

TARIFAS PARA 2018 DEL PLAN DE SALUD DE LA ALIANZA

PLAN SUPERIOR DE DEDUCIBLE ALTO

	EMPLEADO SOLO	EMPLEADO + HIJOS	EMPLEADO + CÓNYUGE	FAMILIA
COBERTURA MÉDICA Y RECETAS	\$596	\$900	\$1,217	\$1,650
CONTRIBUCIÓN del EMPLEADOR al HSA	\$84	\$167	\$167	\$167
DENTAL	\$45	\$71	\$83	\$124
VISIÓN	\$7	\$10	\$13	\$18
SEGURO DE VIDA BÁSICO (\$30,000)	\$16	\$16	\$16	\$16
DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO	\$10	\$10	\$10	\$10
TOTAL MENSUAL	\$758	\$1,174	\$1,506	\$1,985

REEMBOLSOS POR LEALTAD

Por participación sin interrupción del empleador en el plan, las primas mensuales descontadas por empleado

PARTICIPACIÓN DEL EMPLEADOR	EMPLEADO SOLO	EMPLEADO + HIJOS	EMPLEADO + CÓNYUGE	FAMILIA
Desde 2017	\$752	\$1,166	\$1,494	\$1,970
Desde 2016	\$746	\$1,157	\$1,483	\$1,954
Desde 2015 o antes	\$740	\$1,149	\$1,471	\$1,938

Nos entusiasma anunciar un programa nuevo de reembolsos por lealtad. Se dará estos reembolsos a los empleadores que han mantenido su participación en el Plan de Salud de La Alianza por uno, dos, o tres y más años.

Estos reembolsos están en vigor para el año 2018 y se aplican al Plan Superior de Deducible Alto. Estas cantidades serán revisadas y aprobadas anualmente por la Junta de Beneficios.

TARIFAS PARA 2018 DEL PLAN DE SALUD DE LA ALIANZA *(Continuado)*

PLAN STANDARD DE DEDUCIBLE ALTO

	EMPLEADO SOLO	EMPLEADO + HIJOS	EMPLOYEE + CÓNYUGE	FAMILIA
COBERTURA MÉDICA Y RECETAS	\$596	\$900	\$1,217	\$1,650
CONTRIBUCIÓN del EMPLEADOR al HSA	\$84	\$167	\$167	\$167
SEGURO DE VIDA BÁSICO (\$30,000)	\$16	\$16	\$16	\$16
TOTAL MENSUAL	\$696	\$1,083	\$1,400	\$1,833

REEMBOLSOS POR LEALTAD

Por participación sin interrupción del empleador en el plan, las primas mensuales descontadas por empleado

PARTICIPACIÓN DEL EMPLEADOR	EMPLEADO SOLO	EMPLEADO + HIJOS	EMPLEADO + CÓNYUGE	FAMILIA
Desde 2017	\$690	\$1,075	\$1,388	\$1,818
Desde 2016	\$684	\$1,066	\$1,377	\$1,802
Desde 2015 o antes	\$678	\$1,058	\$1,365	\$1,786

Nos entusiasma anunciar un programa nuevo de reembolsos por lealtad. Se dará estos reembolsos a los empleadores que han mantenido su participación en el Plan de Salud de La Alianza por uno, dos, o tres y más años.

Estos reembolsos están en vigor para el año 2018 y se aplican al Plan Superior de Deducible Alto. Estas cantidades serán revisadas y aprobadas anualmente por la Junta de Beneficios.

COBERTURA MÉDICA Y PARA RECETAS MÉDICAS

PLAN DE SALUD DE PLAN DEDUCIBLE ALTO (PSDA)	INDIVIDUO/FAMILIA POR AÑO CALENDARIO	INDIVIDUO/FAMILIA POR AÑO CALENDARIO
EL PLAN PAGA—MÉDICO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible <i>(incluye médico y recetas)</i>	\$2,000/\$4,000	\$4,000/\$12,000
Contribución empleador a HSA	\$1,000/\$2,000	
Gasto personal máximo	\$6,300/\$12,600 <i>(incluye deducible)</i>	\$12,600/\$37,800 <i>(incluye deducible)</i>
Servicios de Doctores		
Cita con Dr. de Cabecera Cita con Dr. Especialista Cuidado de Emergencia Consulta por teléfono	90% después del deducible 80% después del deducible 85% después del deducible \$40 por consulta (aplicable al deducible)	50% después del deducible 50% después del deducible 50% después del deducible No Aplicable
Servicios de Prevención		
Exámenes de Salud de Rutina Pruebas de Laboratorio para Exámenes de Rutina Vacunas de Rutina	Cubiertos al 100% Cubiertos al 100% Cubiertos al 100%	No cubiertos No cubiertos No cubiertos
Servicios Diagnósticos		
Diagnósticos básicos (rayos X, pruebas para alergias, etc.) Imágenes Avanzados (MRI, CAT scan, etc.)	80% después del deducible	50% después del deducible 50% después del deducible
Pruebas para Cáncer del Colon o Recto		
Preventivas <i>(cada 10 años a partir de los 50)</i> Servicios médicos	Cubiertas al 100% 80% después del deducible	50% después del deducible 50% después del deducible
Servicios en Hospital		
Paciente Interno / Externo Sala de Emergencia Penalidad por No Inscribirse con Anticipación	80% después del deducible 80% después del deducible Penalidad de \$500	50% después del deducible 80% después del deducible Penalidad de \$700
Cuidados Obstétricos (no preventivos)	80% después del deducible	50% después del deducible
Terapias Físicas y Ocupacionales <i>Límite de 60 citas combinadas al año</i>	80% después del deducible (sólo terapeutas certificados)	50% después del deducible (sólo terapeutas certificados)
Tratamientos Quiroprácticos y de Masaje <i>Límite de 20 citas combinadas al año</i>	80% después del deducible	50% después del deducible
Salud Mental/Abuso de Sustancias <i>Paciente Interno / Externo</i>	80% después del deducible	50% después del deducible
EL PLAN PAGA - RECETAS	EN FARMACIAS (30 días)	POR CORREO (90 días)
Preventivas <i>(ver lista de Express Scripts)</i> Medicamentos genéricos Medicamentos de marca De marca, genérico disponible Compuestos farmacéuticos Medicamentos de especialidad	Cubiertas al 100% 85% después del deducible 75% después del deducible 85% después del deducible + diferencia del costo No cubierto 75% después del deducible <i>(con autorización previa)</i>	Cubiertas al 100% 90% después del deducible 80% después del deducible 90% después del deducible + diferencia del costo No cubierto <i>Disponibles sólo en cantidades</i>

COBERTURA DENTAL

Con el plan Delta Dental of Colorado PPO Plan usted escoger cualquier dentista, pero pagará menos si escoge un proveedor PPO dentro de la red. Para una lista de proveedores incluidos en la red, busque www.deltadentalco.com.

EL PLAN PAGA – DENTAL	DENTRO DE LA RED		FUERA DE LA RED
	PPO	PREMIER	
Cuidados Preventivos	100%	100%	100%*
<i>Limpieza anual (no reduce el máximo anual)</i>			
Deducible Anual	\$50 Individual	\$50 Individual	\$50 Individual
<i>Se aplica a Servicios–Básicos y Mayores</i>	\$150 Familia	\$150 Familia	\$150 Familia
Servicios Básicos			
<i>Rellenos, endodoncias, y Periodoncia</i>	80%	70%	70%*
Servicios Mayores			
<i>Coronas, Puentes, Placas y Placas Parciales</i>	50%	50%	50%*
Máximo Anual	\$1,250 por persona	\$1,250 por persona	\$1,250 por persona*
Ortodoncia <i>Sin límite de edad</i>	50%	50%	50%*
Máximo de por Vida para Ortodoncia	\$1,500 por persona	\$1,000 por persona	\$1,000 por persona*

* Lo que paga Delta Dental para proveedores fuera de la red se basa sobre un porcentaje de los pagos alistados para PPO. Si usted usa un dentista fuera de la red, puede haber otros gastos adicionales. Esta página da un resumen de los beneficios, y no incluye servicios que tienen límites o son excluidos.

COBERTURA DE VISIÓN

Superior Vision® tiene una red extensa de proveedores dentro de la red, que consiste de oftalmólogos y optometristas que se encuentran en tiendas nacionales de cadena. El Plan de Salud de La Alianza utiliza la red nacional de Superior Vision. Para una lista de proveedores, visite www.superiorvision.com.

EL PLAN PAGA–VISIÓN	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Exámenes de la Vista <i>Cada 12 meses</i>	100%	Reembolso hasta \$34 para Oftalmólogo o \$26 para un Optometrista
Anteojos*		
<i>Lentes standard</i> <i>Cada 12 meses</i>	100% menos \$15 copay para materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Simples • Bifocales • Trifocales • Lenticulares • Progresivos 	Reembolso hasta <ul style="list-style-type: none"> • \$35—Simples • \$50—Bifocales • \$60—Trifocales • \$95—Lenticulares • \$60—Progresivos Reembolso hasta \$50
<i>Monturas cada 24 meses</i>	100% hasta \$125	
Lentes de Contacto	Copay de \$25-prueba de adaptación	Prueba de adaptación no cubierta
Medicamente necesarios Cosméticos	100% después de copay de Reembolso hasta \$120	Reembolso hasta \$210 Reembolso hasta \$100

*Contactar Superior Vision acerca de monturas opcionales, tipos de lentes, y recubrimientos disponibles en precios descontados.