



# Seguro de salud para pequeños empleadores y sus empleados 2011

State of Wisconsin  
Office of the Commissioner of Insurance  
P.O. Box 7873  
Madison, WI 53707-7873  
[oci.wi.gov](http://oci.wi.gov)

---

---

**La misión de la Office of  
the Commissioner of Insurance...**

**Ser los primeros en informar y proteger al  
público y satisfacer las necesidades de cada asegurado.**

---

---

Si usted tiene una queja específica sobre su seguro, dévela primero a la compañía o agente de seguros involucrado. Si no recibe respuestas satisfactorias, comuníquese con la Office of the Commissioner of Insurance.

Si desea obtener información sobre las distintas formas de plantear quejas de seguros, llame al:

(608) 266-0103 (en Madison)  
o bien a:  
1-800-236-8517 (dentro del estado)

Domicilio postal  
Office of the Commissioner of Insurance  
P.O. Box 7873  
Madison, WI 53707-7873

Correo electrónico  
ocicomplaints@wisconsin.gov  
Incluya su nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico.

Sitio en Internet de la OCI  
oci.wi.gov

Para su comodidad, tiene a su disposición una copia del formulario de reclamaciones de la OCI al final de esta guía. Asimismo la copia del formulario de reclamaciones de la OCI está disponible en el sitio en Internet de la OCI.

Se incluye al final de esta guía una lista de publicaciones de la OCI. Asimismo, las copias de las publicaciones de la OCI están disponibles en línea en el sitio en Internet de la OCI.

**Los sordomudos, sordos o personas con problemas para hablar pueden  
comunicarse con OCI a través del servicio WI TRS**

Esta guía no es un análisis legal de sus derechos bajo cualquier póliza de seguros o programa de gobierno. Sus derechos serán establecidos por su póliza de seguros, normas de programa, leyes de Wisconsin, leyes federales y decisiones de un tribunal de justicia. Ud. puede consultar a un abogado para solicitar asesoramiento legal sobre sus derechos específicos.

La Office of the Commissioner of Insurance (OCI) no garantiza que la información contenida en esta publicación sea completa, exacta ni actualizada en todo momento. Toda la información está sujeta a modificaciones en forma regular sin previo aviso.

Las copias impresas de las publicaciones se actualizan anualmente. En un esfuerzo por brindar información actualizada, las publicaciones disponibles en el sitio en Internet de la OCI pueden actualizarse con mayor frecuencia que las versiones en papel para reflejar las modificaciones necesarias. Visite el sitio en Internet de la OCI en **oci.wi.gov**.

La Office of the Commissioner of Insurance no discrimina por razones de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad, o incapacidad en el empleo o la provisión de servicios.

## Tabla de Contenidos

	<b>Página</b>
I. Introducción .....	4
II. Planes de salud tradicionales .....	4
Deducible .....	4
Coseguro .....	4
Límite de gastos de bolsillo .....	4
Médicamente necesario .....	4
Honorario razonable, habitual y usual .....	5
III. Planes de atención médica administrada/de red definida (Managed Care/ Defined Network Health Plans) .....	5
Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) .....	5
Plan de punto de servicio (Point of Service Plan, POS) .....	5
Plan de proveedores preferidos (Preferred Provider Plan, PPP) .....	5
Directorios de proveedores .....	5
Continuidad de la atención médica .....	6
Procedimiento de derivación .....	6
Segundas opiniones .....	6
Desafiliación .....	6
Especialista en atención médica administrada .....	6
IV. Requisitos aplicables a los planes de beneficios de salud de pequeños empleadores (Small Employer Health Benefit Plans) .....	6
Exclusiones y limitaciones .....	7
Exclusiones de condiciones preexistentes .....	7
Portabilidad .....	7
Períodos de afiliación especial .....	7
Participación de afiliación .....	7
Disposiciones especiales relacionadas con la oferta de pólizas de seguro de salud para pequeños empleadores .....	7
V. Requisitos aplicables a todos los planes de beneficios de salud .....	8
Atención médica de emergencia .....	8
Procedimiento de quejas .....	8
Revisión independiente .....	8
Continuación y Conversión .....	9
Ley Federal (COBRA) .....	9
Ley de Wisconsin (s. 632.897, Wis. Stat.) .....	10
Dónde acudir para pedir Ayuda .....	10
Beneficios Obligatorios .....	10
VI. Consejos para el consumidor .....	11
VII. Problemas con su Compañía de Seguros .....	11
VIII. Definiciones .....	11
IX. Tasas de primas mensuales para negocios nuevos .....	13
Lista de verificación para pequeños empleadores .....	47
Planilla de cobertura de atención médica .....	48
Publicaciones para el Consumidor	
Formulario para Reclamaciones sobre el Seguro	

### **Sitio en Internet del pequeño empleador**

La Office of the Commissioner of Insurance (OCI) desarrolló un sitio en Internet para ayudar a los pequeños empleadores a convertirse en consumidores de seguros más informados. El sitio en Internet de Cobertura de seguros para pequeños empleadores ([oci.wi.gov/consumer/employers.htm](http://oci.wi.gov/consumer/employers.htm)) asiste a los pequeños empleadores de Wisconsin brindándoles información sobre los diferentes tipos de pólizas de seguros existentes en el mercado, sobre cuánta cobertura contratar y cómo hacerlo prudentemente.

## **I. Introducción** (cap. 635, Wis. Stat. y cap. Ins 8, Wis. Adm. Code)

Los pequeños empleadores de Wisconsin no están obligados por ley a ofrecer beneficios de atención médica a los empleados. Sin embargo, muchos pequeños empleadores lo hacen a fin de atraer y mantener buenos empleados. El seguro de salud para pequeños empleadores está disponible en Wisconsin en varios aseguradores y planes de salud administrados. Esta publicación pretende ayudar a los pequeños empleadores a comprender sus opciones y proporcionar una comparación de las tasas de primas disponibles en el mercado de seguros de salud para pequeños empleadores.

Un pequeño empleador se define como aquella persona que emplea como mínimo 2, pero no más de 50 empleados en Wisconsin. Un empleado elegible es aquél que trabaja en forma permanente y que tiene una semana laboral normal de 30 o más horas. Entre ellos se encuentran los propietarios únicos, los propietarios de negocios, entre otros los propietarios de un negocio agrícola, los socios de sociedades y los contratistas independientes si dichos individuos están incluidos como empleados en un plan de beneficios de salud de un pequeño empleador. El término no incluye a los empleados que trabajan de forma temporal o como suplentes.

Como empleador, usted elige el plan de beneficios de salud que satisface sus necesidades y presupuesto. Esto implica decidir si el plan justifica su valor. Por ejemplo, los planes con más opciones de médicos y hospitales también suelen costar más que los planes con opciones limitadas. Los planes que ayudan a administrar la atención que recibe normalmente cuestan menos, pero usted renuncia a cierto grado de libertad de elección.

## **II. Planes de salud tradicionales**

Con los planes de salud tradicionales de servicios a cambio del pago de honorarios (también conocidos como planes de indemnización), un empleador contrata una póliza de una compañía de seguros y paga una prima en forma regular. Una póliza de seguro de salud colectivo es un contrato entre el empleador y la compañía de seguros. El empleado no recibe una póliza sino un certificado de seguro sujeto al contrato del empleador. A cambio de la prima, la compañía de seguros acuerda pagar determinados productos necesarios médicamente para los empleados y los familiares a cargo, que estén incluidos en la póliza como elementos cubiertos.

En los planes de servicios a cambio del pago de honorarios, los asegurados son libres de procurar la atención médica necesaria de cualquier médico que deseen. Con un plan de servicios a cambio del pago de honorarios, la compañía de seguros paga una parte de las facturas del hospital y del médico.

El médico a menudo factura directamente a la compañía de seguros por los servicios brindados, y la compañía de seguros paga los productos cubiertos por la póliza. En algunos casos, es posible que el asegurado tenga que presentar una declaración del médico que lo atiende y un formulario de reclamación completado.

Los planes de servicios salud a cambio del pago de honorarios exigen que usted pague un deducible y un coseguro.

### **Deducible**

El deducible es la suma en dólares inicial que usted debe pagar de su bolsillo antes de que la compañía de seguros pague lo que le corresponde. Por ejemplo, si Ud. tiene un deducible anual de \$500, pagará los primeros \$500 de gastos cubiertos por cada persona asegurada.

Si adquiere una cobertura para su familia, pregunte cómo funciona el plan familiar. Es posible que algunos planes no requieran que cada miembro de la familia pague el deducible después de que dos personas de la familia ya lo hayan pagado.

Lea la póliza detenidamente. Algunas pólizas exigen que usted pague un deducible por cada enfermedad o accidente.

### **Coseguro**

El coseguro es una proporción o porcentaje de los gastos cubiertos que debe pagar además del deducible. El acuerdo de coseguro más común es aquel en que la compañía de seguros paga 80% y Ud. paga 20% como coseguro hasta que se llegue a un máximo de gastos de bolsillo. El coseguro se aplica a cada persona y comienza nuevamente cada año calendario o del plan.

### **Límite de gastos de bolsillo**

Muchos planes tienen un límite de gastos de bolsillo. El máximo de gastos de bolsillo es el importe máximo en dólares que Ud. paga por los servicios y suministros cubiertos durante un período determinado, generalmente un año calendario. El máximo puede incluir o no el deducible. Una vez que se pagó el máximo de bolsillo, los beneficios se pagarán al 100% de los costos que tengan lugar luego de ese período.

### **Médicamente necesario**

Toda póliza médica mayor contiene una cláusula que permite a las compañías de seguros evaluar si un servicio o tratamiento es "necesario médicamente" para un paciente y si su omisión puede afectar negativamente al cuadro clínico del paciente. Las compañías de seguros pueden denegar el pago de un tratamiento que no sea necesario médicamente. La mayoría de los planes de beneficios de salud normalmente exigen una

revisión antes de que ciertos procedimientos médicos se realicen.

### **Honorario razonable, habitual y usual**

La mayoría de las compañías de seguros no utilizan las facturas reales del asegurado para calcular los pagos que realizan. Las empresas tienen su propio programa de honorarios, comúnmente conocidos como costos razonables, habituales y usuales (UCR). Los costos UCR son sumas típicas pagadas por toda prestación, desde una consulta al médico hasta una cirugía del corazón.

Por ejemplo, si su médico le cobra \$1,000 por una operación mientras que la mayoría de los médicos de su área cobran solo \$800, Ud. abonará \$200 por la diferencia. Esto se suma al deducible y al coseguro que tendría que pagar. Para evitar este costo adicional, solicítele a su médico que acepte el pago de su compañía de seguros como pago total, o averigüe con distintos médicos hasta encontrar uno que lo haga. De lo contrario, Ud. tendrá que pagar la diferencia.

### **III. Planes de atención médica administrada/de red definida (Managed Care/Defined Network Health Plans)**

(cap. 609, Wis. Stat. y cap. Ins 9, Wis. Adm. Code)

La competencia en el mercado de la atención médica tuvo como resultado el desarrollo de muchas formas nuevas de brindar y pagar servicios de salud. "Defined Network Plan" es el término utilizado en la ley de seguros de Wisconsin para referirse a cualquier plan de beneficios de salud de red definida que crea incentivos para que sus afiliados utilicen los proveedores de la red. Algunos planes de este tipo brindan cobertura solo si el afiliado utiliza los proveedores de la red; otros planes pagan una porción más grande de los costos si el afiliado utiliza tales proveedores. Las HMO, los planes de punto de servicio y los planes de proveedores preferidos (Preferred Provider Plans) son ejemplos de este tipo de plan. Este tipo de plan a veces se denomina "managed care plan" (plan de atención médica administrada).

#### **Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)**

Una HMO es un plan de seguro de salud que brinda atención amplia de medicina prepaga. Difiere de un asegurador tradicional en que la HMO paga y brinda cuidados médicos. Se denomina "afiliados" a las personas aseguradas en un plan HMO. Una HMO por lo general opera sobre la base de un panel cerrado. Esto significa que se exige a los afiliados que procuren atención de un proveedor médico que esté empleado o bajo contrato con la HMO.

A excepción de emergencias graves o la necesidad de atención urgente fuera de las áreas de servicio, la HMO probablemente no cubra la atención que reciban los afiliados de un proveedor que no esté asociado a la

HMO, a menos que un médico de la HMO los derive a ese proveedor.

#### **Plan de punto de servicio (Point of Service Plan, POS)**

Los planes POS o de punto de servicio son esencialmente HMO que permiten a sus afiliados utilizar los servicios brindados fuera de la red sin aprobación previa de un médico de la red. Ofrecen deducibles más bajos y no tienen coseguro para las consultas a médicos dentro de la red. Las consultas fuera de la red normalmente requieren el pago de deducibles y coseguro al igual que lo hace una póliza de seguros estándar.

#### **Plan de proveedores preferidos (Preferred Provider Plan, PPP)**

Un "Plan de proveedores preferidos" (PPP) es una forma de atención administrada muy parecida a un plan de servicios a cambio del pago de honorarios. Un PPP tiene acuerdos con médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que han acordado aceptar honorarios más bajos del asegurador por sus servicios. Un PPP paga un nivel específico de beneficios si se utilizan determinados proveedores, y una cifra menor si se utilizan proveedores ajenos al PPP. Un PPP debe ofrecer acceso razonable a proveedores de la red en el área de servicio. Sin embargo, un PPP no está obligado a ofrecer opciones de proveedores participantes en todas las áreas geográficas.

Los PPP pueden requerir a los afiliados el pago de un coseguro de hasta el 50% por servicios que presten proveedores no participantes. Los afiliados deben leer las pólizas con atención antes de buscar los servicios de proveedores no participantes.

Un PPP funciona en ciertas zonas geográficas, está limitado a proveedores específicos y está regulado por la Oficina del Comisionado de Seguros (OCI). Si bien un PPP puede tener un acuerdo de provisión de servicios con un hospital, quizás no tenga un acuerdo con cada proveedor que brinda servicios en el hospital, por ejemplo anestesiólogos, patólogos y radiólogos.

Muchos aseguradores que ofrecen pólizas de seguros de salud estándar también ofrecen algún tipo de plan de proveedor preferido (Preferred Provider Plan). Solicítele a su agente que le proporcione información sobre los planes de proveedores preferidos de su área.

#### **Directorios de proveedores**

Todos los planes de red definida le proporcionarán al afiliado un directorio de proveedores en el que se enumeran los hospitales, médicos de atención primaria y los proveedores de especialidades que pueden brindarle servicio. Sin embargo, el afiliado debe preguntarle en el momento de realizar la cita con el médico si el proveedor es un miembro actual de la organización de red definida.

## Continuidad de la atención médica

Si un plan de red definida presentó a un médico de atención primaria (aquel médico que se especializa en medicina interna, pediatría o práctica familiar) como disponible durante un período de afiliación abierta, debe ponerlo a disposición de los afiliados sin costo adicional por el año entero del plan. Un proveedor de especialidades debe estar disponible durante el curso de tratamiento o 90 días, según cuál sea más corto. Si una afiliada está en su segundo trimestre de embarazo, el proveedor debe estar disponible en toda la atención posparto. Las excepciones son un proveedor que ya no trabaja en el área de servicio del plan de red definida o aquel que fue despedido del plan por falta de ética profesional.

## Procedimiento de derivación

Algunas HMO requieren que un médico de atención primaria derive al afiliado antes de que pueda consultar a otro proveedor del plan. Todas las HMO requieren que el afiliado tenga una derivación aprobada por el plan de la red antes de acudir a un proveedor externo. El instructivo de certificado incluye información sobre el procedimiento que debe seguirse y todo requisito de notificación.

Es posible que un plan de red definida no requiera una derivación de un médico para obtener servicios de un quiropráctico del plan. También debe permitir que una mujer reciba servicios ginecológicos y obstétricos de un médico del plan especializado en obstetricia o ginecología sin que requiera una derivación de su proveedor de atención primaria.

Los planes de red definida deben tener un procedimiento que permita derivaciones permanentes. Una derivación permanente autoriza a un afiliado a consultar con un proveedor de especialidades por una duración específica de tiempo o un número específico de consultas sin tener que obtener una derivación por separado del proveedor primario para cada visita al especialista.

Si un afiliado concurre a un proveedor ajeno a la HMO sin una derivación aprobada, la HMO no reembolsará la reclamación por dichos servicios. Los afiliados tienen el derecho a presentar una queja cuando se deniegue una derivación.

## Segundas opiniones

Todo plan de red definida debe cubrir una segunda opinión de otro proveedor dentro de la red de proveedores del plan de red definida.

## Desafiliación

Una HMO debe exponer en la póliza y en el certificado cualquier circunstancia bajo la cual se puede dar de baja a un afiliado. Los procedimientos de desafiliación se pueden iniciar únicamente por los siguientes motivos:

- El afiliado no pagó las primas obligatorias al final del período de gracia.
- El afiliado cometió actos de malos tratos o improperios que representan una amenaza para los proveedores u otros miembros de la organización.
- El afiliado permitió que una persona que no es afiliada utilice la tarjeta de certificación de la HMO para obtener servicios o intencionalmente proporcionó información fraudulenta al solicitar la cobertura.
- El afiliado se mudó fuera del área geográfica de servicio de la organización.
- El afiliado no puede establecer o mantener una relación médico-paciente satisfactoria con el médico responsable de su atención.

Los afiliados tienen el derecho a presentar una queja cuando se inicie el procedimiento de desafiliación.

## Managed Care Specialist (Especialista en atención médica administrada)

La Oficina del Comisionado de Seguros (OCI) tiene un Managed Care Specialist (especialista en atención médica administrada) para atender a los residentes de Wisconsin que tienen un seguro de red definida. Dicho especialista:

- responderá a las preguntas de los consumidores, y les informará sus derechos y responsabilidades como tales;
- ayudará a los consumidores a resolver quejas más complejas relacionadas con la atención administrada;
- administrará el programa de revisión independiente;
- controlará el mercado de la red definida.

Para comunicarse con el Managed Care Specialist (especialista en atención administrada) de la OCI escriba a: [ocihmo@wisconsin.gov](mailto:ocihmo@wisconsin.gov) o llame al 1-800-236-8517 (llamada gratuita en Wisconsin) y solicite hablar con el Managed Care Specialist (especialista en atención médica administrada).

## IV. Requisitos aplicables a los planes de beneficios de salud de pequeños empleadores (Small Employer Health Benefit Plans)

Los requisitos de la ley de seguros de salud para pequeños empleadores se aplican a los certificados o las pólizas de seguro colectivo de salud ofrecidas a los pequeños empleadores. También se aplican a las

pólizas de seguro de salud individuales ofrecidas a través de un pequeño empleador si los empleados elegibles contratan 3 o más pólizas y se cobran primas a través de un acuerdo con un empleador.

### Exclusiones y limitaciones

Un asegurador de un pequeño empleador puede excluir o limitar la cobertura de condiciones y servicios especificados. El asegurador del pequeño empleador puede excluir o limitar sólo aquellas condiciones y servicios generalmente excluidos de la cobertura o limitados bajo los otros planes de beneficios de salud de pequeños grupos del asegurador.

### Exclusiones de condiciones preexistentes

La siguiente información sobre las condiciones preexistentes están sujetas a cambios conforme a la Ley federal Patient Protection and Affordable Care Act (Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, PPACA) a partir del año 2014.

Un plan de pequeño empleador totalmente asegurado puede excluir la cobertura de condiciones preexistentes por un período de hasta 12 meses (18 meses para un afiliado extemporáneo) después de la fecha de afiliación de un individuo. Toda exclusión de condiciones preexistentes debe reducirse por la cobertura acreditable previa del individuo. No se puede aplicar ninguna exclusión de condición preexistente a un individuo que mantiene cobertura acreditable continua (sin una pausa de 63 o más días) durante 12 meses (18 meses para un afiliado extemporáneo).

Una exclusión de condición preexistente es una limitación o exclusión de beneficios de salud basada en el hecho de que existía una afección mental o física antes del primer día de la cobertura. Está limitada a una condición mental o física para la cual se recomendó o recibió consejo, diagnóstico, atención o tratamiento médico dentro de un período de 6 meses con finalización en la fecha de afiliación a un plan o póliza.

Durante el período de exclusión de condición preexistente, es posible que el plan o emisor no cubra o pague el tratamiento de una enfermedad basado en el hecho de que ésta existía antes de la fecha de afiliación del individuo en el plan o póliza nueva. (El plan o emisor debe, sin embargo, pagar cualquier servicio o enfermedad cubierta no relacionada que surja luego de comenzada la cobertura). La fecha de afiliación es el primer día de la cobertura o, si existe un período de espera antes de que entre en vigencia, el primer día del período de espera.

### Condiciones que no podrán ser consideradas "preexistentes".

- El embarazo no podrá ser considerado como una condición preexistente. En otras palabras, si usted

está embarazada cuando se afilia al plan de salud colectivo de su nuevo empleador, el embarazo debe cubrirse.

- La información genética no podrá ser considerada una condición preexistente si no hay un diagnóstico específico de una enfermedad o problema médico actual relacionado con la prueba genética.
- Los servicios brindados a niños adoptados o dados en adopción antes de los 18 años de edad.

### Portabilidad

Los empleados que cumplieron con un período de espera para condiciones preexistentes bajo un plan de pequeño empleador no tendrán que cumplir con otro período de espera si van a trabajar para otro pequeño empleador. Tampoco se les puede negar cobertura bajo el nuevo plan del pequeño empleador por su salud o la salud de las personas a su cargo.

### Períodos de afiliación especial

Los planes de pequeños empleadores deben brindar un período de afiliación especial:

- Para los individuos que se transforman en personas a cargo por matrimonio, nacimiento o adopción. En ese momento, el empleado o cónyuge también puede elegir la cobertura si todavía no está cubierto.
- Para los empleados/personas a cargo que inicialmente rechazan su cobertura del plan porque estaban cubiertos por su cónyuge y luego perdieron dicha cobertura.

### Participación de afiliación

Un asegurador de pequeños empleadores puede establecer una participación mínima, y normas y requisitos de contribución del empleador para un plan de beneficios de salud colectivo ofrecido a un pequeño empleador. Un asegurador de pequeños empleadores que ofrece un plan de beneficios de salud colectivo a un pequeño empleador por un plan de red puede limitar los pequeños empleadores a aquéllos con individuos elegibles que residen, viven o trabajan en el área de servicio del plan de red.

### Disposiciones especiales relacionadas con la oferta de pólizas de seguro de salud para pequeños empleadores

Existen disposiciones especiales en la ley de seguros de salud para pequeños empleadores relacionadas con la oferta de pólizas de seguros de salud colectivos o individuales a pequeños empleadores.

- Los planes de seguro para pequeños empleadores deben tratar a todos los individuos elegibles por

igual con respecto a su estado de salud. Por ejemplo, los planes no pueden discriminar a los individuos con un historial médico desfavorable.

- Los aseguradores de pequeños empleadores están obligados a renovar automáticamente la cobertura colectiva cada año siempre y cuando el asegurador esté en el mercado colectivo.
- Los aseguradores de pequeños empleadores que les ofrecen cobertura a este tipo de empleadores están obligados a ofrecer los productos a todos los pequeños empleadores que los soliciten.
- La ley impone restricciones a las tasas de primas que un asegurador de pequeños empleadores puede cobrarles. Las tasas no deben variar en más de un 30% del promedio de las pólizas emitidas por el asegurador a todos los pequeños empleadores con características de caso o de diseño de beneficios iguales o similares. Esta restricción significa que, si la tasa promedio que se cobra a los grupos de pequeños empleadores con un plan determinado es de \$100 por mes para una cobertura individual, entonces el asegurador no puede cobrar menos de \$70 y no más de \$130 por mes por una cobertura individual a otros grupos similares.
- La ley también establece restricciones al monto que los aseguradores pueden aumentar las primas cuando se renueva una póliza. Prohíbe a los aseguradores de pequeños empleadores que aumenten las tasas en más de un 15% por año debido a la experiencia de reclamaciones.

#### **¿Qué quiere decir “características de caso” y “características de diseño de beneficios”?**

Las tasas de primas que un asegurador puede cobrar a pequeños negocios se establecen en un rango conforme a la ley de Wisconsin para los empleadores que ofrecen planes que tienen “características de caso” similares y con las mismas “características de diseño de beneficios”.

Las características de caso incluyen la edad y el sexo de los empleados, la ubicación geográfica y otra información objetiva que los aseguradores utilizan para determinar las tasas.

Las características de caso **no** incluyen el historial de reclamaciones o pérdidas, el estado de salud, la ocupación del grupo ni cuánto tiempo la póliza ha estado en vigencia.

Las características de diseño de beneficios se refieren a los servicios médicos cubiertos por el plan, los deducibles y los copagos, la atención médica administrada o los aspectos de revisión de utilización del plan y otras características incluidas en él.

Los aseguradores de pequeños empleados deben utilizar datos actuariales objetivos para justificar los motivos para varias características colectivas de beneficios.

## **V. Requisitos aplicables a todos los planes de beneficios de salud**

### **Atención médica de emergencia**

Todo plan de salud ofrecido en Wisconsin que cubre atención médica de emergencia, entre otros planes de red definida, debe cubrir los servicios requeridos para estabilizar una situación que la mayoría de las personas consideraría una emergencia, sin autorización previa. Los planes de red definida pueden cobrar un copago o coseguro razonable por este beneficio.

**Procedimiento de quejas** (s. 632.83, Wis. Stat. y cap. Ins 18, Wis. Adm. Code)

Todos los planes de seguro de salud, entre todos los otros planes de red definidas, están obligados a tener un procedimiento interno de quejas para aquellos que no están satisfechos con el servicio que reciben. El procedimiento debe estar estipulado en el contrato de seguros y también debe ser brindado por notificación escrita.

El plan de red definida debe proporcionarle a cada afiliado información completa y comprensible sobre cómo utilizar el procedimiento de quejas. Un afiliado tiene el derecho de comparecer en persona ante el comité de reclamaciones y presentar información adicional.

Los afiliados pueden comunicarse primero con el plan de red definida para realizar preguntas o presentar quejas. Muchas quejas se pueden resolver rápidamente y no requieren acciones adicionales. Sin embargo, no es obligatorio presentar una queja ante el plan en primera instancia. Pueden presentar una queja ante el organismo estatal apropiado en lugar de, antes de o al mismo tiempo de presentarla ante el plan de red definida.

Los planes de red definida están obligados a tener un procedimiento rápido de reclamaciones por separado para situaciones en las que la condición médica requiere atención médica inmediata. El procedimiento requiere que las organizaciones de red definida resuelvan una reclamación rápida antes de que transcurran 72 horas desde su recepción.

Los planes de red definida están obligados a presentar un informe a la OCI que enumere la cantidad de reclamaciones que tuvieron el año anterior. Se incluye un resumen de esta información en *The Consumer's Guide to Managed Care Plans in Wisconsin*. Para recibir una copia de este folleto, llame al 1-800-236-8517. Se encuentra disponible una copia en el sitio en Internet de la OCI en [oci.wi.gov/pub\\_list/pi-044.htm](http://oci.wi.gov/pub_list/pi-044.htm).



**Revisión independiente** (s. 632.835, Wis. Stat. y cap. Ins 18, Wis. Adm. Code)

Todas las compañías de seguros que ofrecen planes de beneficios de salud en Wisconsin están obligadas a tener un proceso interno de reclamaciones para resolver cualquier queja que Ud. pueda tener sobre el plan. Si no está satisfecho con el resultado de la reclamación, puede contar con un medio adicional para resolver algunas disputas relacionadas con decisiones médicas. Ud. o su representante autorizado pueden solicitar que una Independent Review Organization (IRO) revise la decisión del plan de salud.

La disputa debe relacionarse con una valoración médica. Usted puede solicitar una revisión independiente cuando su plan de salud le deniega la cobertura para el tratamiento porque sostiene que el tratamiento no es médicamente necesario o es experimental, incluso por una denegación a su solicitud de servicios fuera de la red cuando usted cree que la experiencia clínica de un proveedor ajeno a la red es médicamente necesaria. A partir de febrero de 2011, también puede solicitar una revisión independiente si su plan de salud le deniega la cobertura sobre la base de una exclusión de condición preexistente o si rescinde su póliza o certificado de seguro de salud. De lo contrario, el tratamiento debe ser un beneficio cubierto según el contrato de seguro. Así también, el costo total de la cobertura denegada debe exceder los \$295.

Si usted y su asegurador no están de acuerdo en si su disputa reúne o no los requisitos para una revisión independiente, usted puede solicitar que se la remita a la IRO. Ésta decidirá si tiene la autoridad para realizar la revisión.

El proceso de revisión independiente le brinda la oportunidad de que profesionales médicos que no tienen conexión con su plan de salud revisen su disputa. Usted elige la IRO de una lista de organizaciones de revisión certificadas por la OCI. La IRO asigna la disputa a un revisor clínico profesional que sea experto en el tratamiento de su problema médico. Por lo general, el revisor clínico profesional es un médico matriculado u otro profesional médico adecuado. La IRO tiene la autoridad para respaldar o revocar la decisión del plan de salud.

Las IRO certificadas por la OCI conducen las revisiones independientes. A fin de obtener la certificación, la IRO debe demostrar que es imparcial y que tiene procedimientos para asegurar que sus revisores clínicos profesionales sean calificados e independientes.

En la mayoría de los casos, Ud. tendrá que completar el procedimiento interno de reclamaciones del plan de salud. Después de recibir la decisión final del asegurador sobre su reclamación, elija una IRO de la lista proporcionada por el asegurador. Luego envíe por escrito una solicitud de revisión independiente a la compañía de seguros.

Su plan de salud debe informarle sobre su derecho a solicitar una revisión independiente en sus materiales escritos. También puede llamar al plan de salud al número gratuito y solicitar información sobre la revisión independiente.

Para obtener más información sobre el proceso de revisión independiente, llame a la OCI y solicite una copia del *Fact Sheet on the Independent Review Process in Wisconsin (Resumen informativo sobre el proceso de revisión independiente en Wisconsin)*. Asimismo, las copias están disponibles en el sitio en Internet de la OCI [oci.wi.gov/pub\\_list/pi-203.htm](http://oci.wi.gov/pub_list/pi-203.htm).

### **Continuación y conversión**

Tanto las leyes estatales como las federales les permiten a determinados individuos, quienes de otra manera perderían su cobertura de seguro de salud colectivo del empleador o de un plan de asociación, que continúen con su cobertura durante un tiempo determinado. Las dos leyes son similares en algunos aspectos, pero también tienen disposiciones que las diferencian. La mayoría de los empleadores que tienen 20 o más empleados deben cumplir con la ley federal, mientras que la mayoría de las pólizas de seguro de salud colectivo que brindan cobertura a los residentes de Wisconsin deben cumplir con la ley estatal. Si ambas leyes se aplican a la cobertura colectiva, la OCI considera que cuando la ley federal y la estatal difieren, se deberá aplicar la ley más favorable para el asegurado. La ley estatal también otorga derechos de conversión a determinados individuos que tienen pólizas de seguro de salud individual.

### **Ley federal (COBRA)**

La Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA) es una ley federal que permite a la mayoría de los empleados, sus cónyuges y personas a cargo que hayan perdido la cobertura de salud bajo un plan de salud colectivo del empleador continuar con la cobertura, por su propia cuenta, durante un período determinado. Esta ley se aplica tanto a los planes de salud del empleador con seguro total como los de autoseguro en el sector privado y aquellos planes auspiciados por el estado y los gobiernos locales. Sin embargo, la ley COBRA no se aplica a ciertos planes de iglesias, planes que cubren a menos de 20 empleados y planes que cubren a empleados federales.

Según la ley federal, los empleados que terminen el empleo por cualquier motivo que no sea falta grave de conducta, o que pierdan su elegibilidad para acceder a una cobertura colectiva por reducción de las horas de trabajo, y los cónyuges y personas a cargo del empleado pueden continuar con la cobertura colectiva hasta 18 meses. Los cónyuges y personas a cargo podrán continuar con la cobertura hasta 36 meses si pierden la cobertura debido al fallecimiento del empleado, divorcio del empleado, pérdida de la condición de persona a cargo por la edad, o bien por la elegibilidad del empleado

para acceder a Medicare. Si dentro de los primeros 60 días de la cobertura COBRA la *Social Security* declara incapacitado a un individuo o persona a cargo, el individuo discapacitado y otros miembros de su familia que estén cubiertos podrán continuar con la cobertura hasta 29 meses.

#### **Ley de Wisconsin** (s. 632.897, Wis. Stat.)

La ley de continuación de Wisconsin se aplica a la mayoría de las pólizas de seguro colectivo de salud que brindan cobertura hospitalaria y médica a los residentes de Wisconsin. La ley se aplica a las pólizas colectivas emitidas por los empleadores de cualquier magnitud. No se aplica a los planes de salud de empleador con autoseguro ni a las pólizas que cubren solamente enfermedades determinadas o lesiones accidentales.

#### **Dónde acudir para pedir Ayuda**

Si tiene dudas sobre la ley de continuación de Wisconsin, comuníquese con:

Office of the Commissioner of Insurance  
P.O. Box 7873  
Madison, WI 53707-7873  
(608) 266-0103 (en Madison)  
1-800-236-8517 (dentro del estado)  
oci.wi.gov

Si tiene dudas sobre la ley federal COBRA, comuníquese con:

U.S. Department of Labor - Regional Office  
Employee Benefits Security Administration  
(EBSA)  
200 West Adams, Suite 1600  
Chicago, IL 60606  
(312) 353-0900  
dol.gov/dol/topic/health-plans/cobra.htm

Para obtener más información sobre la continuación y la conversión, llame a OCI al 1-800-236-8517 y solicite una copia del *Fact Sheet on Continuation and Conversion in Health Insurance Policies (Resumen informativo sobre continuación y conversión en pólizas de seguros de salud)* que describe las leyes federales y estatales. Asimismo, las copias están disponibles en el sitio en Internet de la OCI [oci.wi.gov/pub\\_list/pi-023.htm](http://oci.wi.gov/pub_list/pi-023.htm).

#### **Beneficios obligatorios** (s. 632.895, Wis. Stat.)

Las pólizas de seguro de salud que se emiten en Wisconsin a menudo incluyen "beneficios obligatorios". Estos son beneficios que el asegurador debe incluir en ciertos tipos de pólizas de seguro de salud. A excepción de las HMO organizadas como cooperativas según el cap. 185, Wis. Stat., las HMO deberán brindar los mismos beneficios que los aseguradores tradicionales.

Los beneficios obligatorios exigidos por la ley estatal de Wisconsin incluyen cobertura por: servicios de atención médica brindados por ciertos proveedores de atención médica no médicos; niños adoptivos; niños

discapacitados; trastornos nerviosos y mentales, alcoholismo y otros abusos de drogas; atención médica domiciliaria; atención de enfermería especializada; enfermedades renales; mamogramas; recién nacidos; cobertura por nietos nacidos de hijos a cargo menores de 18 años cubiertos por la póliza; diabetes; pruebas de detección de plomo; tratamiento de articulación temporomandibular; reconstrucción mamaria luego de una mastectomía; anestesia para ciertos procedimientos dentales; cobertura por maternidad para todas las personas cubiertas por la póliza si brinda cobertura por maternidad para todas; vacunas para niños menores de 6 años; cobertura de determinados gastos de atención médica en ensayos clínicos relacionados con el cáncer; y cobertura de estudiantes con licencia médica.

Para las pólizas emitidas por primera vez o renovadas después del 1 de noviembre de 2009, los beneficios obligatorios incluyen tratamiento de trastornos del espectro autista.

A partir del 1 de enero de 2010, se aplican las siguientes disposiciones a las pólizas en su fecha de emisión o renovación:

- ◆ Cobertura de personas a cargo menores de 27 años
- ◆ Audífonos, implantes cocleares y tratamientos relacionados para bebés y niños
- ◆ Anticonceptivos y servicios

A partir del 1 de diciembre de 2010, las disposiciones incluyen examen de cáncer colorrectal, las cuales se aplican a las pólizas en su fecha de emisión y renovación.

Para obtener más información sobre los beneficios obligatorios, llame a OCI al 1-800-236-8517 y solicite una copia del *Fact Sheet on Mandated Benefits in Health Insurance Policies (Resumen informativo sobre beneficios obligatorios en pólizas de seguros de salud)*. Asimismo, las copias están disponibles en el sitio en Internet de la OCI [oci.wi.gov/pub\\_list/pi-019.htm](http://oci.wi.gov/pub_list/pi-019.htm).

Si un plan de seguro de salud limita la cobertura de un tratamiento, procedimiento, droga o dispositivo experimental, el asegurador está obligado a exponer claramente dichas limitaciones en la póliza. Además, el asegurador debe tener un proceso para que el afiliado solicite una revisión oportuna de un tratamiento experimental denegado.

Si el asegurador de salud limita la cobertura de medicamentos a aquellos que están en una lista preaprobada, comúnmente llamada vademécum, el asegurador debe tener un proceso para que el médico del afiliado presente la evidencia médica y solicite cobertura de un medicamento que no está en la lista aprobada.

Los planes de seguro de salud deben brindar al menos la cobertura mínima obligatoria aunque pueden brindar también beneficios mayores que aquellos exigidos por ley.

## VI. Consejos para el consumidor

- ◆ Averigüe antes de contratar. El seguro de salud es caro. Consulte con varios agentes y compañías antes de hacer la elección final.
- ◆ Utilice la *Checklist for Small Employers (Lista de verificación para pequeños empleadores)* y la *Health Care Coverage Worksheet (Planilla de cobertura de atención médica)* al final de esta guía y tendrá una idea más precisa de cuál será la prima real de su póliza.
- ◆ Asegúrese de obtener el programa de beneficios. Este programa es una explicación breve de beneficios específicos y limitaciones de beneficios para los servicios cubiertos que se brindan bajo los términos del certificado de seguro.
- ◆ La contratación de varias pólizas limitadas puede ser muy cara y es posible que no obtenga la cobertura que necesita.
- ◆ Cuando solicite una cobertura, llene la solicitud en forma completa y precisa. Si brinda información incorrecta o falsa intencionalmente, o si no revela información relevante, su cobertura puede cancelarse o se le pueden denegar los beneficios.
- ◆ Nunca firme una solicitud en blanco. Verifique toda información completada por el agente.
- ◆ Realice los pagos con cheque u orden de pago pagadera a la compañía de seguros o a la HMO, no al agente. Insista en obtener un recibo firmado con el membrete de la compañía. No pague más de dos meses de prima y honorarios hasta que haya recibido la póliza, el certificado colectivo o el certificado de abonado a la HMO.
- ◆ Asegúrese de tener el número de teléfono, la dirección y el nombre completo del agente y de la compañía de seguros o de la HMO.
- ◆ Tenga cuidado con las pólizas que se ofrecen por correo o puerta a puerta. Usted puede necesitar un agente local para ayudarlo con las reclamaciones.
- ◆ Evite la cobertura duplicada. Las compañías de seguro a menudo coordinan los beneficios de manera que pueda cobrarlos con una sola póliza.
- ◆ Conozca sus derechos. Por ejemplo, los aseguradores no pueden:

- ofrecer beneficios a hombres diferentes de aquéllos que ofrecen a mujeres que están en la misma clasificación de suscripción;
- cobrar honorarios diferentes a hombres y a mujeres, a menos que se pueda justificar con la experiencia;
- tratar a las personas con incapacidad física o mental de forma diferente que a otras personas, a menos que se pueda justificar con la experiencia.

## VII. Problemas con su compañía de seguros

Si Ud. tiene problemas con su seguro, debería consultar en primer término con su agente o con la compañía con la que contrató la póliza. Si no obtiene respuestas satisfactorias del agente o de la compañía, comuníquese con la OCI en:

Office of the Commissioner of Insurance  
P.O. Box 7873  
Madison, WI 53707-7873  
(608) 266-0103 (en Madison)  
1-800-236-8517 (dentro del estado)  
oci.wi.gov

Para su comodidad, se incluye una copia del formulario de reclamaciones al final de esta guía.

### Sitio en Internet del pequeño empleador

La Oficina del Comisionado de Seguros (OCI) desarrolló un sitio en Internet para ayudar a los pequeños empleadores a convertirse en consumidores de seguros más informados. El sitio en Internet de Cobertura de seguros para pequeños empleadores ([oci.wi.gov/consumer/employers.htm](http://oci.wi.gov/consumer/employers.htm)) asiste a los pequeños empleadores de Wisconsin brindándoles información sobre los diferentes tipos de pólizas de seguros existentes en el mercado, sobre cuánta cobertura contratar y cómo hacerlo prudentemente.

## VIII. Definiciones

### Certificado de seguro

Documento formal recibido por un empleado que describe los beneficios específicos cubiertos por el contrato de atención médica del asegurado con la compañía de seguros. El certificado contiene los requisitos de deducibles o de copago, los detalles de la cobertura específica, las exclusiones y las responsabilidades del titular del certificado y de la compañía de seguros.

### **Panel cerrado**

Tipo de plan de salud que requiere que los afiliados procuren atención de un proveedor médico que esté empleado o bajo contrato con la organización de mantenimiento de salud (Health Maintenance Organization) u organización de servicios de salud limitados.

### **Coseguro**

Cláusula de las pólizas de seguros que exige que el asegurado participe en el costo de los servicios cubiertos en un porcentaje. Un acuerdo típico de coseguro es que el asegurador paga el 80% y el asegurado el 20%.

### **Coordinación de beneficios (COB)**

Cláusula de una póliza de seguro de salud que se aplica cuando una persona está cubierta por más de un programa médico colectivo. Exige que el pago de beneficios sea coordinado por todos los aseguradores que cubren a esa persona a fin de eliminar el sobreseguro o la duplicación de beneficios.

### **Copago**

Cláusula de las pólizas de seguro que exige que el asegurado pague honorarios fijos por ciertos servicios médicos.

### **Deducible**

Porción de los gastos médicos elegibles que un asegurado/afiliado debe pagar antes de que el asegurador realice cualquier pago de beneficios.

### **Plan de red definida**

Término utilizado en las leyes de Wisconsin para referirse a cualquier plan de beneficios de salud que exige o crea incentivos para que un afiliado utilice los proveedores que son propiedad del asegurador que ofrece el plan, están administrados por él o tienen un contrato con él. Este tipo de plan a veces se denomina “managed care plan” (plan de atención médica administrada).

### **Vademécum de medicamentos**

Muchos planes de red definida establecen una lista de medicamentos recetados que el plan considera económicos y apropiados médicamente. El plan de red definida brindará cobertura sólo para esos medicamentos recetados mencionados en la lista. Sin embargo, su médico puede presentar evidencia médica al asegurador para obtener una excepción que permita la cobertura de un medicamento recetado que habitualmente el plan no cubre.

### **Atención médica de emergencia**

La atención médica de emergencia incluye un dolor agudo, una lesión, una enfermedad repentina o una enfermedad que se agrava repentinamente, y que haría pensar a una persona común razonablemente prudente que la demora en el tratamiento puede representar un peligro grave para la salud si no se recibe atención médica inmediata.

### **Exclusiones**

Situaciones, condiciones o circunstancias específicas enumeradas como no cubiertas en la póliza de seguros. Si bien usted puede contratar un plan que cubre la mayoría de los gastos médicos, hospitalarios, quirúrgicos y de medicamentos recetados, ningún plan de salud cubrirá todos los gastos médicos imaginables en los que pueda incurrir. Los ejemplos de las exclusiones típicas incluyen atención oftalmológica (exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto, etc.), audífonos, atención odontológica, cirugía estética, tratamientos experimentales, etc.

### **Servicios a cambio del pago de honorarios**

Sistema tradicional de pago de atención médica (también conocido como “seguro de indemnización”) según el cual los médicos y otros proveedores reciben un pago que no supera el cobro facturado por cada unidad de servicio brindado. En un plan de servicios de seguro a cambio del pago de honorarios, los asegurados normalmente pueden optar por acudir al proveedor que deseen, siempre y cuando dicho proveedor esté dispuesto a aceptar los pagos de la compañía de seguros.

### **Período de gracia**

Período de tiempo después de que una prima se vence en el cual usted todavía puede pagar el seguro y mantenerlo en vigencia. Las leyes de Wisconsin exigen que para el seguro de salud sea de 7 días para las pólizas de primas semanales, 10 días para las de primas mensuales y un mes para todas las demás pólizas.

### **Queja**

Queja escrita presentada ante el plan de salud, que incluye los planes de red definida, relacionada con algún aspecto del plan. Algunos ejemplos serían el rechazo de una demanda, la denegación de una derivación formal, etc.

### **Póliza con garantía de renovación**

Las pólizas individuales y de pequeños empleadores deben continuar en vigencia y se deben renovar en forma regular si la prima se paga a tiempo.

### **Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)**

Sistema de prestación y financiamiento de la atención médica que brinda servicios de salud integrales para los afiliados de un área geográfica particular. Las HMO exigen el uso de proveedores específicos del plan.

### **Plan de indemnización (consulte Servicios a cambio del pago de honorarios)**

### **Revisión independiente**

Proceso de apelación en el que un profesional de la salud sin conexión con el plan de salud de un afiliado revisa una disputa para decidir si el tratamiento es necesario médicamente o es experimental.

**Asociación de práctica individual (Individual Practice Association, IPA)**

Asociación de médicos que tiene contrato con una organización de mantenimiento de salud, una organización de servicios de salud limitados o un plan de proveedores preferidos para brindar servicios de atención médica.

**Máximo beneficio de por vida**

Monto total que una compañía de seguros pagará por los servicios de atención médica en el transcurso de su vida. Si el costo de los beneficios que recibe desde la afiliación a un plan supera este monto, su cobertura termina y no se cubrirán servicios adicionales.

**Managed Care (atención administrada)**

Plan de seguro de salud que pone a disposición de los afiliados servicios de atención médica brindados por proveedores seleccionados por el plan y que procura administrar el costo, la accesibilidad y la calidad de la atención.

**Managed Care Plan (ver Defined Network Plan)**

**Beneficios obligatorios**

Beneficios que los planes de seguro de salud están obligados, por leyes federales o estatales, a brindar a los asegurados y personas a cargo elegibles.

**Medicamento necesario**

Servicio o tratamiento que es absolutamente necesario para tratar un paciente y cuya omisión podría afectar negativamente a su condición.

**Panel abierto**

Tipo de plan de salud diferente del plan de panel cerrado que brinda incentivos para que el afiliado utilice proveedores seleccionados por el plan.

**Máximo de gastos de bolsillo**

Muchas pólizas limitan el monto total de coseguro que usted debe pagar cada año. Una vez que alcanza el límite especificado en su póliza, la compañía de seguros pagará el 100% de los costos cubiertos por el resto del año.

**Punto de servicio (Point of Service, POS)**

Tipo de plan de red definida que brinda incentivos financieros para alentar a los afiliados a utilizar los proveedores de la red, pero les permite elegir proveedores ajenos al plan.

**Preautorización/precertificación**

Cláusula de las pólizas de seguros que exige aprobación previa por parte de un plan de red definida u organización de servicios de salud limitados para que el plan cubra los servicios.

**Condición preexistente**

Una enfermedad, condición médica o lesión que se diagnosticó, o por la cual una persona se trató, antes de adquirir una nueva póliza de atención médica.

**Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO)**

Una organización que contrata a aseguradores y otras organizaciones para proveer servicios de atención médica a un precio reducido, mediante el incentivo a los afiliados para que utilicen médicos y otros proveedores de atención médica que tengan contratos con la Organización de proveedores preferidos (PPO).

**Plan de proveedores preferidos (Preferred Provider Plan, PPP)**

Plan de salud que pone a disposición de sus afiliados ya sea servicios de atención médica integral o bien una serie limitada de servicios de salud brindados por proveedores seleccionados por el plan. Permite que los afiliados utilicen proveedores ajenos a la red, pero los afiliados pueden ser responsables de una parte importante de estas demandas.

**Proveedor de atención primaria**

Proveedor seleccionado por un plan de red definida designado por un afiliado para brindar y organizar servicios de salud para éste.

**Derivación**

Proceso por el cual el médico de atención primaria solicita a un plan de red definida, en nombre del afiliado, que éste reciba atención médica de un proveedor o especialista no participante.

**Honorario razonable, habitual y usual (UCR)**

Honorario por atención médica basado en los montos típicos pagados en su área por toda prestación, desde una consulta al médico hasta una cirugía del corazón.

**Atención médica de urgencia**

Atención necesaria médicamente para un accidente o enfermedad que se requiere mucho antes que una consulta de rutina al médico.

## IX. Tasas de primas mensuales para negocios nuevos

Todo asegurador de pequeños empleadores está obligado a publicar anualmente las tasas de primas mensuales para negocios nuevos actualizadas del asegurador de pequeños empleadores en la forma y conforme a las categorías exigidas por reglamentación.

### **Ejemplos de tasas de primas mensuales para negocios nuevos**

Los ejemplos que comienzan en la página 16 deben ser usados solamente como una guía. Las siguientes páginas contienen información sobre tasas de primas mensuales para negocios nuevos para tres grupos hipotéticos en 12 lugares geográficos de Wisconsin. El plan presenta un deducible anual de \$500 y un monto de coseguro de 80%/20% (o el monto más aproximado disponible).

Las tasas de primas enumeradas son las tasas de primas mensuales para negocios nuevos disponibles más bajas que estaban en vigencia al 1º de enero para las coberturas individuales y familiares. Los aseguradores ajustan periódicamente los niveles de tasas, por lo que las tasas de primas mostradas en esta guía pueden haberse modificado.

#### **Tenga en cuenta que:**

Según las leyes de seguros de Wisconsin, los aseguradores de salud están obligados a proporcionarles a los asegurados una copia del certificado de seguro de salud. Usted debe haber recibido una carta de su asegurador que le dice cómo obtener una copia del certificado. La Oficina del Comisionado de Seguros ha adoptado una postura sobre el método de proporcionar la información. Los aseguradores de salud pueden informar a los individuos, por escrito, que el certificado de seguro de salud está disponible y que se puede imprimir desde su sitio en Internet. La correspondencia también debe incluir un ofrecimiento para proporcionar una copia impresa del certificado si el asegurado la solicita.

La OCI publica una versión en español de la publicación *Health Insurance For Small Employers and Their Employees (Seguro de salud para pequeños empleadores y sus empleados)*. Puede obtener una copia del *Seguro de Salud para Pequeños Empleadores y sus Empleados* en el sitio en Internet de la OCI [oci.wi.gov/spanish/sp\\_pub\\_list/pi-306.pdf](http://oci.wi.gov/spanish/sp_pub_list/pi-306.pdf) o llamando al 1-800-236-8517.

**Tasas de primas mensuales para negocios nuevos**

Las leyes de Wisconsin exigen a los aseguradores que brindan cobertura de salud a los pequeños empleadores (2 a 50 empleados) que publiquen sus tasas de primas anualmente. Los aseguradores pueden cumplir con esta exigencia proporcionándole a la OCI las tasas en la forma descrita a continuación.

**Tenga en cuenta que: cada compañía de seguros mostrada en las páginas adjuntas respondió a la encuesta con las tasas que cobraría para la cobertura familiar e individual en tres grupos hipotéticos en lugares determinados de Wisconsin durante un mes. Las primas están vigentes al 1 de enero de 2011 y se enumeran solamente con fines de comparación. Están sujetas a modificaciones a lo largo del año y pueden variar de un pequeño empleador a otro, pero sólo según la edad y sexo de los empleados, la ubicación geográfica y otra información objetiva que los aseguradores utilicen para determinar las tasas. La información proporcionada no pretende describir en su totalidad los beneficios, las exclusiones y las limitaciones de cada póliza ni las diferencias que puede haber entre los aseguradores.**

Los aseguradores utilizaron las siguientes suposiciones para calcular las tasas de primas mensuales para negocios nuevos más bajas en cada ubicación geográfica:

1. Todos los empleados trabajan a tiempo completo en Wisconsin para una empresa de Wisconsin.
2. La experiencia de pérdida es normal (según los estándares del asegurador) para un grupo de cada tamaño.
3. La póliza se comercializa a través del sistema de distribución estándar del asegurador.
4. La póliza es la única póliza ofrecida al grupo.
5. El deducible es de \$500 (o suma más aproximada disponible) y el copago es 80%/20% (o suma más aproximada disponible).

Las ubicaciones geográficas incluyen: Appleton, Eau Claire, Green Bay, Janesville, Kenosha, La Crosse, Madison, Milwaukee, Racine, Superior, Wausau, y Wisconsin Rapids.

**Grupo uno, 5 empleados**

**Hombres: 3**

**Mujeres: 2**

Edad	
Hombres	Mujeres
1=20	1=24
1=38	1=50
1=51	

**Grupo dos, 25 empleados**

**Hombres: 15**

**Mujeres: 10**

Edad	
Hombres	Mujeres
1=20	1=22
1=23	1=24
1=24	1=26
1=25	1=30
1=27	1=40
1=30	1=45
1=34	1=46
1=36	1=48
1=40	1=50
1=42	1=60
1=45	
1=50	
1=54	
1=57	
1=60	

**Grupo tres, 45 empleados**

**Hombres: 30**

**Mujeres: 15**

Edad	
Hombres	Mujeres
1=20	1=22
1=22	1=24
2=23	1=27
1=25	2=32
2=27	1=36
1=29	3=40
3=30	1=42
2=32	1=46
2=34	1=48
1=36	2=54
2=40	1=60
2=44	
2=48	
2=50	
1=54	
2=57	
2=58	
1=60	

**All Savers Insurance Company**  
**7440 Woodland Drive**  
**Indianapolis, IN 46278**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-800-232-5432

**Tipo de plan:** Plan de proveedor preferido (Preferred Provider Plan, PPP)

**Número del formulario de la póliza** PO-MED-1-WI

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$1,500 por individuo dentro de la red; \$3,000 por familia dentro de la red  
 \$3,000 por individuo fuera de la red; \$6,000 por familia fuera de la red

**Coseguro:** 80% / 20% dentro de la red; 60% / 40% fuera de la red

**Copagos:** \$40 por visita médica al consultorio y atención médica de urgencia  
 \$200 por sala de emergencias y diagnóstico  
 \$400 por diagnóstico principal  
 \$1,250 por crédito médico  
 \$10 / \$65 / \$100 / \$140 por medicamentos recetados

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$231.80	\$682.40	\$239.76	\$735.32	\$232.00	\$732.09
<b>Eau Claire</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Green Bay</b>	242.20	713.00	250.52	768.24	242.40	764.87
<b>Janesville</b>	247.80	729.10	256.28	785.92	247.98	782.47
<b>Kenosha</b>	276.80	814.60	286.24	877.76	276.96	873.91
<b>La Crosse</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Madison</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Milwaukee</b>	280.00	824.00	289.56	887.96	280.18	884.09
<b>Racine</b>	273.40	805.20	282.88	867.56	273.73	863.76
<b>Superior</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wausau</b>	263.00	774.00	271.96	834.08	263.18	830.42
<b>Wisconsin Rapids</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.



**Blue Cross Blue Shield of Wisconsin**  
**N17 W24340 Riverwood Drive**  
**Waukesha, WI 53188**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-800-490-6201

**Tipo de plan:** Plan de proveedor preferido (Preferred Provider Plan, PPP)

**Número del formulario de la póliza** BCBSWI-06/PPO-SB (9/10)

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo dentro de la red; \$1,500 por familia dentro de la red  
\$1,000 por individuo fuera de la red; \$3,000 por familia fuera de la red

**Coseguro:** 90% / 10% dentro de la red; 70% / 30% fuera de la red

**Copagos:** \$30 por médico de atención primaria  
\$50 por médico especialista  
\$200 por sala de emergencia  
\$10 / \$25 / \$50 por medicamentos recetados

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$322.68	\$ 838.96	\$367.33	\$ 955.05	\$343.56	\$ 893.26
<b>Eau Claire</b>	369.59	960.93	420.50	1,093.29	393.99	1,024.37
<b>Green Bay</b>	418.82	1,088.94	476.29	1,238.36	446.91	1,161.96
<b>Janesville</b>	402.53	1,046.59	457.83	1,190.37	429.40	1,116.44
<b>Kenosha</b>	498.73	1,296.70	566.85	1,473.82	532.80	1,385.28
<b>La Crosse</b>	534.56	1,389.85	607.46	1,579.39	571.31	1,485.40
<b>Madison</b>	481.91	1,252.97	547.79	1,424.26	514.72	1,338.28
<b>Milwaukee</b>	493.06	1,281.96	560.43	1,457.11	526.70	1,369.43
<b>Racine</b>	462.21	1,201.75	525.47	1,366.21	493.55	1,283.22
<b>Superior</b>	317.72	826.07	361.71	940.45	338.23	879.40
<b>Wausau</b>	412.56	1,072.65	469.19	1,219.90	440.17	1,144.45
<b>Wisconsin Rapids</b>	443.32	1,152.64	504.06	1,310.55	473.24	1,230.43

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Compcare Health Services Insurance Corporation**  
**N17 W24340 Riverwood Drive**  
**Waukesha, WI 53188**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-414-459-5000

**Tipo de plan:** Plan de punto de servicio (Point-of-Service Plan, POS)

**Número del formulario de la póliza** CCB-06/POS-SB (9/10)

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo dentro de la red; \$1,500 por familia dentro de la red  
\$1,000 por individuo fuera de la red; \$3,000 por familia fuera de la red

**Coseguro:** 90% / 10% dentro de la red; 70% / 30% fuera de la red

**Copagos:** \$30 por médico de atención primaria  
\$50 por médico especialista  
\$200 por sala de emergencia  
\$10 /\$ 25 /\$50 por medicamentos recetados

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$290.84	\$ 756.18	\$331.29	\$ 861.35	\$309.38	\$ 804.39
<b>Eau Claire</b>	335.36	871.93	381.75	992.55	357.24	928.82
<b>Green Bay</b>	369.04	959.49	419.92	1,091.80	393.44	1,022.95
<b>Janesville</b>	392.67	1,020.95	446.71	1,161.46	418.85	1,089.02
<b>Kenosha</b>	423.22	1,100.37	481.34	1,251.48	451.69	1,174.40
<b>La Crosse</b>	444.72	1,156.28	505.71	1,314.85	474.81	1,234.50
<b>Madison</b>	454.66	1,182.11	516.97	1,344.12	485.49	1,262.27
<b>Milwaukee</b>	422.37	1,098.17	480.38	1,248.98	450.78	1,172.03
<b>Racine</b>	399.72	1,039.28	454.70	1,182.23	426.43	1,108.72
<b>Superior</b>	286.90	745.94	326.83	849.75	305.15	793.38
<b>Wausau</b>	371.59	966.14	422.82	1,099.34	396.19	1,030.10
<b>Wisconsin Rapids</b>	405.50	1,054.31	461.26	1,199.27	432.65	1,124.88

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Dean Health Plan, Inc.**  
**1277 Deming Way**  
**Madison, WI 53717**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-608-828-1301 ó 1-800-279-1301

**Tipo de plan:** Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)

**Número del formulario de la póliza** 5000-0810

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo dentro de la red;  
 \$500 por familia dentro de la red

**Coseguro:** 80% / 20% dentro de la red

**Copagos:** \$75 por sala de emergencia  
 \$10 / 30% / 50% por medicamentos recetados  
 \$50 por imágenes por resonancia magnética (IRM) y tomografía computada (TC)

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Eau Claire</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Green Bay</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Janesville</b>	\$308.76	\$1,044.07	\$307.57	\$936.06	\$288.29	\$898.24
<b>Kenosha</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>La Crosse</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Madison</b>	308.76	1,044.07	307.57	936.06	288.29	898.24
<b>Milwaukee</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Racine</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Superior</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wausau</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wisconsin Rapids</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Federated Mutual Insurance Company**  
**121 East Park Square**  
**Owatonna, MN 55060**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-800-533-0472

**Tipo de plan:** Plan de proveedor preferido (Preferred Provider Plan, PPP)

**Número del formulario de la póliza** GH 48 11 (08-06 ed.)

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo; \$1,000 por familia

**Coseguro:** 80% / 20% dentro de la red; 60% / 40% fuera de la red

**Copagos:** \$10 / \$30 / \$45 por suministro de 31 días de medicamentos recetados a través de la farmacia  
 \$20 / \$60 / \$100 por suministro de 90 días de medicamentos recetados solicitados por correo

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$328.11	\$1,023.09	\$328.73	\$1,006.85	\$315.49	\$ 995.42
<b>Eau Claire</b>	352.81	1,100.09	353.47	1,082.63	339.24	1,070.34
<b>Green Bay</b>	338.70	1,056.09	339.33	1,039.33	325.67	1,027.53
<b>Janesville</b>	356.34	1,111.09	357.00	1,093.46	342.63	1,081.05
<b>Kenosha</b>	336.14	1,048.11	336.77	1,031.48	323.21	1,019.77
<b>La Crosse</b>	363.39	1,133.10	364.07	1,115.11	349.42	1,102.45
<b>Madison</b>	349.28	1,089.09	349.93	1,071.80	335.85	1,059.64
<b>Milwaukee</b>	336.14	1,048.11	336.77	1,031.48	323.21	1,019.77
<b>Racine</b>	336.14	1,048.11	336.77	1,031.48	323.21	1,019.77
<b>Superior</b>	335.17	1,045.09	335.80	1,028.50	322.28	1,016.83
<b>Wausau</b>	338.70	1,056.09	339.33	1,039.33	325.67	1,027.53
<b>Wisconsin Rapids</b>	338.70	1,056.09	339.33	1,039.33	325.67	1,027.53

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Group Health Cooperative of Eau Claire**  
**P.O. Box 3217**  
**Eau Claire, WI 54702-3217**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-888-203-7770

**Tipo de plan:** Organización de Mantenimiento de la Salud  
 (Health Maintenance Organization, HMO)

**Número del formulario de la póliza** 4201

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo; \$1,000 por familia

**Coseguro:** 80% / 20%

**Copagos:** \$10 / \$20 / \$30 por medicamentos recetados

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Eau Claire</b>	\$473.36	\$1,330.14	\$379.26	\$1,065.72	\$368.61	\$1,035.79
<b>Green Bay</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Janesville</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Kenosha</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>La Crosse</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Madison</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Milwaukee</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Racine</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Superior</b>	393.61	1,106.04	360.43	1,012.81	350.31	984.37
<b>Wausau</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wisconsin Rapids</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Group Health Cooperative of South Central Wisconsin**  
**1265 John Q. Hammons Drive**  
**Madison, WI 53719**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-608-251-4156

**Tipo de plan:** Organización de Mantenimiento de la Salud  
 (Health Maintenance Organization, HMO)

**Número del formulario de la póliza** MK06-301-5 (09/09)

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo; \$1,000 por familia

**Coseguro:** 80% / 20%

**Copagos:** \$75 por sala de emergencia  
 \$10 / \$30 por medicamentos recetados  
 Máximo de gastos de bolsillo de \$1,000 por individuo / \$2,000 por familia

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Eau Claire</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Green Bay</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Janesville</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Kenosha</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>La Crosse</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Madison</b>	\$382.00	\$984.00	\$416.00	\$1,071.00	\$405.00	\$1,043.00
<b>Milwaukee</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Racine</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Superior</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wausau</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wisconsin Rapids</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Gundersen Lutheran Health Plan, Inc.**  
**1836 South Avenue**  
**La Crosse, WI 54601**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-608-775-8007 ó 1-800-897-1923

**Tipo de plan:** Organización de Mantenimiento de la Salud  
 (Health Maintenance Organization, HMO)

**Número del formulario de la póliza** 2011.WI.HMO.CERT

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo; \$1,000 por familia

**Coseguro:** 80% / 20%

**Copagos:** \$100 por sala de emergencia  
 \$7 / 20% / 40% por medicamentos recetados  
 (mínimo de \$30 y máximo de \$60 dentro del vademécum;  
 mínimo de \$50 y máximo de \$100 fuera del vademécum)

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Eau Claire</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Green Bay</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Janesville</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Kenosha</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>La Crosse</b>	\$316.00	\$997.00	\$355.00	\$1,031.00	\$319.00	\$945.00
<b>Madison</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Milwaukee</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Racine</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Superior</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wausau</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wisconsin Rapids</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Health Tradition Health Plan**  
**1808 East Main Street**  
**Onalaska, WI 54650**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-608-781-9692 ó 1-888-459-3020

**Tipo de plan:** Organización de Mantenimiento de la Salud  
 (Health Maintenance Organization, HMO)

**Número del formulario de la póliza** H80E

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo; \$1,000 por familia

**Coseguro:** 80% / 20%

**Copagos:** \$100 por sala de emergencia  
 \$10 / \$30 / \$50 por medicamentos recetados

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Eau Claire</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Green Bay</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Janesville</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Kenosha</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>La Crosse</b>	\$290.73	\$828.59	\$322.51	\$919.14	\$316.05	\$900.75
<b>Madison</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Milwaukee</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Racine</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Superior</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wausau</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wisconsin Rapids</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.



**HealthPartners Insurance Company**  
**8170 33rd Avenue South**  
**Bloomington, MN 55425**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-800-883-2177

**Tipo de plan:** Plan de proveedor preferido (Preferred Provider Plan, PPP)

**Número del formulario de la póliza** MGC-900.2; SCH-900.2

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo dentro de la red; \$1,000 por familia dentro de la red  
 \$1,000 por individuo fuera de la red; \$2,000 por familia fuera de la red

**Coseguro:** 80% / 20% dentro de la red; 60% / 40% fuera de la red

**Copagos:** \$40 por visita médica al consultorio  
 \$12 / \$45 / \$90 por medicamentos recetados

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Eau Claire</b>	\$404.20	\$1,341.51	\$400.88	\$1,294.64	\$385.98	\$1,264.83
<b>Green Bay</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Janesville</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Kenosha</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>La Crosse</b>	414.75	1,376.51	411.34	1,328.41	396.04	1,297.82
<b>Madison</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Milwaukee</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Racine</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Superior</b>	358.51	1,189.86	355.56	1,148.29	342.34	1,121.84
<b>Wausau</b>	404.20	1,341.51	400.88	1,294.64	385.98	1,264.83
<b>Wisconsin Rapids</b>	404.20	1,341.51	400.88	1,294.64	385.98	1,264.83

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Humana Insurance Company  
 1100 Employers Boulevard  
 Green Bay, WI 54344**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-800-558-4444

**Tipo de plan:** Plan de indemnización

**Número del formulario de la póliza** WI-70104, et. al.

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500

**Coseguro:** 80% / 20%

**Copagos:**

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$577.00	\$1,883.00	\$584.00	\$1,813.00	\$588.00	\$1,818.00
<b>Eau Claire</b>	696.00	2,270.00	704.00	2,186.00	709.00	2,192.00
<b>Green Bay</b>	551.00	1,796.00	557.00	1,730.00	561.00	1,735.00
<b>Janesville</b>	684.00	2,229.00	691.00	2,146.00	696.00	2,153.00
<b>Kenosha</b>	665.00	2,167.00	672.00	2,087.00	677.00	2,093.00
<b>La Crosse</b>	914.00	2,979.00	924.00	2,869.00	930.00	2,877.00
<b>Madison</b>	736.00	2,401.00	745.00	2,312.00	750.00	2,319.00
<b>Milwaukee</b>	698.00	2,276.00	706.00	2,192.00	711.00	2,199.00
<b>Racine</b>	647.00	2,110.00	655.00	2,032.00	659.00	2,038.00
<b>Superior</b>	842.00	2,746.00	852.00	2,644.00	857.00	2,652.00
<b>Wausau</b>	685.00	2,232.00	692.00	2,150.00	697.00	2,156.00
<b>Wisconsin Rapids</b>	639.00	2,085.00	647.00	2,008.00	651.00	2,014.00

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation**  
**500 West Main Street**  
**Louisville, KY 40202**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-800-558-4444

**Tipo de plan:** Organización de Mantenimiento de la Salud  
 (Health Maintenance Organization, HMO)

**Número del formulario de la póliza** 01-15

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** Ninguna

**Coseguro:** 80% / 20%

**Copagos:** \$20 por médico de atención primaria  
 \$30 por especialista, terapeuta, quiropráctico, diagnóstico de articulación temporomandibular (ATM) y tratamiento no quirúrgico  
 \$125 por sala de emergencias (no exigido si el afiliado es internado)

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$525.00	\$1,695.00	\$540.00	\$1,648.00	\$528.00	\$1,629.00
<b>Eau Claire</b>	525.00	1,695.00	540.00	1,648.00	528.00	1,629.00
<b>Green Bay</b>	525.00	1,695.00	540.00	1,648.00	528.00	1,629.00
<b>Janesville</b>	429.00	1,384.00	441.00	1,345.00	431.00	1,330.00
<b>Kenosha</b>	468.00	1,511.00	481.00	1,469.00	470.00	1,452.00
<b>La Crosse</b>	525.00	1,695.00	540.00	1,648.00	528.00	1,629.00
<b>Madison</b>	447.00	1,443.00	459.00	1,402.00	449.00	1,386.00
<b>Milwaukee</b>	525.00	1,695.00	540.00	1,648.00	528.00	1,629.00
<b>Racine</b>	457.00	1,477.00	470.00	1,435.00	460.00	1,419.00
<b>Superior</b>	525.00	1,695.00	540.00	1,648.00	528.00	1,629.00
<b>Wausau</b>	525.00	1,695.00	540.00	1,648.00	528.00	1,629.00
<b>Wisconsin Rapids</b>	525.00	1,695.00	540.00	1,648.00	528.00	1,629.00

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**John Alden Life Insurance Company**  
**501 West Michigan Street**  
**Milwaukee, WI 53203**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-800-328-4316 ó 1-800-800-1212

**Tipo de plan:** Plan de proveedor preferido (Preferred Provider Plan, PPP)

**Número del formulario de la póliza** JGM.TRT.WI

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500

**Coseguro:** 80% / 20%

**Copagos:**

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$217.87	\$ 685.00	\$239.50	\$ 713.44	\$241.23	\$ 773.92
<b>Eau Claire</b>	332.64	1,045.86	365.67	1,089.30	368.31	1,181.62
<b>Green Bay</b>	217.87	685.00	239.50	713.44	241.23	773.92
<b>Janesville</b>	283.53	891.43	311.67	928.44	313.92	954.13
<b>Kenosha</b>	193.68	608.94	212.91	634.23	241.44	687.99
<b>La Crosse</b>	357.08	1,122.68	392.53	1,169.30	395.36	1,201.65
<b>Madison</b>	388.96	1,222.93	427.58	1,273.71	430.66	1,308.94
<b>Milwaukee</b>	197.31	620.36	216.90	646.12	218.47	700.88
<b>Racine</b>	188.36	592.21	207.06	616.80	208.55	669.08
<b>Superior</b>	305.26	959.78	335.57	999.63	337.99	1,084.35
<b>Wausau</b>	352.62	1,108.65	387.62	1,154.69	390.42	1,252.55
<b>Wisconsin Rapids</b>	369.31	1,161.14	405.97	1,209.36	408.91	1,311.86

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Madison National Life Insurance Company**  
**P.O. Box 5008**  
**Madison, WI 53705**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-888-206-5610

**Tipo de plan:** Plan de proveedor preferido (Preferred Provider Plan, PPP)

**Número del formulario de la póliza** MNL MMP 0205

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 dentro de la red; \$1,000 fuera de la red

**Coseguro:** 80% / 20% dentro de la red; 50% / 50% fuera de la red

**Copagos:** \$10 / \$50 / \$100 / \$150 por medicamentos recetados

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$364.22	\$1,187.36	\$409.50	\$1,334.97	\$413.01	\$1,346.41
<b>Eau Claire</b>	346.87	1,130.80	389.99	1,271.37	393.34	1,282.29
<b>Green Bay</b>	312.19	1,017.74	351.00	1,144.26	354.01	1,154.07
<b>Janesville</b>	404.36	1,318.21	454.63	1,482.09	458.53	1,494.81
<b>Kenosha</b>	437.06	1,424.82	491.39	1,601.93	495.61	1,615.69
<b>La Crosse</b>	364.22	1,187.36	409.50	1,334.97	413.01	1,346.41
<b>Madison</b>	404.36	1,318.21	454.63	1,482.09	458.53	1,494.81
<b>Milwaukee</b>	485.63	1,583.15	545.99	1,779.93	550.68	1,795.22
<b>Racine</b>	461.35	1,504.00	518.69	1,690.93	523.15	1,705.47
<b>Superior</b>	346.87	1,130.80	389.99	1,271.37	393.34	1,282.29
<b>Wausau</b>	364.22	1,187.36	409.50	1,334.97	413.01	1,346.41
<b>Wisconsin Rapids</b>	364.22	1,187.36	409.50	1,334.97	413.01	1,346.41

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Medica Insurance Company**  
**P.O. Box 9310**  
**Minneapolis, MN 55440-9310**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-800-952-3455

**Tipo de plan:** Plan de punto de servicio (Point-of-Service Plan, POS)

**Número del formulario de la póliza** MIC PP WI (1/10)

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo dentro de la red; \$1,500 por familia dentro de la red  
 \$3,000 por individuo fuera de la red; \$9,000 por familia fuera de la red

**Coseguro:** 75% / 25% dentro de la red; 70% / 30% fuera de la red

**Copagos:** \$45 por visita médica al consultorio  
 \$45 por atención médica de urgencia  
 \$12 / \$50 / \$75 por medicamentos recetados

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Eau Claire</b>	\$355.25	No corresponde	\$382.01	No corresponde	\$368.01	No corresponde
<b>Green Bay</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Janesville</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Kenosha</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>La Crosse</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Madison</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Milwaukee</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Racine</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Superior</b>	316.09	No corresponde	339.90	No corresponde	327.45	No corresponde
<b>Wausau</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wisconsin Rapids</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Medical Associates Clinic Health Plan of Wisconsin**  
**1605 Associates Drive, Suite 101**  
**Dubuque, IA 52002**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-563-556-8070 ó 1-800-747-8900

**Tipo de plan:** Organización de Mantenimiento de la Salud  
 (Health Maintenance Organization, HMO)

**Número del formulario de la póliza** SG WI 2011

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$750 por individuo; \$1.500 por familia

**Coseguro:** 80% / 20%

**Copagos:** \$10 por visita médica al consultorio  
 \$15 / \$45 por medicamentos recetados

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Eau Claire</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Green Bay</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Janesville</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Kenosha</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>La Crosse</b>	\$349.89	\$888.73	\$370.97	\$942.26	\$353.39	\$897.62
<b>Madison</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Milwaukee</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Racine</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Superior</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wausau</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wisconsin Rapids</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**MercyCare Insurance Company**  
**3430 Palmer Drive**  
**P.O. Box 2770**  
**Janesville, WI 53589**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-800-895-2421

**Tipo de plan:** Organización de Mantenimiento de la Salud  
 (Health Maintenance Organization, HMO)

**Número del formulario de la póliza** MCHMOAUG2002

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$250 por individuo; \$500 por familia

**Coseguro:** 80% / 20%

**Copagos:** \$20 por visita médica al consultorio  
 \$35 por atención médica de urgencia  
 \$65 por sala de emergencia

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Eau Claire</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Green Bay</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Janesville</b>	\$261.00	\$755.00	\$269.00	\$777.00	\$257.00	\$771.00
<b>Kenosha</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>La Crosse</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Madison</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Milwaukee</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Racine</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Superior</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wausau</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wisconsin Rapids</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.



**Network Health Plan**  
**1570 Midway Place**  
**Menasha, WI 54952**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-920-720-1300

**Tipo de plan:** Organización de Mantenimiento de la Salud  
 (Health Maintenance Organization, HMO)

**Número del formulario de la póliza** NHP/SM COC-NGF/1-2011

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo dentro de la red; \$1,000 por familia dentro de la red

**Coseguro:** 80% / 20% dentro de la red

**Copagos:** \$30 por médico de atención primaria  
 \$60 por médico especialista  
 \$20 / \$40 / \$60 / \$80 / \$100 por medicamentos recetados

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$273.84	\$844.11	\$272.90	\$822.84	\$264.65	\$822.16
<b>Eau Claire</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Green Bay</b>	290.44	895.27	289.43	872.71	280.69	871.99
<b>Janesville</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Kenosha</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>La Crosse</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Madison</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Milwaukee</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Racine</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Superior</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wausau</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wisconsin Rapids</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Pekin Life Insurance Company**  
**2505 Court Street**  
**Pekin, IL 61558**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-800-322-0160

**Tipo de plan:** Plan de proveedor preferido (Preferred Provider Plan, PPP)

**Número del formulario de la póliza** G 207 WI

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo dentro de la red; \$1,500 por familia dentro de la red  
 \$1,000 por individuo fuera de la red; \$3,000 por familia fuera de la red

**Coseguro:** 80% / 20% dentro de la red; 50% / 50% fuera de la red

**Copagos:** \$30 por visita médica al consultorio  
 \$10 ó 10% / \$25 ó 25% / \$40 ó 40% por medicamentos recetados

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$410.24	\$1,206.86	\$431.35	\$1,236.93	\$421.04	\$1,232.81
<b>Eau Claire</b>	441.38	1,297.27	464.29	1,329.99	453.16	1,325.55
<b>Green Bay</b>	373.90	1,101.37	392.93	1,128.36	383.56	1,124.61
<b>Janesville</b>	441.38	1,297.27	464.29	1,329.99	453.16	1,325.55
<b>Kenosha</b>	475.03	1,395.05	499.15	1,428.49	487.15	1,423.68
<b>La Crosse</b>	441.38	1,297.27	464.29	1,329.99	453.16	1,325.55
<b>Madison</b>	446.58	1,312.35	469.78	1,345.50	458.57	1,340.99
<b>Milwaukee</b>	456.40	1,341.06	479.00	1,371.55	467.51	1,366.97
<b>Racine</b>	445.73	1,310.21	469.51	1,344.75	458.25	1,340.25
<b>Superior</b>	410.24	1,206.86	431.35	1,236.93	421.04	1,232.81
<b>Wausau</b>	441.38	1,297.27	464.29	1,329.99	453.16	1,325.55
<b>Wisconsin Rapids</b>	441.38	1,297.27	464.29	1,329.99	453.16	1,325.55

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Physicians Plus Insurance Corporation**  
**22 East Mifflin Street, Suite 200**  
**Madison, WI 53703**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-800-545-5015

**Tipo de plan:** Organización de Mantenimiento de la Salud  
 (Health Maintenance Organization, HMO)

**Número del formulario de la póliza** P+4647-1001

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500

**Coseguro:** 80% / 20%

**Copagos:** \$10 / \$25 / 50% por medicamentos recetados

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Eau Claire</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Green Bay</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Janesville</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Kenosha</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>La Crosse</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Madison</b>	\$271.23	\$763.22	\$263.76	\$791.27	\$258.15	\$774.45
<b>Milwaukee</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Racine</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Superior</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wausau</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wisconsin Rapids</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Security Health Plan of Wisconsin, Inc.**  
**1515 St. Joseph Avenue**  
**P.O. Box 8000**  
**Marshfield, WI 54449-8000**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-715-221-9555 ó 1-800-472-2363

**Tipo de plan:** Organización de Mantenimiento de la Salud  
 (Health Maintenance Organization, HMO)

**Número del formulario de la póliza** INS - 00030 (8100)

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500

**Coseguro:** 80% / 20%

**Copagos:** \$25 por visita médica al consultorio  
 \$100 por sala de emergencia  
 \$20 / \$40 / \$60 por medicamentos recetados

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Eau Claire</b>	\$330.94	\$1,031.71	\$365.31	\$986.34	\$360.97	\$974.63
<b>Green Bay</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Janesville</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Kenosha</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>La Crosse</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Madison</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Milwaukee</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Racine</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Superior</b>	317.69	990.41	350.69	946.87	346.53	935.63
<b>Wausau</b>	321.00	1,000.74	354.35	956.74	350.14	945.38
<b>Wisconsin Rapids</b>	317.69	990.41	350.69	946.87	346.53	935.63

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Time Insurance Company**  
**501 West Michigan Street**  
**Milwaukee, WI 53203**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-800-328-4316 ó 1-800-800-1212

**Tipo de plan:** Plan de proveedor preferido (Preferred Provider Plan, PPP)

**Número del formulario de la póliza** TGM.TRT.WI

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500

**Coseguro:** 80% / 20%

**Copagos:**

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$217.87	\$ 685.00	\$239.50	\$ 713.44	\$241.23	\$ 773.92
<b>Eau Claire</b>	332.64	1,045.86	365.67	1,089.30	368.31	1,181.62
<b>Green Bay</b>	217.87	685.00	239.50	713.44	241.23	773.92
<b>Janesville</b>	283.53	891.43	311.67	928.44	313.92	954.13
<b>Kenosha</b>	193.68	608.94	212.91	634.23	214.44	687.99
<b>La Crosse</b>	357.08	1,122.68	392.53	1,169.30	395.36	1,201.65
<b>Madison</b>	388.96	1,222.93	427.58	1,273.71	430.66	1,308.94
<b>Milwaukee</b>	197.31	620.36	216.90	646.12	218.47	700.88
<b>Racine</b>	188.36	592.21	207.06	616.80	208.55	669.08
<b>Superior</b>	305.23	959.78	335.57	999.63	337.99	1,084.35
<b>Wausau</b>	352.62	1,108.65	387.62	1,154.69	390.20	1,252.55
<b>Wisconsin Rapids</b>	369.31	1,161.14	405.97	1,209.36	408.91	1,311.86

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Trilogy Health Insurance, Inc.**  
**18000 West Sarah Lane, Suite 310**  
**Brookfield, WI 53405**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-262-432-9150 ó 1-866-429-3241

**Tipo de plan:** Plan de proveedor preferido (Preferred Provider Plan, PPP)

**Número del formulario de la póliza** Trilogy COC 3-2010

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo dentro de la red; \$1,500 por familia dentro de la red  
 \$1,000 por individuo fuera de la red; \$3,000 por familia fuera de la red

**Coseguro:** 80% / 20% dentro de la red; 50% / 50% fuera de la red

**Copagos:** \$20 por médico de atención primaria  
 \$35 por médico especialista  
 \$75 por atención médica de urgencia  
 \$175 por sala de emergencia

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$343.26	\$1,029.78	\$346.45	\$1,039.34	\$308.41	\$925.23
<b>Eau Claire</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Green Bay</b>	358.86	1,076.58	362.20	1,086.59	322.43	967.30
<b>Janesville</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Kenosha</b>	393.96	1,181.87	397.62	1,192.85	353.99	1,061.96
<b>La Crosse</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Madison</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Milwaukee</b>	378.36	1,135.07	381.86	1,145.59	339.96	1,019.89
<b>Racine</b>	351.04	1,053.12	354.32	1,062.97	315.44	946.32
<b>Superior</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wausau</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wisconsin Rapids</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Trustmark Life Insurance Company**  
**400 Field Drive**  
**Lake Forest, IL 60045**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-800-522-1246

**Tipo de plan:** Plan de proveedor preferido (Preferred Provider Plan, PPP)

**Número del formulario de la póliza** S989C

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo; \$1,000 por familia

**Coseguro:** 80% / 20% dentro de la red; 60% / 40% fuera de la red

**Copagos:** \$20 por visitas médicas al consultorio con laboratorio incluido  
\$75 por sala de emergencias (no exigido si el afiliado es internado)  
\$10 / \$30 / \$50 por medicamentos recetados

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$406.00	\$1,257.06	\$400.25	\$1,214.25	\$390.59	\$1,188.94
<b>Eau Claire</b>	429.29	1,330.25	423.41	1,285.35	413.14	1,258.44
<b>Green Bay</b>	558.08	1,735.36	551.50	1,678.81	537.84	1,643.09
<b>Janesville</b>	496.94	1,543.07	490.69	1,492.04	478.64	1,460.51
<b>Kenosha</b>	473.03	1,463.24	466.94	1,414.82	455.64	1,385.25
<b>La Crosse</b>	430.14	1,331.54	424.27	1,286.69	414.01	1,259.83
<b>Madison</b>	504.52	1,566.86	498.23	1,515.16	485.99	1,483.11
<b>Milwaukee</b>	558.37	1,731.64	551.82	1,675.51	538.28	1,640.11
<b>Racine</b>	473.03	1,463.24	466.94	1,414.82	455.64	1,385.25
<b>Superior</b>	440.50	1,360.93	434.58	1,315.45	424.15	1,288.11
<b>Wausau</b>	415.07	1,285.60	409.27	1,241.96	399.37	1,216.02
<b>Wisconsin Rapids</b>	415.07	1,285.60	409.27	1,241.96	399.37	1,216.02

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Trustmark Life Insurance Company**  
400 Field Drive  
Lake Forest, IL 60045

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-800-522-1246

**Tipo de plan:** Plan de proveedor preferido (Preferred Provider Plan, PPP)

**Número del formulario de la póliza** AXX/C

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo dentro de la red; \$1,000 por familia dentro de la red  
\$1,000 por individuo fuera de la red; \$2,000 por familia fuera de la red

**Coseguro:** 80% / 20% dentro de la red; 60% / 40% fuera de la red

**Copagos:** \$25 por visita médica al consultorio  
\$10 / \$25 / \$40 por medicamentos recetados a precio minorista  
\$30 / \$75 / \$120 por medicamentos recetados solicitados por correo

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$391.25	\$1,239.83	\$420.42	\$1,236.28	\$404.20	\$1,210.30
<b>Eau Claire</b>	430.66	1,366.28	462.83	1,362.37	444.95	1,333.73
<b>Green Bay</b>	395.81	1,254.42	425.32	1,250.82	408.91	1,224.54
<b>Janesville</b>	423.78	1,343.94	455.41	1,340.09	437.83	1,311.92
<b>Kenosha</b>	381.07	1,207.58	409.46	1,204.10	393.67	1,178.80
<b>La Crosse</b>	416.98	1,315.89	447.88	1,312.13	430.70	1,284.61
<b>Madison</b>	445.33	1,412.91	478.59	1,408.86	460.11	1,379.24
<b>Milwaukee</b>	472.32	1,499.61	507.62	1,495.28	487.99	1,463.84
<b>Racine</b>	381.07	1,207.58	409.46	1,204.10	393.67	1,178.80
<b>Superior</b>	389.16	1,233.47	418.18	1,229.94	402.05	1,204.09
<b>Wausau</b>	399.77	1,267.09	429.59	1,263.47	413.01	1,236.91
<b>Wisconsin Rapids</b>	399.77	1,267.09	429.59	1,263.47	413.01	1,236.91

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.



**Union Security Insurance Company**  
**501 West Michigan Street**  
**Milwaukee, WI 53203**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-800-328-4316 ó 1-800-800-1212

**Tipo de plan:** Plan de proveedor preferido (Preferred Provider Plan, PPP)

**Número del formulario de la póliza** P61.100

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500

**Coseguro:** 80% / 20%

**Copagos:**

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$217.87	\$ 685.00	\$239.50	\$ 713.44	\$241.23	\$ 773.95
<b>Eau Claire</b>	332.65	1,045.86	365.67	1,089.30	368.31	1,181.62
<b>Green Bay</b>	217.87	685.00	239.50	713.44	241.23	773.92
<b>Janesville</b>	283.53	891.43	311.67	928.44	313.92	954.13
<b>Kenosha</b>	193.68	608.94	212.91	634.23	214.44	687.99
<b>La Crosse</b>	357.08	1,122.68	392.53	1,169.30	395.36	1,201.65
<b>Madison</b>	388.96	1,222.93	427.58	1,273.71	430.66	1,308.94
<b>Milwaukee</b>	197.31	620.36	216.90	646.12	218.47	700.88
<b>Racine</b>	188.36	592.21	207.06	616.80	208.55	669.08
<b>Superior</b>	305.26	959.78	335.57	999.63	337.99	1,084.35
<b>Wausau</b>	352.62	1,108.65	387.62	1,154.69	390.42	1,252.55
<b>Wisconsin Rapids</b>	369.31	1,161.14	405.97	1,209.36	408.91	1,311.86

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**United HealthCare Insurance Company**  
**185 Asylum Street City Place I**  
**Hartford, CT 06103**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-800-407-3776

**Tipo de plan:** Plan de punto de servicio (Point-of-Service Plan, POS)

**Número del formulario de la póliza** TOC.01.WI

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo dentro de la red; \$1,500 por familia dentro de la red  
 \$1,000 por individuo fuera de la red; \$3,000 por familia fuera de la red

**Coseguro:** 80% / 20%

**Copagos:** \$30 por médico de atención primaria  
 \$60 por médico especialista  
 \$100 por atención médica de urgencia  
 \$250 por sala de emergencia  
 \$10 / \$35 / \$60 por medicamentos recetados  
 \$25 / \$87.50 / \$150 por medicamentos recetados solicitados por correo  
 \$10 / \$100 / \$300 por medicamentos recetados en farmacias especiales

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$315.59	\$ 946.77	\$326.46	\$ 979.38	\$315.87	\$ 947.61
<b>Eau Claire</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Green Bay</b>	306.06	918.19	316.59	949.77	306.32	918.96
<b>Janesville</b>	314.91	944.74	325.74	977.22	315.17	945.51
<b>Kenosha</b>	352.70	1,058.11	364.84	1,094.52	353.01	1,059.04
<b>La Crosse</b>	357.26	1,071.77	369.52	1,108.57	357.54	1,072.62
<b>Madison</b>	391.89	1,175.66	405.38	1,216.14	392.24	1,176.72
<b>Milwaukee</b>	356.37	1,069.11	368.64	1,105.92	356.69	1,070.07
<b>Racine</b>	344.94	1,034.81	356.81	1,070.44	345.24	1,035.72
<b>Superior</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wausau</b>	334.47	1,003.40	345.97	1,037.91	334.75	1,004.25
<b>Wisconsin Rapids</b>	334.47	1,003.40	345.97	1,037.91	334.75	1,004.25

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Unity Health Plans Insurance Corporation**  
**840 Carolina Street**  
**Sauk City, WI 53583**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-800-362-3210

**Tipo de plan:** Organización de Mantenimiento de la Salud  
 (Health Maintenance Organization, HMO)

**Número del formulario de la póliza** UH00382

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo; \$1,000 por familia

**Coseguro:** 80% / 20%

**Copagos:**

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Eau Claire</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Green Bay</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Janesville</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Kenosha</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>La Crosse</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Madison</b>	\$292.15	\$774.19	\$263.67	\$698.72	\$253.12	\$670.78
<b>Milwaukee</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Racine</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Superior</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wausau</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wisconsin Rapids</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**WEA Insurance Corporation**  
**P.O. Box 7338**  
**Madison, WI 53707-7338**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-608-276-4000 ó 1-800-279-4000

**Tipo de plan:** Plan de proveedor preferido (Preferred Provider Plan, PPP)

**Número del formulario de la póliza** IC-LGL-3434-251-0707

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo dentro de la red; \$1,000 por familia dentro de la red  
 \$1,000 por individuo fuera de la red; \$2,000 por familia fuera de la red

**Coseguro:** 80% / 20% dentro de la red; 60% / 40% fuera de la red

**Copagos:** \$25 por visita médica al consultorio dentro de la red / \$50 fuera de la red  
 \$50 por atención médica de urgencia  
 \$150 por sala de emergencia  
 \$5 / \$20 / \$50 por medicamentos recetados  
 Tasas válidas sólo para empleados de escuelas de Wisconsin

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$549.34	\$1,224.92	\$549.34	\$1,224.92	\$549.34	\$1,224.92
<b>Eau Claire</b>	628.96	1,409.44	628.96	1,409.44	628.96	1,409.44
<b>Green Bay</b>	518.70	1,153.96	518.70	1,153.96	518.70	1,153.96
<b>Janesville</b>	604.46	1,352.66	604.46	1,352.66	604.46	1,352.66
<b>Kenosha</b>	671.82	1,508.78	671.82	1,508.78	671.82	1,508.78
<b>La Crosse</b>	684.10	1,537.16	684.10	1,537.16	684.10	1,537.16
<b>Madison</b>	543.20	1,210.72	543.20	1,210.72	543.20	1,210.72
<b>Milwaukee</b>	598.32	1,338.48	598.32	1,338.48	598.32	1,338.48
<b>Racine</b>	610.58	1,366.86	610.58	1,366.86	610.58	1,366.86
<b>Superior</b>	616.72	1,381.04	616.72	1,381.04	616.72	1,381.04
<b>Wausau</b>	641.20	1,437.82	641.20	1,437.82	641.20	1,437.82
<b>Wisconsin Rapids</b>	561.60	1,253.30	561.60	1,253.30	561.60	1,253.30

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Wisconsin Physicians Service Insurance Corporation  
1717 West Broadway  
Madison, WI 53713**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-608-221-4711 ó 1-800-221-5313

**Tipo de plan:** Plan de proveedor preferido (Preferred Provider Plan, PPP)

**Número del formulario de la póliza** 23656-051-1010

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo dentro de la red; \$1,000 por familia dentro de la red  
\$1,000 por individuo fuera de la red; \$2,000 por familia fuera de la red

**Coseguro:** 80% / 20% dentro de la red; 60% / 40% fuera de la red

**Copagos:** \$35 por médico de atención primaria  
\$60 por médico especialista  
\$150 por sala de emergencia  
\$20 / \$40 / \$60 por medicamentos recetados

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$322.23	\$ 939.48	\$325.96	\$ 936.19	\$321.62	\$ 940.04
<b>Eau Claire</b>	396.44	1,155.85	401.03	1,151.79	395.68	1,156.52
<b>Green Bay</b>	360.96	1,052.39	365.14	1,048.71	360.28	1,053.02
<b>Janesville</b>	409.72	1,194.57	414.47	1,190.38	408.94	1,195.26
<b>Kenosha</b>	432.84	1,262.00	437.86	1,257.57	432.02	1,262.73
<b>La Crosse</b>	353.86	1,031.69	357.96	1,028.07	353.19	1,032.29
<b>Madison</b>	390.22	1,137.70	394.74	1,133.71	389.48	1,138.37
<b>Milwaukee</b>	433.73	1,264.57	438.75	1,260.13	432.90	1,265.31
<b>Racine</b>	446.30	1,301.22	451.47	1,296.65	445.45	1,301.98
<b>Superior</b>	410.77	1,197.63	415.53	1,193.43	409.98	1,198.33
<b>Wausau</b>	346.43	1,010.07	350.45	1,006.52	345.78	1,010.65
<b>Wisconsin Rapids</b>	332.17	968.48	336.02	965.08	331.55	969.04

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**WPS Health Plan, Inc.**  
**2710 Executive Drive**  
**Green Bay, WI 54304**

**N.º de teléfono de Atención al Consumidor** 1-888-711-1444

**Tipo de plan:** Organización de Mantenimiento de la Salud  
 (Health Maintenance Organization, HMO)

**Número del formulario de la póliza** GRP-HMO-0003 10-10

**Diseño de beneficios**

**Deducible anual:** \$500 por individuo; \$1,500 por familia

**Coseguro:** 80% / 20%

**Copagos:** \$30 por visita médica al consultorio  
 \$100 por sala de emergencia  
 \$20 / \$40 / \$60 por medicamentos recetados

**Tasa de las primas por persona**

Ubicación geográfica	Grupo uno*		Grupo dos*		Grupo tres*	
	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia	Por individuo	Por familia
<b>Appleton</b>	\$296.24	\$863.73	\$296.54	\$851.66	\$294.10	\$859.61
<b>Eau Claire</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Green Bay</b>	320.49	934.43	320.80	921.36	318.17	929.97
<b>Janesville</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Kenosha</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>La Crosse</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Madison</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Milwaukee</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Racine</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Superior</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Wausau</b>	308.24	898.71	308.54	896.77	306.02	894.43
<b>Wisconsin Rapids</b>	311.94	909.49	312.24	886.14	309.68	905.15

\* Consulte detalles de los grupos en la página 15.

**Lista de verificación para pequeños empleadores  
Evaluación de las necesidades de seguro de salud de su pequeño negocio**

Los negocios pequeños tienen necesidades especiales porque generalmente no tienen un departamento de personal o gerente de beneficios. Si usted tiene un negocio pequeño, necesita considerar a su agente de seguros como su gerente de beneficios. Asegúrese de que el agente que elija tenga experiencia en seguros para pequeños empleadores.

Número de empleados elegibles para cobertura actualmente	
Número de personas a cargo	
Sexo de los empleados	hombre
	mujer
Edad de los empleados	
Número de empleados y de personas a cargo en edad fértil	empleados
	personas a cargo
Número de empleados/personas a cargo con condiciones médicas preexistentes	empleados
	personas a cargo
Número de empleados con problemas de salud que los convierten en empleados de alto riesgo	
Número de empleados asegurados en otros lugares	
¿Cuál fue el historial de tasas para grupos comparables en los últimos cinco años?	
¿Cómo se calcula la tasa?	
¿La tasa tiene garantía? ¿Por cuánto tiempo?	
¿Qué sucederá con las primas si uno de los empleados tiene una demanda importante?	
¿Cómo se administrarán los servicios?	
¿Se reunirá el agente/corredor o un representante de atención al cliente con los empleados y las personas a cargo?	
¿Cuánto tiempo llevará procesar una demanda?	
¿Con qué frecuencia se le facturará al empleador?	
¿El agente o corredor estaba informado sobre el seguro para grupos pequeños y pudo responder a mis preguntas?	

### Planilla de cobertura de atención médica

Esta tabla se puede utilizar para comparar las pólizas. Esta comparación no pretende ser un análisis completo de los beneficios del plan. El contrato principal proporciona una descripción detallada de los beneficios de la póliza. Consulte su propia póliza para ver las variaciones y detalles adicionales.

Nombre del plan			
Prima	mensual anual		
Deducible anual	individual familiar		
Límite de gastos de bolsillo anual			
Porcentaje de coseguro			
Atención médica preventiva			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacunas</li> <li>• Exámenes médicos de rutina a adultos</li> <li>• Exámenes a niños sanos</li> <li>• Mamogramas</li> </ul>			
Servicios hospitalarios *			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internación, gastos hospitalarios varios y unidad de cuidados intensivos</li> <li>• Honorarios de centros ambulatorios</li> <li>• Servicios ambulatorios de laboratorio, patología y radiología</li> </ul>			
Servicios de emergencia			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica en sala de emergencias (incluye honorarios médicos y gastos varios)</li> <li>• Honorarios de centros con salas de emergencias</li> <li>• Ambulancia</li> </ul>			
Servicios profesionales			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas médicas en consultorio</li> <li>• Consultas quiroprácticas</li> <li>• Servicios de maternidad</li> <li>• Suministros y equipos médicos perdurables</li> <li>• Terapia del habla, física y ocupacional</li> <li>• Cirugía bucal y arreglos odontológicos (debido a una lesión)</li> </ul>			

\* Algunos servicios pueden requerir una precertificación o aprobación previa. Se pueden aplicar sanciones financieras si no existe una precertificación o aprobación previa apropiada para los servicios recibidos.



Servicios profesionales (continuación)				
• Servicios independientes de radiólogo, patólogo y anestesista				
• Servicios de laboratorio y rayos X				
Atención médica domiciliaria				
• Servicio médico domiciliario				
Servicios de atención médica				
• Reconstrucción mamaria (luego de una mastectomía cubierta)				
• Programas educacionales de auto-administración, suministros y equipos para diabéticos				
• Trastornos de la articulación temporomandibular (ATM)				
• Atención de enfermería especializada				
Transplantes (puede requerirse aprobación previa)				
• Corazón				
• Cardiopulmonar				
• Córnea				
• Médula ósea				
• Hepático				
• Páncreas				
• Renal				
Alcoholismo, abuso de drogas y trastornos mentales o nerviosos				
• Internado				
• Ambulatorio				
• De transición				
Cobertura de drogas recetadas				
Cobertura fuera de área				
<u>Beneficios adicionales</u>				
• Atención odontológica preventiva				
• Exámenes de la vista				
• Exámenes de la audición				
• Otro				
Exclusiones**				

\*\* La sección de exclusiones enumera los servicios, tratamientos, equipos o suministros excluidos (que no se paga ningún beneficio del plan) o que tienen algunas limitaciones sobre el beneficio brindado. Algunas de las exclusiones enumeradas pueden ser necesarias médicamente, pero de todas maneras no están cubiertas por el plan, mientras que otras pueden ser ejemplos de servicios que no son necesarios médicamente o que no son de naturaleza médica, como lo determina el plan.