BENEFICIOS MÉDICOS

Planes Médicos Broad Network

Atención Dentro de la Red	Broad Network Buy-Up	Broad Network Core	Broad Network HDHP
Deducible	$1,500 - Individual $3,000 - Familiar	$2,500 - Individual $5,000 - Familiar	$3,500 - Individual $7,000 - Familiar
Aportación del Empleador	N/D	N/D	$500 - Individual $1,000 - Familiar
Máximo de Gastos de Bolsillo	$4,000 - Individual $8,000 - Familiar	$5,000 - Individual $10,000 - Familiar	$6,000 - Individual $12,000 - Familiar
Coseguro	20%	20%	20%
COPAGO POR VISITA AL MÉDICO			
Atención Primaria	$35	$35	Ded. + Coseg.
Especialista	$55	$55	Ded. + Coseg.
Atención Preventiva	100% Cubierto	100% Cubierto	100% Cubierto
Atención de Urgencia	$75	$75	Ded. + Coseg.
Sala de Emergencias	$200 más 20%, sin deducible	$250 más 20%, sin deducible	Ded. + Coseg.
Servicios Hospitalarios	20% después del deducible	20% después del deducible	Ded. + Coseg.
Servicios Ambulatorios	20% después del deducible	20% después del deducible	Ded. + Coseg.
Medicamentos Recetados			
FARMACIA - 30 DÍAS			
Nivel 1	$15	$15	Ded. + Coseg.
Nivel 2	$50	$50	Ded. + Coseg.
Nivel 3	$80	$80	Ded. + Coseg.
Nivel 4	$150 + 20%	$150 + 20%	Ded. + Coseg.
ENVÍO POR CORREO - 90 DÍAS			
Nivel 1	$30	$30	Ded. + Coseg.
Nivel 2	$100	$100	Ded. + Coseg.
Nivel 3	$160	$160	Ded. + Coseg.
Nivel 4	$150 + 20%	$150 + 20%	Ded. + Coseg.

Cobertura	Costo Médico por Periodo de Pago (Cada Dos Semanas)		
	Broad Network Buy-Up	Broad Network Core	Broad Network HDHP
Solo Miembro del Equipo	$102.58	$60.65	$35.89
Miembro del Equipo + Cónyuge	$195.41	$132.51	$78.03
Miembro del Equipo + Hijo(s)	$167.72	$113.79	$74.53
Miembro del Equipo + Familia	$314.48	$232.09	$120.88

Las tablas anteriores representan únicamente los beneficios DENTRO DE LA RED. Consulte el SBC y/o el resumen de beneficios para conocer los beneficios FUERA DE LA RED.

Holley PERFORMANCE BRANDS

BENEFICIOS MÉDICOS - HPN

Planes Médicos Broad Network

*La elegibilidad para los planes HPN depende de su ubicación geográfica

Atención Dentro de la Red	HPN Buy-Up	HPN Core	HPN- HDHP
Deducible	$1,250 - Individual $2,500 - Familiar	$2,000 - Individual $4,000 - Familiar	$3,500 - Individual $7,000 - Familiar
Aportación del Empleador	N/D	N/D	$500 - Individual $1,000 - Familiar
Máximo de Gastos de Bolsillo	$3,000 - Individual $6,000 - Familiar	$4,000 - Individual $8,000 - Familiar	$4,500 - Individual $9,000 - Familiar
Coseguro	10%	10%	10%
COPAGO POR VISITA AL MÉDICO			
Atención Primaria	$35	$35	Ded. + Coseg.
Especialista	$55	$55	Ded. + Coseg.
Atención Preventiva	100% Cubierto	100% Cubierto	100% Cubierto
Atención de Urgencia	$75	$75	Ded. + Coseg.
Sala de Emergencias	$200 más 10%, sin deducible	$250 más 10%, sin deducible	Ded. + Coseg.
Servicios Hospitalarios	10% después del deducible	10% después del deducible	Ded. + Coseg.
Servicios Ambulatorios	10% después del deducible	10% después del deducible	Ded. + Coseg.
Medicamentos Recetados			
FARMACIA - 30 DÍAS			
Nivel 1	$15	$15	Ded. + Coseg.
Nivel 2	$50	$50	Ded. + Coseg.
Nivel 3	$80	$80	Ded. + Coseg.
Nivel 4	$150 + 20%	$150 + 20%	Ded. + Coseg.
ENVÍO POR CORREO - 90 DÍAS			
Nivel 1	$30	$30	Ded. + Coseg.
Nivel 2	$100	$100	Ded. + Coseg.
Nivel 3	$160	$160	Ded. + Coseg.
Nivel 4	$150 + 20%	$150 + 20%	Ded. + Coseg.

Cobertura	Costo Médico por Periodo de Pago (Cada Dos Semanas)		
	HPN Buy-Up	HPN Core	HPN- HDHP
Solo Miembro del Equipo	$92.06	$54.42	$32.21
Miembro del Equipo + Cónyuge	$175.37	$118.92	$70.03
Miembro del Equipo + Hijo(s)	$150.51	$102.12	$66.89
Miembro del Equipo + Familia	$282.23	$208.29	$108.48

Las tablas anteriores representan únicamente los beneficios DENTRO DE LA RED. Consulte el SBC y/o el resumen de beneficios para conocer los beneficios FUERA DE LA RED.