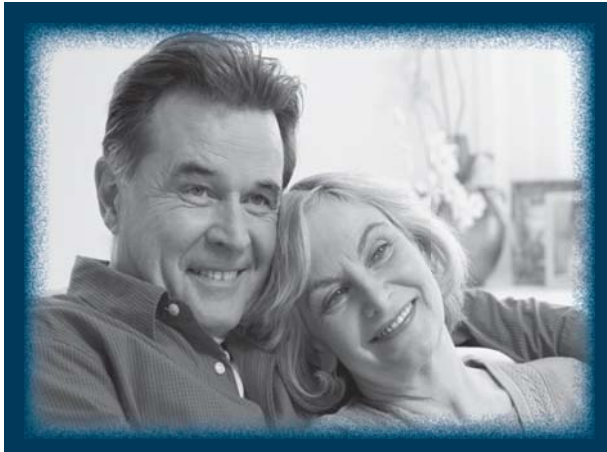
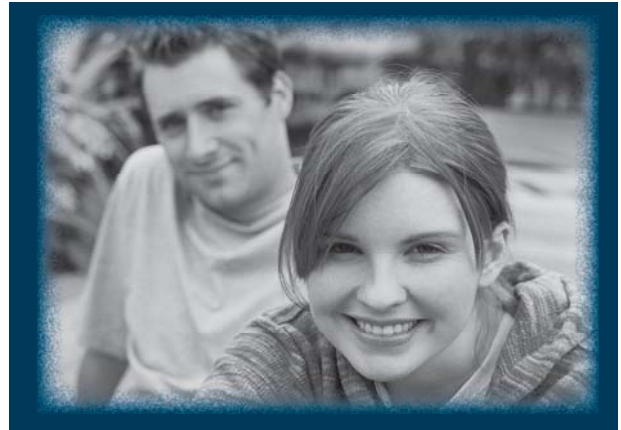


The Texas A&M University System

Resume de Beneficios 2008/2009

En Español



 **FirstCare**[™]
HEALTH PLANS
Health Plans that Work for Texans

The Texas A&M University System Resume de Beneficios - 2008/2009

Este beneficio de síntesis se pretende poner de relieve la cobertura disponible para los empleados / jubilados y dependientes de la Texas A & M University System. El siguiente es un resumen de las cantidades que se requieren copagos y cualquier dependientes debe pagar al recibir los servicios que se indican a continuación. Estos servicios deben ser realizados, prescrito, o las instrucciones de su médico personal o designado ginecólogo / obstetra Médico. Por favor, consulte su Prueba de cobertura para una explicación detallada de cubiertos y no cubiertos servicios.

SERVICIOS CUBIERTOS	COPAGO MONTO
Plan deducible año	\$250
Plan de Año fuera de la máxima Pocket	Copagos total pagado en un Plan de Año no será superior al 200% del total de prima anual
Servicios Ambulatorios	
Medico de a Atención Primaria	\$20 por visita *
Especialista	\$50 por visita*
Laboratorio de Servicios	No Copago*
Servicios de Radiología Diagnóstica (con excepción de los siguientes):	No Copago*
Arteriograms, tomografía computarizada, resonancia magnética (RM), EEG, un mielograma, estudio del sueño, y el PET Scan	\$100 por procedimiento
Radio-nucleido Prueba de Estrés	\$75 por procedimiento
El ultrasonido (no-embarazo)	50% de los Créditos por procedimiento
Intervenciones quirúrgicas realizadas en el consultorio del médico	\$50 por procedimiento
Pre y Post-Natal la atención obstétrica	No Copago*
Rehabilitación, Discurso, Ocupacional y Terapia Física	\$50 por visita
Cirugía ambulatoria	\$250 por admisión
Médico visitas a domicilio	\$50 por visita
Servicios para alérgicos	
Oficina de Visitas incluidas las pruebas	\$20 por visita al PCP* \$50 por visita al Especialista*
Suero	50% de los permitidos Monto
Inyección de Administración	50% de los permitidos Monto por visita
Servicios de la Dependencia de Sustancias Químicas	\$50 por visita ambulatoria * <i>Limitado a 3 serie de tratamientos de por vida</i>
A corto plazo los servicios de salud mental	\$50 por visita* <i>Limitado a 40 visitas Plan por Año</i>
Enfermedades mentales graves Servicios	\$50 por visita*; <i>Limitado a 60 visitas Plan por Año</i>
Trastorno del espectro autista	\$50 por visita*
Preventivo de los servicios de salud	
Los exámenes físicos de rutina	\$20 por visita al PCP* \$50 por visita al Especialista*
Bien-Bebé y así el cuidado de los niños	\$20 por visita al PCP* \$50 por visita al Especialista*
Inmunizaciones	No Copago*
Bueno mujer exámenes - Incluida la rutina anual físicos	\$20 por visita al PCP o designados OB/GYN *; \$50 para no designada OB/GYN
Mamografía	No Copago*
Medición de masa ósea	\$50 por procedimiento*
Exámenes para la detección del cáncer de próstata	Incluido en la visita al copago*
El cribado para la detección de cáncer colorrectal	Incluido en la visita al copago*
Vista de rutina, el habla y la audición con exámenes para los niños	No requiere copago adicional cuando es realizada durante una visita al *

* No Deducible

SERVICIOS CUBIERTOS	COPAGO MONTO
La planificación de la familia y los servicios de infertilidad	
Consejería en planificación familiar	\$20 por visita al PCP* \$50 por visita al Especialista*
Sterilization Performed at an Outpatient Surgical Facility	\$250 por admisión
Dispositivos anticonceptivos y los implantes <ul style="list-style-type: none"> • Diafragma • DIU • Subdermal Contraceptive Implantes y Remocionl • Depro Provera inyecciones 	20% de la cantidad admisible para todos los cargos. Se aplica a materiales, procedimientos y servicios.
Esterilización a realizar en el consultorio del médico	\$50 por procedimiento
Servicios de Infertilidad	50% de la cantidad admisible se aplica a todas las visitas a las oficinas y servicios. <i>Infertilidad medicamentos no están cubiertos</i>
Servicios de Hospitalizado	
Inpatient Admissions including: <ul style="list-style-type: none"> • Centro de rehabilitación • Instalación de enfermería • Especializado la Dependencia de Sustancias Químicas • Centro de Tratamiento • Hospital Psiquiátrico Hospital Nivel 1 - hospitales contratados en el Área de servicio Hospital Nivel 2 - hospitales contratados fuera del Área de servicio	Dependencia de Sustancias Químicas: <i>Limitada a tres series de tratamientos de por vida.</i> De enfermería especializada: <i>Limitada a 100 días al Plan de Año.</i> Enfermedades mentales graves: <i>Limitada a 45 días por Año Plan</i> A corto plazo la Enfermedad Mental: <i>Limitado a 30 días por año del Plan.</i> \$150 por día, no superior a \$750 máximo por admisión 25% de la cantidad admisible por día; no superior a \$5000 por cada miembro y \$10000 por familia.
Unidad de observación de admisión	\$150 por admisión
Otros servicios de salud	
Límite de los servicios de dentista	\$10,000 anuales el máximo beneficio
Inicio de Servicios de Salud (con excepción de los siguientes) - Habla, Ocupacional y Terapia Física	No Copago
No emergente servicios de ambulancia	\$75 por viaje
Prótesis	\$250 copago por dispositivo Dispositivos externos - por vida máxima de 15000 dólares por dispositivo / extremidades
Ortosis	\$250 copago por dispositivo
La manipulación espinal servicios	\$50 por visita*
Equipo Médico Duradero (DME) y Productos Sanitarios	20% de la cantidad admisible por pieza de equipo o suministro. DME se limita a \$4000 por Plan de Año. DME utilizado en el tratamiento de la diabetes, oxígeno y dispositivos de control no están incluidos en los \$4000 como máximo.
La insulina y medicamentos para diabéticos (hasta un suministro de 30 días) <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 - medicamentos genéricos • Nivel 2 - medicamentos de marca en lista de medicamentos • Nivel 3 - medicamentos de marca no en lista de medicamentos Correo Orden (hasta 90 días) <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 - medicamentos genéricos • Nivel 2 - medicamentos de marca en lista de medicamentos • Nivel 3 - medicamentos de marca no en lista de medicamentos 	\$15 por prescripción * \$30 por prescripción * \$60 por prescripción * \$45 por prescripción * \$90 por prescripción * \$180 por prescripción *
Hasta oferta por diabéticos durante 30 días	20% por tema *
Diabetic la educación para el autocuidado	\$20 por visita al PCP* \$50 por visita al Especialista*
Audífonos	La cobertura está limitada a un máximo de 500 dólares al oído una vez cada 36 meses.

* No Deducible

SERVICIOS CUBIERTOS	COPAGO MONTO
Otros servicios de salud (continuación)	
El trasplante de órganos	Servicios incluidos en la oficina de visita, cirugía ambulatoria o de hospitalización del hospital copago.
Radioterapia, medicamentos inmunosupresores, quimioterapia y Agentes Asociados, medicamento Infused Medicamentos y Suministros, Medicamentos de Alta Tecnología, y las drogas inyectables (con exclusión de Depo Provera Inyectables)	<p>Cuando la medicación costo es de \$500 o menos: No se requieren copagos adicionales – incluido en la visita, cirugía ambulatoria o de hospitalización del hospital copago.</p> <p>Cuando la mediación costo es de mas de \$500: 30% copago, no superior a \$2500 Fuera de Bolsillo máxima para estos servicios específicos.</p>
Servicios de Hospicio	No Copago
El dolor de Servicios de Gestión	Incluido en la oficina de visita, cirugía ambulatoria o de hospitalización del hospital copago.
Servicios de Emergencia	
Sala de Emergencias	\$100 por sala de emergencias del hospital visita. Sala de emergencia de renuncia al copago si ingresados en el hospital
Menores de emergencia o de urgencia Centro de Atención	\$35 por visita
Ambulancia	\$75 por viaje de ambulancia
Medicamentos Recetados	
Farmacia Deducible	\$50 por persona por Año del Plan
Farmacia al por menor (hasta un suministro de 30 días) <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 - medicamentos genéricos Nivel 2 - medicamentos de marca en lista de medicamentos Nivel 3 - medicamentos de marca no en lista de medicamentos Nivel 4 - Libre-inyectables y Medicamentos de Alta Tecnología 	\$15 por prescripción \$30 por prescripción \$60 por prescripción 25% por prescripción No fuera de la máxima de bolsillo
Mail Servicio de Farmacia (hasta un 90 días de suministro) <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 - medicamentos genéricos Nivel 2 - medicamentos de marca en lista de medicamentos Nivel 3 - medicamentos de marca no en lista de medicamentos Nivel 4 - Libre-inyectables y Medicamentos de Alta Tecnología 	\$45 por prescripción \$90 por prescripción \$180 por prescripción 25% por prescripción No fuera de la máxima de bolsillo

* No Deducible

FirstCare ofrece una asequible y plan flexible con un excelente servicio al cliente:

- ★ Má del 99% de las reclamaciones se tramitan libre de errores y sin preocupaciones para usted.
- ★ Respondemos a nuestros teléfonos en menos de treinta segundos, con un real en vivo representante de servicio al cliente.
- ★ Ofrecemos una gran red de confianza de los médicos y hospitales que ofrecen la mejor atención disponible.
- ★ Proceer de emergencia en cualquier parte del mundo.



Si este resumen se diferencia el plan de documento, el plan regula el documento.
FirstCare es una marca de servicio de SHA, LLC.

800-884-4901
www.FirstCare.com