

## ***Programa Médico Mini-Med***



### ***Plan complementario de Indemnización Hospitalaria***

#### **El Program Cubre**

Hospital  
Visitas de Chequeo  
Cirugía  
Tarjetas de Descuento Rx

Visitas al Doctor  
Cobertura por Accidentes  
Servicios de Visión  
Servicios Dentales

Sala de Emergencia  
Cuidados Intensivos  
Servicios de Oído  
Ambulancia

Pagos mensuales de \$177.50 (Cobertura Individual) hasta \$283.50 (Cobertura por Familia)

Por favor visite **[www.carealternative.com](http://www.carealternative.com)** para más información sobre este económico programa que se ajusta a las necesidades de su familia y su presupuesto.

## Servicios Cubiertos

Ver Itinerario detallado de Beneficios en [www.confraternidad.carealternative.com](http://www.confraternidad.carealternative.com)

<p><b>VISITA A LA OFICINA DEL MÉDICO O A LA SALA DE EMERGENCIA POR ENFERMEDAD</b></p> <p>El cuidado del proveedor Primario, el Especialista, o con el Quiropráctico, cubre cualquier visita a la Sala de Emergencia como resultado de una enfermedad por un Máximo de <b>6 visitas</b> por año certificado por persona cubierta.</p>	<p><b>ESTADIA DIARIA EN EL HOSPITAL</b></p> <p><b>30</b> días por estadía (basado en la selección del plan) debido a la cobertura por accidente o enfermedad. Debe ser admitido como un paciente interno.</p> <p><b>Problemas Mentales o abuso de Substancias</b> limitada a <b>30</b> días por año certificado</p>
<p><b>DIAGNÓSTICO de LABORATORIO &amp; RAYOS X PARA PACIENTES EXTERNOS</b></p> <p>Por persona cubierta, por periodo anual, no se requiere estadía hospitalaria, exámenes de laboratorio de (glucosa, urinálisis, CBC, o de sangre), Rayos X (pecho, huesos quebrados). Estudios Avanzados (CT SCAN, MRI)</p>	<p><b>ESTADIA POR CUIDADOS INTENSIVOS</b></p> <p>Hasta <b>30</b> días por Estadía si usted está confinado en cuidados intensivos de un hospital o en una unidad de cuidados críticos como resultado de la cobertura por accidente o enfermedad</p>
<p><b>BENEFICIOS DE BUENA SALUD</b></p> <p>Exámenes rutinarios, tratamiento médico, inyecciones, mamogramas, cuidado de niño alentados, pruebas de cancer y PSA</p>	<p><b>ITINERARIO DE CIRUGIA</b></p> <p>El máximo de beneficios pagados a los pacientes externos son pagados de acuerdo al itinerario de pagos, Ver Itinerario de Pacientes Internos o el horario de operaciones</p>
<p><b>COBERTURA POR ACCIDENTE</b></p> <p>Los cargos deben ser incurridos dentro de los noventa (<b>90</b>) días de la fecha de la herida por accidente. Cubre: tratamiento médico, dental o tratamiento quirúrgico o suministros. No-Ocupacional Solamente</p>	<p><b>AMBULANCIA</b></p> <p><b>BENEFICIO DE ANESTESIA</b></p> <p><b>EL 25%</b> de la Cantidad pagada bajo el beneficio quirúrgico</p> <p><b>PAQUETE DE AHORROS Y DESCUENTOS</b> (Acceso a la Red de Programas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Programa de Servicios Dentales</li> <li>-Programa de servicios de Vision</li> <li>- Programa de Tarjetas para Drogas</li> <li>- Programa de Servicios de oído</li> </ul>

## ***Costos del Programa***

### ***Costos del Programa Mini Med***

Individuos	<b>\$177.50</b>
Esposo - Esposa	<b>225.50</b>
Padre Soltero + Hijo(s)	<b>231.50</b>
Familia	<b>283.50</b>

