

LEY 95 - PROSSAM

¡Nosotros te cubrimos!

\$0 COPAGOS CLÍNICAS AFILIADAS COPAGOS SALAS DE EMERGENCIAS**

...además te brindamos

\$1,000 para gastos funerales

\$2,000 para beneficiarios o herederos legales del socio

TARIFAS*

Individual	\$240.00
Pareja	\$410.00
Familiar	\$560.00

DEPENDIENTE OPCIONAL menor de 65 años de edad.

Cubierta Médica con Farmacia	\$650.00
------------------------------	----------

DEPENDIENTE OPCIONAL (Padre/Madre) 65 años o más sin Medicare A y B

Cubierta Médica con Farmacia	\$610.00
------------------------------	----------

Cubierta Opcional Dental	\$20.00
--------------------------	---------

Cubierta Opcional Visión	\$8.00
--------------------------	--------

COMPLEMENTARIO A y B MEDICARE

Complementario	\$140.00
Dental	\$20.00
Visión	\$8.00

PROSSAM

El Plan de Salud del Servidor Público Puertorriqueño.

Llama al 1.844.865.2020 o solicita en www.justiciatarifaria.com



A estas tarifas usted debe restarle su aportación personal para conocer el pago mensual. Esa cantidad dividida entre 12 meses, para conocer su descuento quincenal. *Tercerado: Visión, Dental y Mayor Médica. **Autorizado por TaleSalud, 1-800-484-7277

MODELO HOJA DE SELECCIÓN



SINDICATO DE BOMBEROS UNIDOS DE PUERTO RICO

HOJA OFICIAL

SELECCIÓN DE PLAN DE SALUD ÚNICO Febrero 2019

Marque con una "X" el Plan de Salud de su selección

FIRST MEDICAL

SI

NO

TRIPLE S

HUMANA

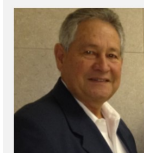
LEY 95

Estudie con detenimiento las propuestas incluidas en La Chispa del mes de febrero. Si tiene dudas o preguntas diríjase al plan seleccionado o a los oficiales de la Unión. Favor devolver la hoja, con su selección, al delegado de su distrito o a nuestra oficina al PO Box 1504, Isabela, PR 00662. Fecha límite para entregar la Hoja de Selección es el 8 de marzo de 2019.



LA CHISPA

MENSAJE DEL PRESIDENTE



FIRST MEDICAL SUGIERE NUEVAS TARIFAS Y DEDUCIBLES

Estimados compañeros y compañeras:

Las alternativas son las siguientes:

Después de varios años sin muchos cambios, First Medical ha sugerido cambios en las tarifas y deducibles del plan médico que ustedes disfrutaban en este momento. Estos cambios se deben al aumento en la utilización de medicamentos y de los servicios médicos.

Primero, debe seleccionar si desea permanecer con First Medical. Segundo, si no desea First Medical, debe escoger una de las propuestas presentadas, Triple S, Humana o Ley 95 (propuesta que ofrece el patrono donde cada uno escoge el plan que desea tener.

Le incluimos las tarifas actuales, la nueva propuesta de First Medical y las propuestas que nos han sometido Triple S y Humana. Además, le incluimos las tarifas actuales bajo Ley 95. Bajo Ley 95 cada uno de ustedes puede seleccionar un plan de salud sin necesidad de que el Sindicato de Bomberos sea el mediador como lo somos actualmente. Lo que sucede es que los precios son demasiado altos.

En este momento en que redactamos esta notificación, aunque el gobierno se propone reducir la aportación al plan médico en \$75.00 (o sea de \$200.00 a \$125.00), no se nos ha notificado nada al respecto. Por lo tanto, las negociaciones aquí expuestas están basadas en la aportación de \$200.00 que hace el patrono a su plan médico.

Incluimos también una hoja en la cual cada uno de ustedes seleccionará la oferta de plan médico que desea. La misma deberá entregarla a su delegado o devolver a nuestras oficinas no más tarde del 12 de marzo de 2019.

Cualquier duda sobre este asunto puede comunicarse con su delegado, con el Dr. William Chaparro u oficial del SBU.

Después de una ardua negociación con los planes médicos les presentamos a continuación las propuestas logradas.

NOTA: SE LES RECUERDA QUE ESTE ES UN PLAN ÚNICO, Y QUE LA PROPUESTA QUE SELECCIONE LA MAYORÍA DE LOS SOCIOS, SERÁ LA IMPLEMENTADA Y SE REQUIERE LA PARTICIPACION DEL 75% DE LA UNIDAD APROPIADA.

VEA EN ESTA EDICION



- MENSAJE DEL PRESIDENTE
- TARIFA ACTUAL
- PROPUESTAS - FIRST MEDICAL, TRIPLE S Y HUMANA
- TARIFAS LEY 95



NO LA TIRES. LEELA, DISCUTELA, ANALIZALA

FIRST MEDICAL—TARIFAS ACTUALES

SINDICATO DE BOMBEROS UNIDOS DE PUERTO RICO

Copagos/Coaseguros Principales	Cubierta Premium
Hospitalización	\$100.00/\$0.00*
Sala de Emergencia	\$0.00/\$20.00/\$30.00**
Generalistas	\$5.00
Especialista	\$15.00
Sub-Especialista	\$15.00
Laboratorios y Rayos X	20%
Pruebas Diagnósticas y Especializadas	30%
Procedimientos Ambulatorios	\$50.00

*Cuando el servicio sea prestado en Hospitales Metropolitanos.
 **\$0 de copago en trauma y si utiliza First Health Call, \$20 copago en Hospitales Metropolitanos y \$30 copago en otras facilidades.

Farmacia (Incluido)	
Copagos/Coaseguros para primeros	\$3,000 por persona
Medicamento Genérico Bioequivalente	\$5.00
Medicamento de Marca Preferido	\$8.00
Medicamento de Marca No Preferido	\$20.00
Medicamento Especializados	30% coaseguro
Luego de los primeros	\$3,001 por persona aplica 40% de coaseguro
Repeticiones	Hasta un máximo de 3 por receta

Dental (Incluido)	
Diagnóstico y Preventivo 0% / Restaurativo Menor - 20% / Restaurativo Mayor - 40%	
Ortodoncia (Hasta los 19 años de edad. No cubre tratamiento antes de la vigencia del contrato).	Beneficio máximo de \$500 por vida, por persona suscrita a través de reembolso. Aplica 40% coaseguro

Seguro de Vida (Universal Life Insurance) (Opcional)	
Beneficio Máximo por muerte natural o accidente.	\$13,200

(Sólo aplica a suscriptor principal).

Visión (Incluida a través de proveedores contratados por Ivision International, Inc.)	
Examen de la Vista (Refracción, 1 cada 12 meses)	\$10 copago
Montura de la Colección Preferred	\$18 copago (Una montura cada doce meses)
Un par de Lentes de Visión Sencilla,	\$18 copago
Bifocal (FT.25 - FT.28) o Trifocal (7x25)	
Policarbonato (Hasta 21 años, un set cada doce meses para visión sencilla)	\$20 copago
Lentes de Contacto (en vez de espejuelos)	\$36 copago (Un par cada doce meses)
Blandos Diarios	
Blandos Extendidos	\$36 copago
Desechables (dos cajas)	\$36 copago
Medicamento Necesarios	\$36 copago (Uso diario, extendido o desechable)
Montura fuera de la Colección Preferred	20% de descuento

Cubierta Premium		
Básica, Dental, Farmacia, Visión y Gastos Médicos Mayores		Seguro de Vida (Opcional)
Individual	\$199.00	\$3.00
Pareja	\$217.00	\$3.00
Familiar de 3 o más	\$320.00	\$3.00

Números Importantes - First Medical
 Servicio al Cliente 1-888-318-0274
 First Health Call 1-866-337-3338
 Página Web <http://www.firstmedicalpr.com>
 Directorio de proveedores <http://www.firstmedicalpr.com/directorio.aspx>
 Optimind mental Health 787-522-4618
 Programa de Ayuda y Acceso al Suscriptor (PAAS)

Este documento es para propósitos informativos y no contiene todas las condiciones, beneficios y exclusiones según definidos en su contrato. Para más detalles de la cubierta, refiérase al contrato matriz. En caso de discrepancia entre las partes, deberá referirse al contrato firmado entre First Medical Health Plan, Inc. y el grupo.

Rev. (t) 8/2/2016

LEY 95 - FIRST MEDICAL



RENUEDA O INGRESA AHORA
1.888.318.0274



Empleados de Gobierno 2018
 Basado en Tarifas Mensuales sin descontar la aportación patronal

Tarifa para Empleados Activos y Pensionados sin Medicare A y B

	CUBIERTAS OPCIONALES			
	Básica + Dental + Farmacia	Mayor Medical	Seguro de Vida*	PLAN DE VISIÓN
Individual	\$200.00	\$14.00	\$3.00	INCLUIDO SIN COSTO ADICIONAL
Pareja	\$468.00	\$20.00	\$3.00	
Familiar	\$595.00	\$30.00	\$3.00	
Dependiente Opcional menor de 65 años	\$409.00	\$24.00	N/A	
Dependiente Opcional mayor o igual a 65 años (sin Medicare A y B)	\$507.00	\$41.00	N/A	N/A

*Aplica al Suscriptor Principal Solamente

	CUBIERTAS OPCIONALES			
	Básica + Dental + Farmacia	Mayor Medical	Seguro de Vida*	PLAN DE VISIÓN
Individual	\$185.00	INCLUIDO	\$3.00	INCLUIDO SIN COSTO ADICIONAL
Pareja	\$425.00	INCLUIDO	\$3.00	
Familiar	\$540.00	INCLUIDO	\$3.00	
Dependiente Opcional menor de 65 años	\$392.00	\$24.00	N/A	
Dependiente Opcional mayor o igual a 65 años (sin Medicare A y B)	\$489.00	\$41.00	N/A	N/A

*Aplica al Suscriptor Principal Solamente

	CUBIERTAS OPCIONALES			
	Básica + Dental + Farmacia	Mayor Medical	Seguro de Vida*	PLAN DE VISIÓN
Individual	\$287.00	INCLUIDO	\$3.00	INCLUIDO SIN COSTO ADICIONAL
Pareja	\$569.00	INCLUIDO	\$3.00	
Familiar	\$691.00	INCLUIDO	\$3.00	
Dependiente Opcional menor de 65 años	\$543.00	\$24.00	N/A	
Dependiente Opcional mayor o igual a 65 años (sin Medicare A y B)	\$728.00	\$41.00	N/A	N/A

*Aplica al Suscriptor Principal Solamente

	CUBIERTAS OPCIONALES			
	Básica + Dental + Farmacia	Mayor Medical	Seguro de Vida*	PLAN DE VISIÓN
Individual	\$325.00	INCLUIDO	\$3.00	INCLUIDO SIN COSTO ADICIONAL
Pareja	\$660.00	INCLUIDO	\$3.00	
Familiar	\$793.00	INCLUIDO	\$3.00	
Dependiente Opcional menor de 65 años	\$851.00	\$24.00	N/A	
Dependiente Opcional mayor o igual a 65 años (sin Medicare A y B)	\$1,092.00	\$41.00	N/A	N/A

*Aplica al Suscriptor Principal Solamente

¡ESTAMOS PARA SERVIRTE! 1.888.318.0274 RENUEDA O INGRESA AHORA
 ... porque con First Medical Siempre serás primero. www.firstmedicalpr.com

LEY 95-TRIPLE S

Triple-S Salud Primas 2018 ELA Diamante

Primas para Empleados y Pensionados Gubernamentales

sin Medicare A+B o con Parte A solamente

Certificado en 2 de enero de 2018

Categoría	Cubierta Básica + Dental + Farmacia + Gastos Médicos Mayores	Cubiertas Opcionales		
		Vida	Cáncer Con Vida	
Individual	\$278.00	\$2.20	\$6.00	
Pareja	\$556.00	\$2.20	\$10.00	
Familiar (3 o más)	\$834.00	\$2.20	\$10.00	
Dependientes Opcionales	Cubierta Básica + Dental + Farmacia ²	Cubierta Opcional de Gastos Médicos Mayores		
Dependiente opcional menor de 65 años	\$348.00	\$17.00		
Dependiente opcional mayor de 65 años sin A+B Medicare	\$842.00	\$42.00		
Complementaria Medicare				
Categoría	Cubierta Base	Cubiertas Opcionales		
		Farmacia ELA Diamante ²	Plan de Farmacia Individual ²	Dental
Dependiente Opcional	\$131.00	\$180.00	\$195.00	\$12.00
Seguro de Vida Para Pensionados		Vida ²		
Retirado hasta 64 años (Beneficio de \$5,000)		\$51.50		
Retirado 65 hasta 69 años (Beneficio de \$4,000)		\$41.20		
Retirado 70 hasta 74 años (Beneficio de \$3,000)		\$30.90		
Retirado 75 años o más (Beneficio de \$2,000)		\$20.60		

Estas primas no consideran la deducción por aportación patronal.

1. La cubierta de farmacia es acreditable a la Parte D de Medicare.
2. La cubierta de seguro de vida ofrece seguro básico de \$5,000 y \$5,000 adicionales por muerte accidental.
3. La cubierta para los asegurados se reduce a partir del cumpleaños 65 y cada cinco (5) años subsiguientemente, en un 35%. Para asegurados mancomunados que deseen la cubierta de Vida para su cónyuge el costo total será \$4.40 por ambos
4. Cubierta sólo para empleados activos menores de 65 años.
5. Triple-S Salud le ofrece servicios dentales básicos opcionales.

[1/4/2018]

PROPUESTA FIRST MEDICAL



Nombre: SINDICATO DE BOMBEROS UNIDOS DE PUERTO RICO
 Efectividad: 4/1/2019
 Cancelación: 3/31/2020
 Número de grupo: 6420A

Departamento de Ventas
 Ext. Villa Caparra 530 Calle Marginal Buchanan
 Guaynabo, PR 00966
 Tel. 787-474-3999 Ext. 2030
 Fax 787-620-6861

Programa de beneficios: PREMIUM (VERSIÓN 2)

Tarifas				
Cubiertas Incluidas		Individual	Pareja	Familiar
Básica	Premium	Incluido	Incluido	Incluido
Major Medical	MM	Incluido	Incluido	Incluido
Farmacia	F-12	Incluido	Incluido	Incluido
Dental	D-07UM	Incluido	Incluido	Incluido
Visión	Platino II	Incluido	Incluido	Incluido
Total Cubiertas Incluidas		\$212.00	\$249.00	\$346.00
Cubiertas Opcionales				
Seguro de Vida*	Universal \$13,200	\$3.00	\$3.00	\$3.00

* Solo para el asegurado principal.

Deducibles / Co-Pagos / Co-Aseguros			
Deducibles Principales			
Generalista	\$10.00	Laboratorios	40%/0%*
Especialista	\$18.00	Rayos X	40%/0%*
Médico Familiar / Ginecólogo / Pediatra / Internista / Psicólogo		Pruebas Diagnósticas Especializadas	40%/0%*
Psiquiatra / Podiatra / Nutricionista / Quiropráctico / Trabajador Social		Procedimientos Ambulatorios en Facilidad	\$50.00
Sub-Especialista	\$20.00	Procedimientos Ambulatorios en Oficina	\$50.00
Sala de Emergencias por Enfermedad	\$75/\$0*	Manipulaciones Quiroprácticas	\$12.00
Sala de Emergencias por Accidente	\$0.00	Terapias de Cáncer	20%
Hospitalización	\$200/\$75**/\$0*	Terapias Físicas, Ocupacional y Rehabilitación	\$12.00
Hospitalización Psiq.	\$200/\$0*	Terapias del Habla	\$12.00
Hospitalización Psiq. Parcial	\$100/\$0*	Terapias Respiratorias	\$12.00
* Cuando el servicio sea prestado en los Hospitales y Clínicas Metro Pavia (Red Preferida Afiliada).			
** Cuando el servicio sea prestado en Hospitales Hima, Manatí Medical Center y Mayagüez Medical Center (Red Preferida).			
Deducibles de Farmacia			
Deducible Inicial	No aplica	Bioequivalentes Preferidos	\$10.00
Beneficio máximo por persona	\$3,000.00	Bioequivalentes No Preferidos	\$15.00
Copago luego del beneficio máximo	40%	Marca Preferida	20% mínimo \$25.00
Los medicamentos no están cubiertos si el costo es menor de	\$10.00	Marca No Preferida	25% mínimo \$35.00
Quimioterapias	20%	Especializados Preferidos	30%
Repeticiones máximas por receta	5	Especializados No Preferidos	40%
Deducibles de Dental			
Beneficio Máximo Cubierta Dental	\$1,000.00	Prótesis Fija	No aplica
Diagnóstico y Preventivo Pediátrico	0%	Prótesis Removible	No aplica
Diagnóstico y Preventivo Adulto	0%	Ortodoncia	40%
Restaurativo Menor	20%	Beneficio de Ortodoncia	\$500.00
Restaurativo Mayor	40%	Beneficio máximo por persona, hasta los 19 años de edad. A través de reembolso.	

Notas:

- 1) Se requiere no menos del 75% de participación de los empleados elegibles.
- 2) Estas tarifas son de uso exclusivo de este grupo y el productor que las presente.

PROPUESTA TRIPLE S



FINANCIAL PROPOSAL

Sponsor Name: SINDICATO DE BOMBEROS UNIDOS DE PUERTO RICO
 Sponsor Number:
 Org Policy:

ALTERNATIVE I
 Laboratory, Radiology and Imaging Selective Networks apply
 Effective Date: 04/01/2019 thru 03/31/2020

COVERAGES AND PREMIUMS			
		Employee	Employee + spouse
Medical Services ¹	(B+MM+OT+D+PH)	\$259.25	\$280.50
SUB TOTAL		\$259.25	\$280.50
Life Insurance	Life \$13,200	\$3.20	\$3.20
TOTAL		\$262.45	\$283.70

COPAYMENTS, DEDUCTIBLES OR COINSURANCE			
Maximum out of pocket for medical, hospital and prescription drug services provided by participating providers:		\$6,350 ind / \$12,700 fam	
Physician's Office Visits (generalist, specialist, subspecialist)		\$10.00	\$18.00 / \$20.00
X-rays, and Laboratories, (Selective Networks applies)	In Selective Network 25% / Out of Selective Network 40%		
Diagnostic tests			25% coinsurance
MRI and CT up to two (2) per anatomic region, per policy year (Excess will be cover subject to preauthorization)	In Selective Network 25% / Out of Selective Network 40%		
(Selective Networks applies)			
Pet Scan and Pet CT up to one (1) per policy year, subject to preauthorization, (Selective Networks applies)	In Selective Network 25% / Out of Selective Network 40%		
Chemotherapy and Radiotherapy			10% coinsurance
Respiratory Therapy up to twenty (20) per policy year			\$5.00 per treatment
Physical Therapy up to fifteen (15) per policy year			\$7.00 per treatment
Chiropractor's Manipulations up to fifteen (15) per policy year			Visit \$7.00 / Manipulations \$7.00
Lithotripsy			Covered at 100%
Emergency room	\$75.00 sickness / \$0.00 accident / \$0.00 if is recommended by Teleconsulta		
Ambulatory Surgery			\$200.00
General Hospitalization	Preferred Hospitals \$75.00 / Non Preferred Hospitals	\$200.00	
Partial Hospitalization			\$200.00
Triple-S Natural, up to six (6) visits per policy year			\$15.00

Vision: Eyeglasses or Contact Lenses up to \$100.00 per policy year.

Major Medical **MM__+OT** 20% coinsurance per person or family
 Services rendered in USA are covered through the Blue Cross & Blue Shield (BCBS) network and require preauthorization. Non-participating providers are covered only in case of emergency. Includes organ and tissue transplant coverage

Drugs **PH_** **Coverage is subject to a Drug List**
These copayments and/or coinsurances will apply until the plan pays \$3000 per insured person. After reaching this amount a 40% coinsurance will apply for all covered drugs.
 Preferred Generic: \$10.00
 Non Preferred Generic: \$15.00
 Preferred Brand name drugs: 20% minimum \$15.00
 Non Preferred Brand name drugs: 25% minimum \$35.00
 Preferred Specialty products: 45%
 Non Preferred Specialty products: 50%
 Chemotherapy drugs: Covered at 10%
Specialty Products will be dispensed only through the Specialty Product Network.
The coverage is subject to the Step Therapy Program for new users, with (6) six months grace period.
 Generic drugs as first choice
 If the plan member prefers, or the physician prescribes, a brand name drug instead of a generic, even when the physician writes original or do not substitute in the prescription, the plan member will pay the **brand name** drug copay plus the difference between the cost of the brand name drug and the generic.
90 days supply
 Preferred Generic: \$20.00
 Non Preferred Generic: \$30.00
 Preferred Brand name drugs: 12% minimum \$60.00
 Non Preferred Brand name drugs: 19% minimum \$70.00
Drugs under the Medication Program for Special Conditions (Specialty Products) and chemotherapy drugs can't be dispensed for 90 days.

Dental **DG49** **Maximum benefit of \$1,000 per insured per policy year**
 The maximum benefit does not apply to preventive, restorative, extractions, endodontic and diagnostic services rendered to children under nineteen years (19) of age.
 Basic, preventive and diagnostic services covered with \$0.00 copayment
 20% coinsurance for composite on posterior teeth and oral surgery
 20% coinsurance for periodontic services
 50% coinsurance for prosthesis and crowns services
 50% coinsurance for Orthodontic services covered by reimbursement, up to \$1,000 per life

(EAP) **Option 1** Evaluation and treatment services include up to ten (10) sessions per employee and for each eligible dependent, per policy year. Includes up to four (4) seminars per employer.

B - Basic, M - Maternity, MM + OT - Major Medical with Organ and Tissue Transplant, Ph - Pharmacy, D - Dental.
 * Triple-S Salud requires 100% participation in pharmacy, dental, and major medical coverages.
 * The Employee Assistance Program (EAP) does not apply to COBRA orgpolicies or Retirees.
 * The life insurance coverage amount is reduced by 35% at age 65 and by 35% every 5 years subsequently. Life Insurance coverage does not apply to COBRA or Retiree orgpolicies.
 * "Any person who knowingly and with the intention of defrauding presents false information in an insurance application, or presents, helps, or causes the presentation of a fraudulent claim for the payment of a loss or any other benefit, or presents more than one claim for the same damage or loss, shall incur a felony and, upon conviction, shall be sanctioned for each violation with the penalty of a fine of not less than five thousand (\$5,000) dollars and not more than ten thousand (\$10,000) dollars, or a fixed term of imprisonment for three (3) years, or both penalties. Should aggravating circumstances are present, the penalty thus established may be increased to a maximum of five (5) years, if extenuating circumstances are present, it may be reduced to a minimum of two (2) years." Law No. 18 of January 8, 2004.
 * **Pharmacy coverage subject to Commercial Formulary Premium 2019.**
 * Triple-S Salud reserves the right to select those prescription drugs that will be included in the pharmacy coverage. New drugs will not be covered until they are recommended by the Pharmacy and Therapeutic Committee of Triple-S Salud.
 * Services rendered outside of PR are covered through the Blue Cross & Blue Shield (BCBS) network and require preauthorization. Non-participating providers are covered only in case of emergency and Triple-S Salud will pay these services according to the fees established by the local BCBS plan for non participating providers.
 * The preventive services required by the federal laws Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) and Public Law No. 111-152 (HCERA) are covered at 100%, including the women's preventive services. This services are covered only in Puerto Rico.
 * Non-essential benefits, services not covered and services provided by non-network providers are not considered eligible expenses for the accumulation of the out-pocket maximum.
 * **Laboratory, Radiology and Imaging Selective Networks apply.**
 * Triple-S Salud reserves the right to revise the premium rates at any time during the policy period in order to comply with any federal, state or local regulations. This revision may include adjustments to premium rates due to taxes, fees or any other unexpected expense required by law.
 * Triple-S Salud, Inc reserves the right to revise the rates if the group enrollment changes at least 10%, anytime during the policy year.
 * The rates are effective for 30 days from February 14, 2019.

PROPUESTA HUMANA



Client Name: SINDICATO DE BOMBEROS DE PUERTO RICO
 Group Number: xxxxxxxx
 Proposal Date: 02/18/19
 Effective Date: 04/01/19
 New Business

	Humana Max 1500 + OT	Major Medical	Pharmacy	Dental: DP - 2	Eye Med Vision Discount	Life	EAP	Total
Single	\$222.89	Included	\$60.78	Included	Included	\$4.09	N/A	\$287.76
Couple	\$243.05	Included	\$66.28	Included	Included	\$4.09	N/A	\$313.42
Family	\$358.41	Included	\$97.74	Included	Included	\$4.09	N/A	\$460.24

Medical Coverage

Generalist	\$5	Emergency Room - Sickness	\$30
Specialist	\$15	Emergency Room - Accident	\$0
Sub-Specialist	\$15	Laboratories & X-Rays	20%
Hospital	\$100	Specialized Tests	30%

Pharmacy

Rx-3 Traditional / MAC A	Mail Order:	90 days supply	Retail 90:	90 days supply
Generic	- Generic	\$10	- Generic	\$15
Preferred Brand	- Preferred Brand	\$16	- Preferred Brand	\$24
Non Preferred Brand	- Non Preferred Brand	\$40	- Non Preferred Brand	\$60
Specialty Drugs		30%		

Maximum Allowable Benefit \$3,000; then 40% applies to all drugs

Major Medical

Single Deductible	\$100
Family Deductible	\$300
Lifetime Maximum Benefit	Unlimited
Coinsurance	20%

Life

Life Insurance:	\$13,200	Basic Rate:	\$0.25 /\$1,000	Premium:	\$3.30
Monthly Premium Per Employ	\$4.09	Accidental Rate:	\$0.06 /\$1,000	Premium:	\$0.79

Dental

DP - 2		Prothesis	50% Max \$800
Diagnostic & Preventive	0%	Periodontal	50% Max \$800
Restorative	25%	Orthodontics	50% Max \$1000

Maximum Out of Pocket

Single	\$6,350	Out of Network Single	\$19,050
Family	\$12,700	Family	\$38,100

- Notes:
- This proposal requires at least 50% employer contribution.
 - For drug and dental coverages to be together with medical coverage, 100% participation is necessary.
 Major Medical requires 100% participation.
 - Vision coverage and EAP require 100% participation.
 - This quote is valid up to the effective date.
 - Any change or difference in demography is subject to rate revision.
 - Rates are based on 100% of group's membership at the time of this offer.
 The total eligible employees as provided in the census are: Single: 441, Couple: 325, Family: 572, Members: 3468.
 If membership changes 10% or more, rates will be reviewed.
 - It is necessary to receive response 17 days before the renewal date, to guarantee that the benefits are effective for the above mentioned date.
 - Rule of participation: 90% participation of the eligible employees is needed, after eliminating the employees who show evidence of having another group plan or plan of reform. Also, a minimum of 75% of all the eligible employees is needed (counting also the employees insured with another group plan or plan of reform).
 - This proposal does not include the Step Therapy Program.
 - Life Insurance and Accidental Death & Dismemberment is reduced to 65% at age 65. Retirees, COBRA participants, collaterals and dependents are not eligible for Life Insurance or AD&D.
 Life rates are for employee coverage only.
 - Humana reserves the right to change any premium rate, including on a retrospective basis, when the terms of the policy are changed or our liability has been altered because of a change in state or federal law or a substantive change in the composition of the group.
 - If the group has a pending balance with Humana, it must be paid in full before enrollment.
 - These rates assume that there are no undisclosed Organ Transplant candidates nor members with pre-existing conditions that require high cost treatments (over \$25,000 med & \$5,000 Rx) during the first contract year. If so, rates will be revised.
 - These rates are valid only after submitting required documents of Humana: RFQ with medical questionnaire completed and signed by the employer and agent/broker, shock claims report, incorporation evidence, most recent monthly bill of actual carrier, Group Master Application, enrollment form completed and signed by the member, copy of check for the first month premium, agreement of contract terms, complete description of benefits by coverage, SPD of actual carrier with actual deductibles and coinsurances.
 - Final rates will be evaluated at enrollment with the information in point 13, quarterly tax report, and payroll report.
 - This proposal includes PPACA CE Tax, Health Insurer Annual Fee and State Premium Tax. Any change or new tax will be charged in addition to the premium.
 - This proposal includes Over The Counter drugs, \$1 copay applies. For more information, refer to the Summary Plan Description
 - This proposal includes Hearing Aid up to \$250 per policy year.
 - This proposal includes a maximum allowable benefit of \$75 per policy year for vision coverage by reimbursement.

HUMANA NO BRINDA SERVICIOS AL GOBIERNO BAJO LEY 95