

# Plan de salud con deducible alto de Polaris Industries Inc.

1.º de enero de 2023

	Dentro de la red* Bluecard PPO	Fuera de la red**
<b>Deducible por año calendario – No integrado</b> Los máximos dentro y fuera de la red se acumulan en forma conjunta.	Médico y farmacia Individual: \$1,600 Familiar: \$3,200	Médico y farmacia Individual: \$1,600 Familiar: \$3,200
<b>coseguro</b>	Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro	Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro
<b>Desembolso directo máximo por año calendario</b> Los desembolsos directos máximos dentro y fuera de la red se acumulan en forma conjunta.  Los cargos no cubiertos y los cargos en exceso del monto permitido no se aplican a los desembolsos directos máximos.	Médico y farmacia Individual: \$4,350 Familiar: \$8,700 El máximo individual en un contrato familiar es de \$6,900	Médico y farmacia Individual: \$4,350 Familiar: \$8,700
<b>Niveles de pagos de beneficios</b>	Pago para los proveedores de la red participantes según lo descrito. La mayoría de los pagos se basa en el monto permitido.	Si se cubren los servicios de un proveedor no participante, usted es responsable de la diferencia entre los cargos facturados y el monto permitido. La mayoría de los pagos se basa en el monto permitido.
<b>Atención preventiva</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de bienestar infantil para niños de hasta 6 años</li> <li>• Atención prenatal</li> <li>• Evaluaciones médicas preventivas para niños de 6 años y mayores</li> <li>• Prueba de detección de cáncer</li> <li>• Exámenes preventivos de audición y vista</li> <li>• Inmunizaciones y vacunas</li> </ul>	100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 %	Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro
<b>Servicios médicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas electrónicas</li> <li>• Visitas médicas en el hospital</li> <li>• Cirugía y anestesia</li> <li>• Servicios profesionales de laboratorio</li> <li>• Visitas al consultorio debido a enfermedad o lesión</li> <li>• Visita al consultorio del especialista</li> <li>• Atención de urgencia (en la clínica)</li> <li>• Clínica de salud minorista</li> <li>• Diagnóstico profesional por imágenes</li> <li>• Inyecciones y suero para alergias</li> </ul>	Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro	Sin cobertura Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro
<b>Otros servicios profesionales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulación quiropráctica</li> <li>• Terapia quiropráctica</li> <li>• Atención médica a domicilio</li> <li>• Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla</li> </ul>	Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro	Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro
<b>Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados</b>	Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro	Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro

	Dentro de la red* Bluecard PPO	Fuera de la red**
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico por imágenes en el centro</li> <li>• Servicios de laboratorio en el centro</li> <li>• Quimioterapia y radioterapia</li> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla</li> <li>• Cirugía programada para pacientes ambulatorios</li> <li>• Atención de urgencia (en el hospital)</li> </ul>	Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro	Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro
<b>Atención de emergencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de emergencias</li> <li>• Cargos del médico</li> <li>• Ambulancia (transporte debido a necesidad médica al centro más cercano equipado para tratar la afección)</li> </ul>	Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro	
<b>Suministros médicos</b>	Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro	Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro
<b>Cirugía bariátrica</b>	Blue Distinction Center Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro	Centro que no es de Blue Distinction Center: Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Fuera de la red: Sin cobertura
<b>Tratamientos de reproducción</b>	Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro	Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro
<b>Salud del comportamiento (atención de salud mental y dependencia de sustancias químicas)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de pacientes hospitalizados</li> <li>• Atención para pacientes ambulatorios</li> <li>• Atención médica profesional</li> </ul>	Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro	Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro
<b>Lista de medicamentos preventivos de FlexRx para 2020 (consulte el PDF sobre “Find Medicines” (Buscar medicamentos) que se encuentra en la sección “Helpful documents” (Documentos útiles):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura de medicamentos solo para las siguientes afecciones: enfermedades cardíacas, presión arterial, colesterol, diabetes, osteoporosis, enfermedades respiratorias</li> </ul>	100 %	Sin cobertura

	Dentro de la red* Bluecard PPO	Fuera de la red**
<b>Medicamentos con receta médica: Formulario abierto de Select Network/ FlexRx</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Minoristas</b> (limitación de 34 días) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genéricos</li> <li>• De marca preferidos</li> <li>• No preferidos</li> </ul> </li> <li>• <b>Farmacia de pedido por correo: 90dayRx</b> (limitación de 102 días) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genéricos</li> <li>• De marca preferidos</li> <li>• No preferidos</li> </ul> </li> </ul>	<p>Sujeto a deducible; usted paga un 20 % de coseguro</p> <p>Sujeto a deducible; usted paga un 20 % de coseguro</p>	<p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p>
	<p><b>El programa 90dayRx se aplica únicamente a las farmacias participantes minoristas o con servicio por correo.</b></p> <p><b>Los medicamentos especializados identificados y comprados mediante un proveedor de la red de farmacias especializadas son elegibles para la cobertura (sin cobertura para los medicamentos especializados comprados a través de un proveedor de farmacias especializadas no participante).</b></p> <p><b>La lista de medicamentos utiliza un programa de terapia de pasos. Inicie sesión en <a href="http://bluecrossmnonline.com">bluecrossmnonline.com</a> y seleccione "Prescriptions" (Recetas) y luego vea "Frequently asked questions" (Preguntas frecuentes).</b></p>	

Sus costos de desembolso directo dependen del estado de la red de su proveedor. Para verificar dicho estado, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Blue Cross o visite [bluecrossmnonline.com](http://bluecrossmnonline.com).

\* **Costos de desembolso directo más bajos:** proveedores de la red.

\*\* **Costos de desembolso directo más altos:** Proveedores participantes fuera de la red.

**Costos de desembolso directo más altos:** Proveedores **no participantes** fuera de la red (Usted es responsable de la diferencia entre el monto permitido de Blue Cross y el monto facturado por los proveedores no participantes. Esto es además de cualquier deducible, copago o coseguro aplicable. Los pagos de los beneficios se calculan según el monto permitido de Blue Cross, que generalmente es inferior al monto facturado por el proveedor).

Esto es solo un resumen. Lea su folleto de beneficios para obtener más información acerca de qué está o no está cubierto. Los servicios que no están cubiertos incluyen aquellos que son cosméticos, que están en investigación, que no son por necesidad médica ni están cubiertos por la Ley de Compensación del Trabajador o por un seguro a todo riesgo.

Para recibir más información, visite [bluecrossmnonline.com](http://bluecrossmnonline.com), o bien, llame al Servicio de Atención al Cliente de Blue Cross al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

**Deducible no integrado:** el plan comienza a pagar los beneficios que requieren costo compartido cuando se alcanza el deducible total de la familia. El deducible puede ser alcanzado por un miembro o por una combinación de varios miembros de la familia. El deducible individual se aplica únicamente a la cobertura individual

