

**Questions ????**  
**Discovery Benefit Solutions**  
**1-888-490-7530**  
**Alejandra Moises, ext 112**  
**Alejandram@discoverybenefitsolutions.com**

Benefit Year 2014 ~ 2015

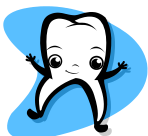
**Welcome** you are now eligible to enroll on our group medical insurance plan, by satisfying 2 months of full time employment. Below is a brief highlight of the medical plans we offer. The network for all plans will be BCBS-Blue Cross Blue Shield. **THERE IS NO COVERAGE IF YOU SEE A DOCTOR OR HOSPITAL OUTSIDE OF THE BLUE CROSS-BLUE SHIELD NETWORK, EXCEPT FOR EMERGENCY.** To locate a provider, please visit the website at: [www.BCBS.com](http://www.BCBS.com)

We offer dental and vision as a part of the medical plan. That means you cannot enroll in dental & vision only. All products must be purchased together at the cost below.

Please refer to Risk Management Strategies website: [www.rmstrategy.com](http://www.rmstrategy.com) for Plan Documents and Summaries of Benefits and Coverage for all three plans.


Plan Highlights You Pay . . .	GOLD PLAN	SILVER PLAN	BRONZE PLAN
Calendar Year Deductible	NONE	\$1000 Single /\$2,000 Family	\$2,000 Single/ \$4,000 Family
Hospitalization	20%	30% after deductible	40% after deductible
Office Visit	\$20 co-pay	\$30 co-pay	\$30 co-pay for 5 visits—then 40% after deductible
Annual Physicals	No copay	No copay	No copay
Prescription Drugs	\$10 Generic \$40 Brand \$100 Non Formulary	\$10 Generic \$40 Brand \$100 Non Formulary	Generic- \$10 co-pay Brand –60% after \$250 deductible
Rx Mail Order	2 copays for a 90 day supply	2 copays for a 90 day supply	2 copays for a 90 day supply
Urgent Care	\$25 co-pay	\$50 co-pay	40% after deductible
Emergency Room	\$500 copay (waived if you are admitted)	30% after deductible	40% after deductible
Durable Medical Equip	20%	30%	40%
Disposable Medical Supplies (diapers, catheters, tubes, etc).	20% up to \$2,000 max per yr	30% up to \$2,000 max per yr	40% up to \$2,000 max per yr
Dental & Vision Included	See SBC for benefit details	See SBC for benefit details	See SBC for benefit details

Should you decide not to enroll, please complete the bottom portion of the application "Waiver of Coverage" and return to Risk Management Strategies, Inc.



Your COST per month	GOLD with dental & vision	SILVER with dental & vision	BRONZE with dental & vision
EMPLOYEE	\$705.55	\$396.90	\$150.80
EMPLOYEE + SPOUSE	\$1,797.35	\$1,195.00	\$504.90
EMPLOYEE + CHILDREN	\$2,479.00	\$1,997.50	\$1,250.50
EMPLOYEE + FAMILY	\$3,150.00	\$2,796.00	\$1,789.00





**Preguntas????**  
**Discovery Benefit Solutions**  
**1-888-490-7530**  
**Alejandra Moises, ext 112**  
**Alejandram@discoverybenefitsolutions.com**

Año de beneficio 2014~2015

**Bienvenido** usted es elegible para inscribirse en nuestro plan medico, porque ha trabajado mas de 2 meses en tiempo completo. Abajo se encuentra un breve resumen de los planes médicos que ofrecemos. La red de proveedores que utilizamos es la de BCBS-Blue Cross Blue Shield. **NO HAY COBERTURA SI VEZ A UN DOCTOR O HOSPITAL FUERA DE LA RED DE BLUE CROSS-BLUE SHIELD, EXCEPTO EN EMERGENCIAS.**

Para localizar un proveedor, por favor visite el sitio Web: [www.BCBS.com](http://www.BCBS.com)

Ofrecemos dental y visión como parte del plan médico. Esto significa que usted no puede inscribirse en dental y visión solamente. El costo de los planes se encuentran abajo.

Para mas detalles ingrese a [www.rmstrategy.com](http://www.rmstrategy.com) y encontrara los Documentos del Plan y el Sumario de Beneficios de los 3 planes.

Resumen Usted paga . . .	PLAN GOLD	PLAN SILVER	PLAN BRONZE
Deducible por año de calendario	NINGUNO	\$1000 Individual /\$2,000 Familia	\$2,000 Individual/ \$4,000 Familia
Hospitalización	20%	30% después de deducible	40% después de deducible
Consultas	\$20 co-pago	\$30 co-pago	\$30 co-pago por las primeras 5 visitas—después 40% y deducible aplica
Examen Físico	No co-pago	No co-pago	No co-pago
Recetas	\$10 Genérico \$40 Marca \$100 No Formulario	\$10 Genérico \$40 Marca \$100 No Formulario	Genérico- \$10 co-pago Marca-60% después de \$250 deducible
Recetas por Correo	2 co-pagos por surtido de 90 días	2 co-pagos por surtido de 90 días	2 co-pagos por surtido de 90 días
Sala de Urgencias	\$25 co-pago	\$50 co-pago	40% después de deducible
Cuarto de Emergencia	\$500 co-pago (no aplica si es internado)	30% después de deducible	40% después de deducible
Equipo de Medico Durable	20%	30%	40%
Equipo Medico Desechable (pañales, catéter, tubos, etc).	20% hasta \$2,000 máx por año.	30% hasta \$2,000 máx por año.	40% hasta \$2,000 máx por año.
Dental & Visión Incluido	Favor de ver SBC para mas detalles	Favor de ver SBC para mas detalles	Favor de ver SBC para mas detalles

Si decide no inscribirse en el plan, favor de llenar la seccion "Rechazo de Cobertura" que se encuentra en la parte baja de Forma de Inscripción y regresarla a Risk Management Strategies.



Su COSTO por mes	GOLD con dental & visión	SILVER con dental & visión	BRONZE con dental & visión
EMPLEADO	\$705.55	\$396.90	\$150.80
EMPLEADO+ ESPOSO(A)	\$1,797.35	\$1,195.00	\$504.90
EMPLEADO+ HIJO(S)	\$2,479.00	\$1,997.50	\$1,250.50
EMPLEADO+ FAMILIA	\$3,150.00	\$2,796.00	\$1,789.00

