

Cronograma de beneficios Médicos Premium

*OON significa fuera de la Red **INN significa dentro de la Red

BENEFICIO	UHC Choice Plus Dentro de la Red	Proveedores fuera de la Red Solo plan premium
Deducible anual - Responsabilidad del participante	\$300 Individual/\$900 Familia	\$2,000 Individual/\$6,000 Familia
Gasto máximo anual - Responsabilidad del participante	\$2,800 Individual/\$8,400 Familia	\$90,000 Individual/Familia ilimitada
Coseguro – Responsabilidad del participante	20%	50%
CUIDADO PREVENTIVO		
Atención preventiva de rutina	Plan Paga 100% Participante 0%	Plan Paga 50% Participante OON* Deducible y 50% de coseguro
Mamografía de rutina	Plan Paga 100% Participante 0%	Plan Paga 50% Participante Paga OON* Deducible y 50% de coseguro
Colonoscopia de rutina	Plan Paga 100% Participante 0%	Plan Paga 50% Participante Paga OON* Deducible y 50% de coseguro
VISITAS DE CONSULTORIO - NO RUTINARIAS <i>Participante Paga</i>		
Visita de consultorio con médico de atención primaria	Copago de \$25	Deducible OON* y 50%
Visita de consultorio con especialista	Copago de \$50	Deducible OON* y 50%
Visita de oficina para Salud Mental y Abuso de Sustancias	Copago de \$25	Deducible OON* y 50%
Servicios de telesalud UMR / Teladoc Incluye cargos por la entrega de consultas médicas al igual de consultas relacionadas con la salud a través de tecnologías de telecomunicaciones seguras, teléfonos e Internet solo cuando las brindan 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 visitas primarias/especializadas indicados anteriormente.	Copago de \$0	No cubierto
SERVICIO AMBULATORIO¹ <i>Participante Paga</i>		
Cirugía ambulatoria ^{1, 4}	Deducible INN** & 20%	Deducible OON* y 50%
Audífono El beneficio exclusivo para participantes está limitado a \$2,000 por oído cada 5 años.	Deducible INN** & 20%	Igual que dentro de la red
Laboratorio Lab Corp y Quest Diagnostics Instalaciones ambulatorias para laboratorios significa un laboratorio propiedad de un hospital para pacientes ambulatorios.	Lab Corp / Quest: \$0 Copay, No Deducible Laboratorio ambulatorio: deducible INN** y 20%	Deducible OON* y 50%
Radiología, rayos X, anestesia, patología y otros servicios auxiliares Tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, resonancias magnéticas, exploraciones nucleares y otros servicios de diagnóstico ¹ Los centros independientes operan de forma independiente fuera de los hospitales. Instalación de radiología significa un centro de radiología propiedad del sistema hospitalario para pacientes ambulatorios.	Instalación independiente: \$25 de copago Instalación propiedad del sistema hospitalario: deducible INN** y 20%	Deducible OON* y 50%
Terapia física, del habla y ocupacional Limitado a una combinación de 60 visitas al año.	Copago de \$25	Deducible OON* y 50%
Todas otras terapias: incluye terapia cognitiva y rehabilitación pulmonar Limitado a una combinación de 60 visitas al año.	Deducible INN** & 20%	Deducible OON* y 50%
Equipos médicos, ortopédicos y protésicos duraderos ¹ Las plantillas ortopédicas están limitadas a un máximo anual de \$1,000.	Deducible INN** & 20%	Deducible OON* y 50%

BENEFICIO	UHC Choice Plus dentro de la red	Proveedores fuera de la Red
	Participante Paga	
Equipos y suministros para la lactancia materna La compra dentro de la red está limitada a una por nacimiento vivo (único o múltiple) con autorización previa. Incluye suministros relacionados. OON* Renta limitado al alquiler de un extractor de leche por nacimiento según lo ordenado o recetado por los médicos. Incluye suministros relacionados.	Compra SOLAMENTE: El participante paga 0%	Alquiler SOLAMENTE: El participante paga 0%
Servicios de salud en el hogar / Hospicio ¹	Deducible INN** & 20%	Deducible OON* y 50%
Salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios: todos los demás servicios ¹	Deducible INN** & 20%	Deducible OON* y 50%
Atención quiropráctica: limitada a 40 visitas al año Las radiografías realizadas en el consultorio, como parte de la atención quiropráctica, no están sujetas al deducible bajo el beneficio de Chiro, para INN** u OON*. El coseguro 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	Sin deducible, 50% de coseguro
SERVICES1 PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Participante Paga		
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados ^{1, 4}	Deducible INN** & 20%	Deducible OON* y 50%
Centro de enfermería especializada para convalecientes ¹ Acumulaciones cruzadas máximas agregadas de 100 días entre todos los niveles de beneficios	Deducible INN** & 20%	Deducible OON* y 50%
Atención residencial de salud mental sustancias y abuso ¹	Deducible INN** & 20%	Deducible OON* y 50%
Sala de observación ¹	Deducible INN** & 20%	Deducible OON* y 50%
Visitas de doctor al hospital y consultas especialistas	Deducible INN** & 20%	Deducible OON* y 50%
Servicios auxiliares para pacientes hospitalizados (Sala de emergencias, radiología, anestesiología, patología)	Deducible INN** & 20%	Deducible OON* y 50%
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y URGENCIA ²		
Participante Paga		
Sala de Emergencias En Hospital ²	Copago de \$250 y coseguro del 20%	Igual que dentro de la red
Centro de atención de urgencia ³	Copago de \$75	Deducible OON* y 50%
Servicio de ambulancia - Terrestre	Copago de \$150	Igual que dentro de la red
Servicio de ambulancia - Aéreo	Copago de \$1,000	Igual que dentro de la red

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

²En caso de que un paciente sea admitido a través de la sala de emergencias, no se aplica el copago de la sala de emergencias y se aplica el deducible/coseguro. Si un paciente de la sala de emergencias no es admitido como paciente hospitalizado, el copago y el coseguro de la sala de emergencias son el único monto que el Plan requiere que el paciente pague por todos los servicios de emergencia proporcionados 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.

³En un centro de atención de urgencia dentro de la red, el copago es el único monto que el plan requiere que el paciente pague por todos los servicios de emergencia proporcionados 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 de salud ortopédica a través de un centro de excelencia, el coseguro del participante puede disminuir al 10%.

Cronograma de beneficios de medicamentos recetados

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

CRONOGRAMA DE BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS RECETADOS	Copago MIN / MAX por receta		Coseguro del participante
Suministro de hasta 30 días a través de venta al por menor¹ o pedidos por correo			
Medicamentos genéricos	\$10	\$20	10%
Medicamento de marca preferida ²	\$20	\$75	30%
Medicamento de marca no preferido 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 para 90 días a través de venta al por menor¹ o pedido por correo			
Medicamentos genéricos	\$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 especializados no seleccionados			
Medicamento de marca preferida ²	\$40	\$150	35%
Medicamento de marca no preferido ²	\$40	\$250	40%
Seleccionar medicamentos especializados Debe inscribirse en el programa SaveonSP, llame al 800.683.1074 Si <u>no está</u> inscrito en el programa SaveonSP <i>Los medicamentos especializados seleccionados se pueden encontrar en la lista de medicamentos especializados de SaveonSP:</i> www.saveonsp.com/carpdc	\$0 Sin MAX		0% 30% Mínimo <i>No cuenta hacia gastos de bolsillo</i>
Costo anual individual	\$3,500		
Costo anual familiar	\$7,000		

¹**Red de farmacias minoristas restringidas:** los medicamentos para mantenimiento o uso a largo plazo deben surtir por correo o en una farmacia que participe en nuestra red de farmacias minoristas restringidas para un suministro de 90 días. Se aplicará el copago de 90 días demostrado arriba. Si no se utiliza el pedido por correo o la Red de Farmacias Minoristas Restringidas, usted pagará el costo total del medicamento. Para obtener una lista de 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**El miembro 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 sobre 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.

Cronograma de beneficios dentales del plan premium

La red contratada por el plan hasta la fecha 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 Proveedores en 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 o Proveedores fuera de la Red.

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

Deducibles, coseguros y límites máximos de beneficios

LIMITACIÓN	RED PPO <i>Participante Paga</i>	RED PREMIER <i>Participante Paga</i>	SIN RED1 <i>Participante Paga</i>
Servicios preventivos con deducible anual	\$0	\$50	\$150
Deducible anual Todos los demás servicios, acumulables	\$50	\$75	\$150
Servicios preventivos	0% de coseguro	Deducible y 25%	Deducible y 50%
Servicios básicos	Deducible y 20%	Deducible y 50%	Deducible y 75%
Servicios principales	Deducible y 50%	Deducible y 60%	Deducible y 75%
Servicios de ortodoncia	Deducible y 50%	Deducible y 50%	Deducible y 50%
Beneficio máximo anual, excluyendo ortodoncia*	Ventaja máxima** más \$2,000	Ventaja máxima** más \$2,000	Ventaja máxima** más \$2,000
Beneficio máximo de por vida, solo ortodoncia	\$4,000	\$4,000	\$4,000

¹Cuando se utiliza un proveedor fuera de la red, se aplica la asignación según la industria conocida como usual y de costumbre al reclamo. La diferencia entre lo que factura el dentista con lo permitido según lo usual y de costumbre es responsabilidad del participante.

*Por persona cubierta, mayor de 19 años. El beneficio máximo para los servicios básicos y mayores no se aplica a los niños menores de 18 años.

**Consulte la Sección IV, C, 3 del Documento del Plan con respecto a la definición e información detallada sobre Max Advantage.

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, las profilaxis se pueden cubrir hasta cuatro veces por año calendario. - Los tratamientos con fluoruro se realizan dos veces en un año calendario para pacientes hasta 19 años. - Biopsia por cepillado para detectar cáncer oral.

CLASIFICACIÓN Y LIMITACIÓN DE SERVICIOS CUBIERTOS	
SERVICIOS PREVENTIVOS cont.	
Tratamiento paliativo de emergencia	Tratamiento inespecífico utilizado de emergencia para aliviar temporalmente el dolor.
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 afecciones 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 positivas o están en riesgo de endocarditis infecciosa. Para las personas de 19 años o más que se someten a radiación en la cabeza y el cuello, las aplicaciones de fluoruro están cubiertas dos veces por año calendario.
BENEFICIOS BÁSICOS	
Selladores	Se aplica a la superficie oclusal de los molares que están libres de caries y restauraciones, una vez por diente y de por vida. • Los beneficios se pagan solo por el primer y segundo molar permanente hasta los 19 años.
Servicios de cirugía oral	Extracciones y otros procedimientos quirúrgicos dentales; Incluye cuidados preoperatorios y postoperatorios.
Servicios de endodoncia	Procedimientos utilizados para el tratamiento de dientes con nervios enfermos o dañados (endodoncias).
Servicios de periodoncia	Procedimientos utilizados para el tratamiento de enfermedades de las encías y estructuras de soporte de los dientes, incluida la enfermedad de las encías. Esto incluye el mantenimiento periodontal después de la terapia activa (profilaxis periodontal).
Servicios de restauración para menores	Servicios utilizados para reconstruir, reparar o reformar los tejidos de los dientes; incluye amalgamas, restauraciones (reparación de coronas o incrustaciones), restauraciones de resina y rebases y reparaciones de aparatos protésicos (puentes y dentaduras postizas).
PRINCIPALES BENEFICIOS	
Servicios de Prostodoncia	Servicios y aparatos que reemplazan los dientes naturales perdidos; Incluye puentes fijos, dentaduras postizas parciales, dentaduras postizas completas e implantes en el tratamiento alternativo permitido.
Principales servicios de restauración	Los servicios utilizados para reconstruir, reparar o reformar los tejidos de los dientes cuando los dientes no se pueden restaurar con otro material de relleno, incluyen el reemplazo de la restauración de yeso (coronas) y las chaquetas.
BENEFICIOS DE LA ORTODONCIA	
Servicios de ortodoncia	Servicios, tratamientos y procedimientos necesarios para la corrección de dientes malpuestos.

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

Cronograma de beneficios para la vista

La Red del Plan para el Beneficios de Visión es la Red Vision Service Plan (conocida como VSP). Las personas cubiertas son libres a elegir y obtener servicios y suministros cubiertos de proveedores dentro de la red o de proveedores fuera de la red. En general, los beneficios del Plan son más altos para los proveedores dentro de la red que para los proveedores fuera 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.

SERVICIO O SUMINISTRO DE VISIÓN	Frecuencia	Descripción	Proveedor de VSP* <i>Participante Paga</i>	Beneficio máximo del proveedor que no es de VSP*
Examen ocular de rutina	<i>Cada año calendario</i>	Se centra en el bienestar general de los ojos	Copago de \$10	\$10 Copago \$45 Máximo Reembolsable del Plan
Detección Retinal	<i>Cada año calendario</i>	Prueba de signos potenciales de enfermedad ocular	Hasta \$39	No cubierto
Atención medica ocular esencial	<i>Disponible según sea necesario</i>	Imágenes de la retina para la diabetes; Exámenes y servicios adicionales más allá de la atención rutinaria	Plan paga 100% Coordinación con plan Medica pueda aplicar \$20 por examen	No cubierto
GAFAS GRADUADAS				
Marcos	<i>Cada dos años</i>	Incluido en las gafas graduadas	\$25 Copago de Materiales Plan paga asignación de \$220 para armazones de marcas destacadas. El Plan paga una asignación de \$200 para armazones genéricos. el Participante paga 20% después del Plan	\$25 Copago para armazones/lentes \$70 Máximo Reembolsable del Plan
Lentes	<i>Cada año calendario</i>	Visión única	\$25 Copago de Materiales Plan paga 100%	\$25 Copago para armazones/lentes \$30 Máximo Reembolsable del Plan
		Bifocal rayado	\$25 Copago de Materiales Plan paga 100%	\$25 Copago para armazones/lentes \$50 Máximo Reembolsable del Plan
		Trifocal rayado	\$25 Copago de Materiales Plan paga 100%	\$25 Copago para armazones/lentes \$65 Máximo Reembolsable del Plan
		Lenticular	\$25 Copago de Materiales Plan paga 100%	\$25 Copago para armazones/lentes \$100 Máximo Reembolsable del Plan
Mejoras de lentes	<i>Cada año calendario</i>	Progresivo estándar	Plan paga 100%	\$25 Copago para armazones/lentes \$50 Máximo Reembolsable del Plan
		Progresivo premium	Participante paga \$95 - \$105 el plan ofrece un descuento promedio del 30%	\$25 Copago para armazones/lentes \$50 Máximo Reembolsable del Plan
		Progresivo personalizado	Participante paga \$150 - \$175 el Plan ofrece un descuento promedio del 30%	\$210 Máximo Reembolsable del Plan

Lentes de contacto (en lugar de gafas)	<i>Cada año calendario</i>	Medicamento necesario; autorización previa	\$25 Copago	\$210 Máximo Reembolsable del Plan
Lentes de contacto (en lugar de gafas)	<i>Cada año calendario</i>	Electivo	Plan Paga una asignación de \$150 Participante paga balance \$40 Copago para lentes de contacto	\$105 Máximo Reembolsable del Plan
PROTEC SAFETY® (Cobertura solo para participantes activos) solo con proveedor de VSP				
Marcos	<i>Cada año calendario</i>	Colección de gafas® ProTec de doctor VSP Certificado según las directrices ANSI para la protección contra impactos	\$25 Copago el Plan cubre la colección de Protec; asignación del Plan de \$65 para armazón de seguridad fuera de Protec. Participante paga balance	No cubierto
Lentes	<i>Cada año calendario</i>	Visión única Bifocal rayado Trifocal rayado Certificado según las directrices ANSI	Incluido con marcos	No cubierto

*Los servicios y suministros enumerados en el cronograma de la vista están cubiertos solo si los realiza un licenciado optometrista, oftalmólogo u óptico dispensador autorizado. Los exámenes de la vista cubiertos incluyen una evaluación de la función visual y lentes correctivos recetados, si es necesario.

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 Plan Paga
Discapacidad a corto plazo (indemnización semanal)	\$550 por semana

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

Beneficios de licencia de 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>
Incapacidadpor maternidad (indemnización semanal)	\$800 por semana

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

Beneficios del seguro de vida

El Plan proporciona beneficios de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) 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 que sea elegible para los beneficios médicos del Plan, *excepto para* los participantes cubiertos por el grupo de empleados de oficina no negociados y los participantes con cobertura de COBRA. Cuando un participante elegible cumple 65 años y ya no es elegible bajo el Plan de Jubilados Activos/Pre-65, la elegibilidad para los beneficios de Vida y AD&D terminan.

BENEFICIO	CANTIDAD <i>Plan Paga</i>
Seguro de vida de participante activo	\$50,000
Seguro de vida de jubilado antes de los 65 años	\$25,000
Seguro de Vida de Dependiente elegible	\$2,500
Beneficio por fallecimiento de AD&D (solo miembros) <i>Vida</i> <i>Una mano, un pie o la vista de un ojo</i> <i>Ambas manos, ambos pies, vista de ambos ojos o cualquier combinación de dos o más de las pérdidas anteriores</i>	Hasta \$50,000 <i>100%</i> <i>50%</i> <i>100%</i>

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