquier país, combinación de países u organización internacional, si la causa de la muerte se produce mientras el asegurado está sirviendo en dichas fuerzas, siempre que la muerte se produzca dentro de los seis (6) meses después de la terminación del servicio en dichas fuerzas.
5. Una reclamación derivada de lesiones corporales accidentales que se produzcan mientras que presta servicio activo a tiempo completo en las Fuerzas Armadas de cualquier país o autoridad internacional (cualquier prima pagada se devolverá de manera proporcional para cualquier período de servicio activo a tiempo completo).
6. Una reclamación relacionada con una lesión o enfermedad que surja en el transcurso de un trabajo para el cual se recibe un sueldo o ganancia o que está cubierto por cualquier Ley de indemnización por accidentes laborales, Ley sobre enfermedades ocupacionales o una ley similar.
7. Con respecto a un beneficio en caso de fallecimiento, la reclamación relacionada con lesiones sufridas mientras la Persona Cubierta estaba operando un vehículo de motor bajo la influencia del alcohol según se determine por el nivel de alcohol en la sangre en exceso del límite legal estatal de intoxicación.
8. Una reclamación que surja de los servicios mediante capacitación o pruebas educativas o vocacionales.
9. Una reclamación relacionada con el cuidado de custodia.
10. Una reclamación derivada de servicios médicos prestados a la Persona Cubierta para fines cosméticos o para mejorar la auto-percepción de una persona en cuanto a su apariencia, con la excepción de: cirugía plástica reconstructiva después de un accidente con el fin de restablecer una función corporal normal, o una cirugía para mejorar deficiencias funcionales mediante la alteración anatómica que sea necesaria como consecuencia de un defecto de nacimiento, o reconstrucción de seno después de una mastectomía.
11. Aparte de una reclamación de beneficios en caso de muerte, cualquier reclamación derivada de un procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la obesidad o con la finalidad de facilitar la reducción de peso.
12. Aparte de una reclamación de beneficios en caso de muerte, cualquier reclamación derivada del tratamiento de infertilidad.
13. Para el beneficio de enfermedades específicas, cáncer no incluye las neoplasias malignas, el cáncer in situ y los cánceres de piel, excepto el melanoma. Para el accidente cerebrovascular, se excluyen los ataques isquémicos transitorios (AIT). Los grupos en Pennsylvania tienen una exclusión de condición preexistente. La exclusión por condición preexistente significa una enfermedad o condición física por la cual se ha recibido consejo o tratamiento médico por el cual, en los 3 meses anteriores a la cobertura de la póliza de una persona cubierta, la persona cubierta recibió consejo o tratamiento médico. No pagaremos beneficios por cualquier reclamo que sea causado por una condición preexistente o que resulte de ella si el diagnóstico de una enfermedad específica definida ocurre durante los primeros 12 meses que una persona cubierta está asegurada bajo esta póliza.

DISPOSICIÓN - EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL BENEFICIO POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTALES

Además de la Limitación y Exclusiones Generales de la Póliza, no se proporcionan beneficios por la pérdida, lesión o enfermedad de un Empleado Cubierto, la cual resulte directa o indirectamente, total o parcialmente, de:

1. Suicidio, auto-destrucción, intento de auto-destrucción o lesión intencionalmente auto-infligida, ya sea en su sano juicio o no.
2. Enfermedad o trastorno del cuerpo o la mente.
3. Tratamiento médico o quirúrgico o diagnóstico del mismo.
4. Pérdida, lesión o enfermedad que ocurra después de la Terminación de la cobertura.
5. Infecciones bacterianas o por protozoos, excepto las infecciones piógenas al mismo tiempo y como resultado de una herida visible.
6. Asfixia por inhalación voluntaria o involuntaria de gases y no como resultado del trabajo de la Persona Cubierta.
7. Viaje o vuelo en cualquier vehículo de navegación aérea, incluyendo al abordar o bajarse de los mismos:
 - a. Cuando se usa para cualquier prueba o propósito experimental; o
 - b. Mientras que la Persona Cubierta está operando, aprende a operar o sirve como un miembro de la tripulación del mismo; o
 - c. Cualquier tipo de avión o dispositivo que es propiedad o está arrendado por o en nombre del Titular de la Póliza de cualquier subsidiaria o afiliada al Titular de la Póliza, o por la Persona Cubierta o cualquier miembro de su grupo familiar; o
8. Tomar voluntariamente cualquier droga o narcótico, a menos que la droga o el narcótico sean recetados por un médico.
9. Ataque al corazón, derrame cerebral u otras enfermedades o trastornos del aparato circulatorio, ya sea o no conocida o diagnosticada, a menos que la causa inmediata de la pérdida es un traumatismo externo.

Divulgación de Beneficios por Incapacidad para Residentes de Nueva York

Si su plan incluye un beneficio por discapacidad: Pan-American Life Insurance Company puede proporcionar beneficios por discapacidad a corto plazo para sus empleados bajo una Póliza de indemnización hospitalaria emitida para usted como patrocinador del plan. Bajo la Ley de Nueva York, Sección 1101 (b) (2) (B) (i) (I) (aa) y 1101 (b) (2) (B) (ii) la Póliza de Pan- American puede cubrir a sus empleados en Nueva York, incluso aunque Pan-American Life Insurance Company no es un operador autorizado en Nueva York. Sin embargo, tenga en cuenta que los beneficios por discapacidad a corto plazo proporcionados a sus empleados de Nueva York no cumplirán con los requisitos de la Ley de Beneficios por Discapacidad de Nueva York (DBL). Para obtener la cobertura adecuada para que sus empleados de Nueva York cumplan con la ley de Beneficios de discapacidad de Nueva York, debe comunicarse con su agente para obtener cobertura de compensación para trabajadores.

- 1. ¿Es PanaMed una cobertura para gastos médicos mayores?** No. PanaMed es un plan de indemnización de beneficios limitados. No es un seguro básico de salud ni una cobertura de gastos médicos mayores y no está diseñado como un sustituto de cualquier cobertura. PanaMed paga un monto fijo de beneficios para ayudar a cubrir los costos de los servicios médicos comunes. El plan no está diseñado para cubrir los costos de las enfermedades graves o crónicas. Contiene límites específicos en dólares que se pagarán por los servicios médicos, los cuales no se pueden superar. Los límites específicos en dólares se indican en el resumen de beneficios.
- 2. ¿Tiene PanaMed exclusiones o limitaciones?** Los beneficios están sujetos a ciertas exclusiones, limitaciones y condiciones para mantener los beneficios en vigor. Por ejemplo, los siguientes servicios no están cubiertos por este plan: tratamientos de infertilidad, cirugía estética, asesoría para enfermedades mentales o abuso de sustancias, obesidad, reducción de peso o control dietético, terapia física. Esta es una lista parcial de los servicios que en general no están cubiertos. Los miembros deben consultar su certificado para determinar cuáles servicios están cubiertos y en qué medida. Puede encontrar información adicional en nuestro portal web en www.mypalico.com.
- 3. ¿Proporcionará el plan PanaMed un beneficio de indemnización para cualquier médico u hospital?** Sí. El miembro es libre de buscar los servicios de cualquier médico con licencia u hospital acreditado. No hay ningún requisito de que el médico o el hospital pertenezcan a una red PPO para recibir los beneficios, excepto para los servicios preventivos que deben realizarse dentro de la red.
- 4. ¿Qué es una Red PPO y cuál es la ventaja de utilizarla?** PPO es la abreviatura de Organización de Proveedores Preferidos. Esta organización de proveedores (la cual se conoce como "red") ha convenido en prestar sus servicios con descuentos negociados, lo cual reduce su costo de desembolso en efectivo. Si bien PanaMed se puede utilizar en cualquier hospital o consultorio médico, se alienta a los miembros a que utilicen la Red PPO para recibir los precios con descuentos de los proveedores.
- 5. ¿Cómo puedo saber que proveedores participan en la red?** Se puede verificar la participación de una PPO llamando a la compañía PPO directamente o visitando su página web. La información de contacto de la PPO se puede encontrar en la tarjeta de identificación del miembro, o seleccionando la pestaña de la PPO en el portal de internet de Pan-American Life. El asegurado es responsable de verificar la actual participación de su proveedor en la PPO.
- 6. ¿Hay alguna exclusión en el plan por una condición preexistente? ***
No, debido a que este es un plan de indemnización de beneficios limitados, no hay exclusiones de condiciones preexistentes.
- 7. ¿Es posible asegurar a los dependientes a través de PanaMed?** Sí, si el empleado está cubierto bajo PanaMed, sus dependientes también califican para la cobertura.
- 8. ¿Pueden afiliarse a PanaMed las personas que reciben Medicare y Medicaid?** Únicamente usted puede determinar si PANAMED es el plan que más le conviene. A medida que vaya considerando sus opciones, recuerde que cuando coordina los beneficios de Medicare o Medicaid con la cobertura de PANAMED, PANAMED se considera como la cobertura primaria. Por lo tanto, los beneficios que están disponibles bajo PANAMED se aplican a la cobertura antes de que Medicare y/o Medicaid efectúe cualquier pago.
- 9. ¿Es posible utilizar PanaMed cuando el asegurado tiene otro plan de salud diferente?** Sí, los beneficios que se especifican van a pagarse independientemente de cualquier otra cobertura de salud privada.
- 10. ¿Puede el miembro asignarle beneficios a su proveedor de servicios de salud?** Si, los beneficios se asignan automáticamente al proveedor de servicio de salud del miembro. Si el miembro desea recibir directamente el pago por el beneficio, necesita completar el formulario de reclamo médico y firmar la sección de Autorización de Pago.
- 11. Aborda el plan PanaMed las obligaciones de un empleado de mantener cobertura bajo el "mandato individual?"** No.
- 12. ¿Es PanaMed elegible para COBRA?** Sí, PanaMed es elegible para grupos de empleadores con 20 o más empleados.

**Excepto para grupos en Pennsylvania que tienen un beneficio por enfermedad específica.*