

# Old North State Masonry

Si usted esta interesado en el seguro medico, por favor mire la tabla para comparar y decidir que opcion prefiere.

	OPCIÓN ALTA	
<b>PARTICIPANTE DE LA RED</b>	<b>MEDCOST</b>	
TIPO DE PROGRAMA	Dentro de la Red	Fuera de la Red
MAX POR VIDA	Ilimitado	
<b>DEDUCIBLE</b>		
INDIVIDUAL	\$1,750	\$3,500
FAMILIA	\$5,250	\$10,500
<b>A PARTIR DEL BOLSILLO MAX</b>		
INDIVIDUAL (incluye el deducible)	\$4,750	\$9,500
FAMILIA (incluye el deducible)	\$12,700	28,500
<b>Visitas al consultorio médico y HOSPITALIZACIONES</b>	<i>Los copagos no se acumulan hacia el deducible</i>	
VISITA DE LA OFICINA PRINCIPAL	\$25	Ded + 30%
VISITAS AL CONSULTORIO DE	\$50	Ded + 30%
CUIDADOS PREVENTIVOS	\$0	No está cubierto
HOSPITAL PARA PACIENTES EXTERNOS	Ded. + 40%	Ded + 60%
HOSPITALIZACION (INCLUYE PARTO)	Ded. + 40%	Ded + 60%
<b>X-RAY &amp; LAB</b>		
FACTURA POR EL MÉDICO	Se aplica copago	Ded + 30%
INDEPENDIENTE LAB (Laboratorio del Centro ambulatorio)	Sin Cargo	Ded + 30%
X-RAY	Ded. + 40%	Ded + 60%
Resonancia magnética, tomografía computarizada, PET, ETC	Ded. + 40%	Ded + 60%
<b>RECETAS:</b>	<b>NINGUNO</b>	
DEDUCIBLE Rx		
GENÉRICO	\$10	Copago de carga sobre la red en la cantidad permitida
MARCA	\$45	
MARCA pREFERIDA	\$60	
ESPECIALIDAD DE MARCA	25%	
ESPECIALIDAD PROVISIÓN DE MARCA	\$50 per receta min & \$100 per receta Max	
PEDIDOS POR CORREO (90 días de suministro)	2 x cantidad de copago	No está cubierto
<b>Hospitalización, y QUIROPRÁCTICA:</b>		
SALA DE EMERGENCIAS	\$ 500 (exonerado si es admitido)	
ATENCIÓN DE URGENCIA	\$75	
QUIROPRÁCTICA	\$50	Ded + 30%
PERÍODO MÁXIMO BENEFICIO	30 visitas	
<b>RUTINA DE LA VISIÓN:</b>		
Visita a la oficina (de diagnóstico)	\$ 25/12 Meses	No está cubierto
<b>RATES</b>		
<b>CANTIDADES DE LOS EMPLEADOS DE DEDUCCIÓN POR</b>	<b>OPCIÓN ALTA</b>	
EMPLEADO	\$42.42	
EMPLEADO Y CONYUGE	\$117.31	
EMPLEADO Y LOS NIÑOS	\$102.34	
EMPLEADO Y FAMILIA	\$185.39	

	OPCIÓN BAJA	
<b>PARTICIPANTE DE LA RED</b>	<b>MEDCOST</b>	
TIPO DE PROGRAMA	Dentro de la Red	Fuera de la Red
MAX POR VIDA	Ilimitado	
<b>DEDUCIBLE</b>		
INDIVIDUAL	\$5,000	\$10,000
FAMILIA	\$12,700	\$30,000
<b>A PARTIR DEL BOLSILLO MAX</b>		
INDIVIDUAL (incluye el deducible)	\$6,350	\$30,000
FAMILIA (incluye el deducible)	\$12,700	\$90,000
<b>Visitas al consultorio médico y HOSPITALIZACIONES</b>	<i>Los copagos no se acumulan hacia el deducible</i>	
VISITA DE LA OFICINA PRINCIPAL	\$35	Ded + 60%
VISITAS AL CONSULTORIO DE	\$70	Ded + 60%
CUIDADOS PREVENTIVOS	\$0	No está cubierto
HOSPITAL PARA PACIENTES EXTERNOS	Ded + 50%	Ded + 60%
HOSPITALIZACION (INCLUYE PARTO)	\$250 then Ded + 30%	\$500 then Ded + 60%
<b>X-RAY &amp; LAB</b>		
FACTURA POR EL MÉDICO	Se aplica copago	Ded + 60%
INDEPENDIENTE LAB (Laboratorio del Centro ambulatorio)	Ded + 50%	Ded + 60%
X-RAY	Ded + 50%	Ded + 60%
Resonancia magnética, tomografía computarizada, PET, ETC	Ded + 50%	Ded + 60%
<b>RECETAS:</b>	<b>NINGUNO</b>	
DEDUCIBLE Rx		
GENÉRICO	\$10	Copago de carga sobre la red en la cantidad permitida
MARCA	\$45	
MARCA pREFERIDA	\$60	
ESPECIALIDAD DE MARCA	25%	
ESPECIALIDAD PROVISIÓN DE MARCA	\$50 per receta min & \$100 per receta Max	
PEDIDOS POR CORREO (90 días de suministro)	2 x cantidad de copago	No está cubierto
<b>Hospitalización, y QUIROPRÁCTICA:</b>		
SALA DE EMERGENCIAS	Ded + 50%	
ATENCIÓN DE URGENCIA	\$115	
QUIROPRÁCTICA	Ded + 50%	Ded + 60%
PERÍODO MÁXIMO BENEFICIO	30 visitas	
<b>RUTINA DE LA VISIÓN:</b>		
Visita a la oficina (de diagnóstico)	\$ 35/12 Meses	No está cubierto
<b>RATES</b>		
<b>CANTIDADES DE LOS EMPLEADOS DE DEDUCCIÓN POR</b>	<b>OPCIÓN BAJA</b>	
EMPLEADO	\$25.67	
EMPLEADO Y CONYUGE	\$82.17	
EMPLEADO Y LOS NIÑOS	\$70.86	
EMPLEADO Y FAMILIA	\$133.51	