

Austin Independent School District
2011-2012 HSA Benefits Summary

La información del siguiente resumen del plan es solo para ayudar a los empleados de AISD a repasar la cobertura del plan de salud 2011-2012. El propósito de esta comparación no es reemplazar la descripción detallada disponible de Blue Cross Blue Shield de Texas (BCBSTX). La cobertura del plan, los pagos, las exclusiones y los límites de los beneficios serán determinados solamente con información preparada y distribuida por BCBSTX.

Provisiones del plan	PPO 3 HSA	
	Dentro la red	Fuera de la red
Cuenta de salud		
Cirugía:	Contribución del empleador (\$)	
Límite máximo de por vida	Ilimitado	
Máximo anual en beneficios de salud esenciales	\$2,000,000	
Deducible:		
Solo individual	\$1,500 ó	\$3,000 ó
Individual + Cualquier miembro de la familia	\$3,000	\$6,000
Desembolso personal incluyendo el deducible		
Solo individual	\$4,500 ó	\$9,000 ó
Individual + Cualquier miembro de la familia	\$9,000	\$18,000
Visita al consultorio (<i>Médico principal o especialista</i>)	Ded + 20%	Ded + 40%
Lab / Rayos X costo en otras instalaciones para pacientes externos	Ded + 20%	Ded + 40%
Pruebas para diagnóstico (<i>MRI, Ctscan, PET scan, etc.</i>)	Ded + 20%	Ded + 40%
Inyecciones y suero para alergias	Ded + 20%	Ded + 40%
Pruebas alérgicas	Ded + 20%	Ded + 40%
Cuidados preventivos (según los determinó el Equipo de Trabajo de EE.UU. de Servicios Preventivos)		
Exámenes generales de adultos	Cubierto al 100%	Ded + 30%
Mamograma	Cubierto al 100%	Ded + 30%
Cuidado general a niños	Cubierto al 100%	Ded + 30%
Inmunizaciones (vacunas)	Cubierto al 100%	\$0 hasta 6 años Ded + 30% 6 años +
Cobros de hospital a paciente interno:		
Visita al médico	Ded + 20%	Ded + 40%
Cobros de la instalación	Ded + 20%	Ded + 40%
Sala de emergencia (accidente / emergencia dentro de 48 horas)		
Instalación	Ded + 20%	Ded + 20%
Cuidado de urgencia	Ded + 20%	Ded + 40%
Ambulancia	Ded + 20%	Ded + 20%
Cirugía:		
Consultorio del doctor principal	Ded + 20%	Ded + 40%
Hospital para pacientes externos	Ded + 20%	Ded + 40%
Maternidad		
Médico	Ded + 20%	Ded + 40%
Instalación	Ded + 20%	Ded + 40%
Medicinas de receta:		
Genéricas	Ded + 20%	Ded + 20%
De marca	Ded + 20%	Ded + 20%
No preferidas	Ded + 20%	Ded + 20%
Orden por correo	Ded + 20%	Ded + 20%
Beneficio mental / Nervioso		
Paciente interno	Ded + 20%	Ded + 40%
Paciente externo	Ded + 20%	Ded + 40%
Beneficio para dependencia química		
Paciente interno	Ded + 20%	Ded + 40%
Paciente externo	Ded + 20%	Ded + 40%
Cuidado de la vista, Examen de rutina (excluye materiales y lentes de contacto)*	Ded + 20%	Ded + 40%
Límites pre-existentes (ver documentación de BCBSTX para explicación)**	6/12	6/12

*El examen de rutina de la vista lo proporcionan proveedores de Blue Cross. Los materiales y lentes de contacto se proporcionan a precios de descuento a través de Davis Discount Vision Program.

**Todos los límites pre-existentes se aplicarán a a empleados nuevos o dependientes mayores de 19 años y cuya cobertura empieza a partir del 1º/Sept/11, a menos que se se proporcione un certificado de cobertura acreditable que muestre crédito de cobertura previa.