



Distinct Advantage Plan 1

	Plan Provider Benefits	Non-Plan Provider Benefits
Lifetime Maximum	\$2,000,000 of EME*	
Calendar Year Deductible (CYD) <i>combined Plan and Non-Plan Provider</i>	\$1,000 per Insured/\$2,000 per Family	
Annual Coinsurance Maximum (after CYD) <i>separate Plan and Non-Plan Provider</i>	\$1,000 of EME per Insured \$2,000 of EME per Family	\$2,000 of EME per Insured \$4,000 of EME per Family
Covered Services	Insured Pays	Insured Pays
Physician Services		
Office Visit	\$35 per visit	After CYD, Insured pays 50% of EME plus all charges in excess of EME
Consultation	\$35 per visit	
Hospital Services		
Inpatient	After CYD, Insured pays 20% of EME	
Outpatient		
Physician Surgical Services		
Inpatient Facility	\$35 per visit	
Outpatient Facility		
Anesthesia		
Physician's Office (in addition to office visit Copayment and/or Coinsurance)		
Emergency Services		
Urgent Care Facility	\$50 per visit	
Emergency Room Facility	After CYD, Insured pays 20% of EME	
Emergency Room Physician		
Ground Ambulance		
Diagnostic Services		
Routine Laboratory		
Routine X-ray		

This plan does not include maternity coverage.

*EME (Eligible Medical Expenses) means the maximum amount the Plan will pay for a Covered Service in accordance with the Plan Reimbursement Schedule. The Plan Provider and Non-Plan Provider Annual Coinsurance Maximums are separate and do not accumulate to one another. Non-Plan Provider charges in excess of EME may be substantial and do not accrue toward the Annual Coinsurance Maximum. This Plan includes additional benefits, exclusions and limitations which are shown in the SHL Agreement of Coverage, Attachment A Benefit Schedule, Form No. SHL-IndDAP-masBS-2007, any other applicable Riders and the Disclosure Summary. Copies of these documents are available upon request. Plan documents govern in resolving any benefit questions or payments.

Distinct Advantage Plan 1



	Proveedor de servicios del Plan Beneficios	Proveedor no Perteneiente al Plan Beneficios
Máximo de por Vida	\$2,000,000 del EME*	
Deducible por Año Calendario (CYD)	\$1,000 por Asegurado/\$2,000 por Familia	
<i>Plan combinado y Proveedor no perteneciente al plan</i>		
Coaseguro anual máximo (después del CYD)	\$1,000 del EME por Asegurado	\$2,000 del EME por Asegurado
<i>Plan separado y Proveedor no perteneciente al plan</i>	\$2,000 del EME por Familia	\$4,000 del EME por Familia

Servicios Cubiertos **El Asegurado Paga**

Servicios Médicos

- Visita a consultorio
- Consulta

\$35 por visita
\$35 por visita

Después del CYD, el Asegurado paga el 50% del EME, más todos los cargos que sobrepasen al EME

Servicios Hospitalarios

- Con Internación
- Ambulatorios

Después del CYD, el Asegurado paga el 20% del EME

Servicios Médicos Quirúrgicos

- Hospital con Internación
- Centro Ambulatorio
- Anestesia
- Consultorio Médico (además del copago de la visita en consultorio y/o el co-seguro)

\$35 por visita

Servicios de Emergencia

- Instalación de Atención Urgente
- Sala de Emergencias
- Servicios Médicos
- Ambulancia Terrestre

\$50 por visita
Después del CYD, el Asegurado paga el 20% del EME

Servicios de Diagnóstico

- Análisis de Laboratorio de Rutina
- Radiografías de Rutina

Este plan no incluye cobertura de maternidad.

*EME (Gasto Médico Elegible) significa el monto máximo que el Plan pagará por un Servicio Cubierto de acuerdo con la Lista de Reembolsos del Plan. Los Máximos de coaseguro anuales de Proveedor perteneciente al Plan y Proveedor no perteneciente al Plan son separados y no son acumulables entre sí. Los cargos de un Proveedor no perteneciente al Plan que sobrepasen al EME pueden ser sustanciales y no son acumulables para el máximo de coaseguro anual. Este plan incluye beneficios adicionales, exclusiones y limitaciones contenidas en el Acuerdo de Cobertura de SHL, Lista de Beneficios Anexo A, Formulario No. SHL-IndDAP-masBS-2007 y otras Cláusulas Adicionales y Resumen de Divulgación correspondientes. Se pueden solicitar copias de estos documentos. Los documentos del Plan serán los que rijan cuando se trate de resolver cualquier pregunta sobre beneficios o pagos.