

Cronograma de beneficios del Plan Médico Básico

BENEFICIO	UHC Choice Plus Solo cobertura dentro de la red
Deducible Anual – Responsabilidad del Participante	\$1,000 Individual / \$3,000 Familia
Gasto Máximo Anual – Responsabilidad del Participante	\$5,600 Individual / \$11,200 Familia
Coseguro – Responsabilidad del Participante	30%
CUIDADOS PREVENTIVOS	
Cuidado preventivo de rutina	El plan paga el 100% El participante paga 0%
Mamografía de rutina	El plan paga el 100% El participante paga 0%
Colonoscopia de rutina	El plan paga el 100% El participante paga 0%
VISITAS AL CONSULTORIO: NO RUTINARIAS	
<i>El participante paga</i>	
Visita de consultorio con médico de atención primaria	Copago de \$25
Visita de consultorio conl especialista	Copago de \$50
Visita de consultorio para salud mental y abuso de sustancias	Copago de \$25
Servicios de Telesalud UMR / Teladoc Incluye cargos por la prestación de consultas médicas y relacionadas con la salud a través de tecnologías de telecomunicaciones seguras, teléfonos e Internet solo cuando son realizadas por proveedores de telesalud médica contratados. Sin cargo por telesalud médica y conductual. Nota: Las visitas de telesalud realizadas por un médico fuera de los Servicios de Conexión de Telesalud están sujetas a los copagos de las visitas al consultorio primario/especializado indicados anteriormente.	Copago de \$0
SERVICIOS AMBULATORIOS¹	
<i>El participante paga</i>	
Cirugía ambulatoria, ^{1, 4}	Deducible y 30%
Audifono El beneficio solo para participantes se limita a \$2,000 por oreja cada 5 años.	Deducible y 30%
Laboratorio LabCorp y Quest Diagnostics Instalaciones ambulatorias para laboratorios significa un laboratorio ambulatorio propiedad de un hospital.	LabCorp / Quest: \$0 Copago, No Deducible Laboratorio para pacientes ambulatorios: deducible y 30%
Radiología, Rayos X, Anestesia, Patología y otros Servicios Auxiliares Tomografía computarizada, PET, resonancias magnéticas, exploraciones nucleares y otros servicios de diagnóstico ¹ Los centros independientes funcionan de forma independiente fuera de los hospitales. Por centro de radiología se entiende un centro de radiología propiedad del sistema hospitalario ambulatorio.	Instalación independiente: copago de \$ 25 Instalación propiedad del sistema hospitalario: deducible y 30%
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla Limitado a una combinación de 60 visitas anuales.	Copago de \$25
Todas las demás terapias: incluye terapia cognitiva y rehabilitación pulmonar Limitado a una combinación de 60 visitas anuales.	Deducible y 30%
Equipos Médicos Duraderos, Ortesis y Prótesis Aparatos ortopédicos para el pie limitados a un máximo anual de \$1,000.	Deducible y 30%

BENEFICIO	UHC Choice Plus Solo cobertura dentro de la red <i>El participante paga</i>
Equipos y suministros para lactancia materna Compra dentro de la red limitada a uno por nacido vivo (único o múltiple) con autorización previa. Incluye suministros relacionados. El alquiler de OON se limita al alquiler de un extractor de leche por parto, según lo ordenado o recetado por los médicos. Incluye suministros relacionados.	Compra SOLAMENTE: El participante paga 0%
Servicios de salud en el hogar/ Hospicio ¹	Deducible y 30%
Salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios: todos los demás servicios ¹	Deducible y 30%
Cuidado quiropráctico - Limitado a 40 visitas anuales Las radiografías realizadas en el consultorio, como parte de la atención quiropráctica, no están sujetas al deducible bajo el beneficio de Chiro, para IN o OON. El coaseguro para dentro de la red es del 0%, sin deducible y fuera de la red es del 50%, sin deducible. No incluye Interpretación. No incluye Imágenes Radiológicas Avanzadas.	Copago de \$10
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS ¹	
<i>El participante paga</i>	
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados ^{1,4}	Deducible y 30%
Centro de Enfermería Especializada para Convalecientes ¹ El cruce máximo agregado de 100 días se acumula entre todos los niveles de beneficios	Deducible y 30%
Atención Residencial de Salud Mental, Abuso y Sustancias ¹	Deducible y 30%
Sala de Observación ¹	Deducible y 30%
Visitas de doctor al hospital y consultas con especialista	Deducible y 30%
Servicios auxiliares para pacientes hospitalizados (Sala de Emergencias, Radiología, Anestesiología, Anatomía Patológica)	Deducible y 30%
ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS ²	
<i>El participante paga</i>	
Sala de urgencias hospitalaria ²	Copago de \$250 y coaseguro del 30%
Centro de Atención de Urgencia ³	Copago de \$75
Servicio de Ambulancia – Terrestre ³	Copago de \$150
Servicio de Ambulancia - Aereo ³	Copago de \$1,000

¹Requiere certificación previa a través de la Compañía Medical Care Management Company.

² En el caso de que un paciente sea admitido a través de la Sala de Emergencias en un proveedor dentro o fuera de la red, se exime del copago de la Sala de Emergencias y se aplica el deducible/coaseguro. Si un paciente en sala de emergencias no es admitido como paciente hospitalizado, pero requiere tratamiento de emergencia, el copago y el coaseguro de la sala de emergencias son la única cantidad que el Plan requiere que el paciente pague por todos los servicios de emergencia prestados en la visita a la sala de emergencias, independientemente de si dichos servicios se facturan por separado o por un proveedor fuera de la red. Por lo general, la atención que no sea de emergencia por parte de un proveedor fuera de la red no está cubierta.

³ En un centro de atención de urgencia dentro de la red o transporte en ambulancia, el copago es la única cantidad que el Plan requiere que el paciente pague por todos los servicios de emergencia prestados en la visita, independientemente de si dichos servicios se facturan por separado o por un proveedor fuera de la red.

⁴Si el paciente puede participar en el programa de Apoyo Ortopédico para la Salud a través de un centro de excelencia, el coaseguro del participante puede disminuir al 10%.

Cronograma de beneficios para medicamentos recetados

Los beneficios del plan para medicamentos recetados cubiertos se enlistan en la siguiente tabla:

CRONOGRAMA DE BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS RECETADOS	Copago MIN/MAX por script		Coseguro del participante
Suministro de hasta 30 días a través de venta al por menor¹ o pedido por correo			
Medicamento genérico	\$10	\$20	10%
Medicamento de marca preferida ²	\$20	\$75	30%
Medicamento de marca no preferida ²	\$30	\$125	40%
Suministros para la diabetes y la insulina (<i>incluidos los monitores continuos de glucosa a corto plazo</i>)	\$10	\$50	10%
Suministro de 90 días a través de Retail¹ o pedido por correo			
Medicamento genérico	\$20	\$40	10%
Medicamento de marca preferida ²	\$40	\$150	30%
Medicamentos de marca no preferida ²	\$60	\$250	40%
Suministros para la diabetes y la insulina	\$20	\$100	10%
Medicamentos de especialidad no selectos			
Medicamento de marca preferida ²	\$40	\$150	35%
Medicamento de marca no preferida ²	\$40	\$250	40%
Medicamentos de especialidad selectos			
<u>Debe</u> inscribirse en el programa SaveonSP, llame al 800.683.1074	\$0 Sin MAX		0% Mínimo del 30% No cuenta para los gastos de bolsillo
Si <u>no</u> está inscrito en el programa SaveonSP			
<i>Ciertos medicamentos especializados se pueden encontrar en la lista de medicamentos especializados de SaveonSP: www.saveonsp.com/carpdc</i>			
Costo Anual Individual	\$3,500 Individual / \$7,000 Familia		

¹**Red de Farmacias Minoristas Restringidas:** Medicamentos para mantenimiento o uso a largo plazo deben surtirse por correo o en una farmacia que participe en nuestra Red de Farmacias Minoristas Restringidas para un suministro de 90 días. Se aplicará el programa de copago de 90 días incluido anterior. Si no se utilizan los pedidos por correo o la Red de Farmacias Minoristas Restringidas, usted pagará el costo total del medicamento. Para obtener una lista de las farmacias participantes en la Red de Farmacias Minoristas Restringidas, inicie sesión o regístrese en **express-scripts.com/90day** o llame a Express Scripts al 866.890.1419.

²**Miembor paga la diferencia:** Cuando surte una receta de marca cuando el equivalente genérico está disponible, paga la diferencia entre el costo de la marca y el costo genérico más el copago genérico. Los medicamentos genéricos son los mismos elementos químicos activos que los medicamentos de marca. Consulte con su médico o farmacéutico acerca de cómo aprovechar los medicamentos genéricos con copagos más bajos. Si no puede tomar el genérico debido a razones clínicas documentadas, envíe una apelación para pagar el copago de la marca, aunque haya un genérico disponible.

Programa de beneficios dentales

Hasta la fecha, el patrocinador de la red contratado por el plan es Delta Dental of Missouri para los servicios dentales cubiertos. Las personas cubiertas tienen acceso a la red PPO de Delta Dental y a la red Premier de Delta Dental. Las Personas Cubiertas son libres de elegir y obtener servicios y suministros cubiertos de los Proveedores de las Redes PPO o Premier o de Proveedores fuera de la Red. El Plan permite mayores beneficios para los Proveedores de la Red PPO que para los Proveedores de la Red Premier.

Los proveedores dentales dentro de la red se nombran y actualizan en el sitio web de Delta Dental en www.deltadentalmo.com/members/login.

Deducibles, coaseguro y límites máximos de beneficios

LIMITACIÓN	RED PPO	RED PREMIER
Servicios Preventivos con Deducible Anual	El participante paga \$0	El participante paga \$50
Servicios Preventivos	El participante paga 0% El plan paga el 100%	El participante paga deducible y el 25% El plan paga el 75%
Servicios Básicos	No cubierto	No cubierto
Servicios Principales	No cubierto	No cubierto
Servicios de Ortodoncia	No cubierto	No cubierto
Beneficio Máximo Anual, excluyendo Ortodoncia	No cubierto	No cubierto
Beneficio máximo de por vida, solo ortodoncia	No cubierto	No cubierto

CLASIFICACIÓN Y LIMITACIÓN DE LOS SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS

SERVICIOS PREVENTIVOS

Servicios de Diagnóstico y Prevención	Servicios y procedimientos utilizados para evaluar las condiciones existentes y/o para prevenir la aparición de anomalías o enfermedades dentales. Incluye examen oral, profilaxis (limpiezas) y aplicaciones tópicas de fluoruro. - Exámenes orales y profilaxis (limpiezas) realizados dos veces en un año calendario; si es médicamente necesario, la profilaxis pueden cubrirse hasta cuatro veces por año calendario. - Los tratamientos con fluoruro se realizan dos veces en un año calendario para pacientes hasta 19 años de edad. - Biopsia por cepillado para detectar cáncer oral.
Tratamiento paliativo de emergencia	Tratamiento inespecífico que se utiliza de urgencia para aliviar temporalmente el dolor.

CLASIFICACIÓN Y LIMITACIÓN DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS

Radiografías	Radiografías según sea necesario o junto con el diagnóstico de una afección específica. • Radiografías de aleta de mordida realizadas dos veces en un año calendario. • Radiografías de boca completa (que incluyen radiografías de aleta de mordida) realizadas una vez cada tres años.
Programa Sonrisas Saludables, Vidas Saludables	Dos limpiezas adicionales por año calendario para personas con enfermedad periodontal documentada, diabéticos con enfermedad periodontal, mujeres embarazadas con enfermedad periodontal, personas con ciertas condiciones médicas de alto riesgo como insuficiencia renal, receptores de trasplantes de órganos o médula ósea, personas que reciben diálisis, quimioterapia, radioterapia, personas que son VIH positivos o están en riesgo de endocarditis infecciosa. Para las personas mayores de 19 años que reciben radiación en la cabeza y el cuello, las aplicaciones de fluoruro se cubren dos veces por año calendario.

Consulte el Documento del Plan de Salud para obtener información detallada.

Programa de beneficios de la vista

La Red del Plan para el Beneficio de la Vista es la Red del Plan de Vision Service Plan (conocido como VSP). Las personas cubiertas deben obtener servicios y suministros cubiertos de los proveedores dentro de la red. Los proveedores de servicios de la vista dentro de la red se nombran y actualizan en el sitio web de VSP en www.vsp.com.

Con el Plan Básico, las Personas Cubiertas solo tienen **acceso a los descuentos de VSP**. El Plan no cubre ningún servicio con copago o coseguro.

Beneficios por discapacidad a corto plazo

El Plan proporciona un beneficio auxiliar para ayudar a los Miembros que no pueden trabajar durante períodos de incapacidad temporal. Un Miembro en la Clasificación Activa que queda temporalmente Discapacitado debido a un accidente o Enfermedad no laboral que ocurre mientras es elegible para los beneficios médicos en el Plan puede ser elegible para recibir beneficios por discapacidad a corto plazo. Los miembros *excluidos* de la cobertura por discapacidad a corto plazo incluyen participantes cubiertos por el grupo de empleados de oficina no negociados y participantes con cobertura de COBRA.

Tanto el participante como el médico deben completar este formulario para que el miembro sea considerado para los beneficios semanales debido a un accidente/enfermedad no relacionado con el trabajo. El participante debe estar bajo el cuidado directo de un médico que certifique que el miembro está discapacitado y establezca una fecha prevista de regreso al trabajo.

BENEFICIO	CANTIDAD <i>Plan Paga</i>
Discapacidad a corto plazo (indemnización semanal)	\$550 por semana

Consulte el Documento del Plan de Salud para obtener información detallada.

Beneficios de incapacidad por maternidad

El Plan proporciona un beneficio de incapacidad por maternidad para las empleadas participantes que trabajan activamente, excepto para las empleadas internas y de oficina no negociadas. Las empleadas embarazadas participantes son elegibles para recibir pagos semanales por hasta 26 semanas, según lo certifique su médico. Los beneficios pueden comenzar hasta 13 semanas antes del parto esperado y continuar 13 semanas después del parto, excepto en casos de parto prematuro.

Para recibir beneficios, la participante y su médico deben presentar formularios de solicitud completos antes de que comience la incapacidad.

Los beneficios de incapacidad por maternidad reemplazan los beneficios por discapacidad a corto plazo para el mismo embarazo.

BENEFICIO	CANTIDAD <i>Plan Paga</i>
Incapacidad por maternidad (indemnización semanal)	\$800 por semana

Consulte el Documento del plan de salud para obtener información detallada.

Beneficios del seguro de vida – Efectivo a partir del 1 de agosto, 2025

El plan proporciona beneficios de vida y muerte accidental y desmembramiento (conocida como AD&D en inglés) bajo pólizas aseguradas por una compañía de seguros comercial. Un Miembro es elegible para el seguro de vida y los beneficios de AD&D siempre y cuando el Miembro sea elegible para los beneficios médicos bajo el Plan, *excepto para* los participantes cubiertos por el grupo de empleados de oficina no negociados y los participantes con cobertura de COBRA.

BENEFICIO	CANTIDAD <i>Plan Paga efectivo 8/1/25</i>
Seguro de Vida del Participante Activo	\$50,000
Seguro de Vida del Participante Jubilado antes de 65 años	\$25,000
Seguro de Vida de Dependiente elegible	\$2,500
Beneficio por fallecimiento de AD&D (solo para miembros) • Vida • Una mano, un pie o la vista de un ojo • Ambas manos, ambos pies, visión de ambos ojos o cualquier combinación de dos o más de las pérdidas anteriores	Hasta \$50,000 100% 50% 100%

Consulte el Documento del Plan de Salud para obtener información detallada.