



Staff Benefits Management
& Administrators

2018 SEGURO DE SALUD GUÍA DE INSCRIPCIÓN Y AGRADECIMIENTO

2018 OFERTA DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta notificación es para informarle que usted es elegible para recibir beneficios médicos bajo la inscripción abierta de su empleador efectivo el primer día del mes después de 60 días a partir de la fecha de contratación.

El plazo de inscripción de la solicitud es de 30 días a partir de la fecha de recepción de este aviso. Si desea rechazar la cobertura, no es necesaria una declinación formal de la cobertura; Puede omitir todo el contenido de esta guía de inscripción después del acuse de recibo. Las solicitudes no recibidas a los 30 días siguientes a la recepción de este aviso resultarán en una oportunidad perdida de inscribirse en beneficios hasta el 1 de septiembre de 2018.

Tipos de cobertura medica:

- 1. Cobertura Esencial Mínima (MEC):** Esta cobertura cubre solamente 63 servicios preventivos. Tenga en cuenta que MEC no cubre ningún servicio adicional. Este plan cumple con el requisito mínimo para eliminar la Pena de Mandato Individual.
- 2. MEC Plus:** Cubre todos los servicios preventivos descritos en MEC y proporciona servicios médicos adicionales ofrecidos con un copago. MEC Plus también incluye HealthiestYou programa de telesalud. **Nota: MEC Plus no cubre los servicios de emergencia o fuera de la red.**
- 3. Anthem Elements Choice MVP PPO 6350 (CA Solamente):** Esta cobertura es un plan de valor mínimo. Este programa cuenta con un deducible de \$6,350.00 en el que todos los servicios, excepto preventivos, están sujetos al deducible. Tenga en cuenta que debe pagar los primeros \$6,350.00 de todos los costos medios antes de que los beneficios de la póliza entren en vigencia.
- 4. Anthem Elements Choice MVP PPO 6350 (Fuera del Estado):** Esta cobertura es un plan de valor mínimo. Este programa cuenta con un deducible de \$6,350.00 en el que todos los servicios, excepto preventivos, están sujetos al deducible. Tenga en cuenta que debe pagar los primeros \$6,350.00 de todos los costos medios antes de que los beneficios de la póliza entren en vigencia.

* Los costos de los planes se basan en la asequibilidad según lo establecido en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Los empleados no pagarán más del 9.69% de su salario en beneficios médicos. Las tarifas se calcularán sobre los intereses.

ACUSE DE RECIBO

Yo, _____, por la presente acepto recibo de la oferta de 2018 de beneficios de salud.

Se me ha proporcionado el paquete de pautas de inscripción y con la información relativa a los plazos de solicitud y de inscripción abierta. Se me ha ofrecido un plan para mí y para mis dependientes que proporciona cobertura mínima esencial (MEC) y planes de valor mínimo. Entiendo que el costo para mí no es mayor que 9.69% de mis salarios.

Entiendo que si no me inscribo en las fechas indicadas, se entenderá que he rechazado la cobertura para todo el año de 2018 y no podré inscribirme en beneficios hasta el 1 de enero de 2018.

Firma _____

Fecha ___ / ___ / _____

Nombre _____

Número de seguridad social _____ - _____ - _____



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN DE EMPLEADO

Nombre _____ Número de seguridad social _____ - _____ - _____
Empleador _____ Fecha de contratación ____/____/_____
Fecha de Nacimiento ____/____/_____
Sexo M F
Direccion _____ Numero de Telefono _____ - _____ - _____
Ciudad _____ Estado ____ Codigo Postal _____ Email _____

INFORMACIÓN DEPENDIENTE

Nombre _____
Número de seguridad social _____ - _____ - _____
Fecha de Nacimiento ____/____/_____
Relacion Conyuge Niño Sexo M F

Nombre _____
Número de seguridad social _____ - _____ - _____
Fecha de Nacimiento ____/____/_____
Relacion Conyuge Niño Sexo M F

Nombre _____
Número de seguridad social _____ - _____ - _____
Fecha de Nacimiento ____/____/_____
Relacion Conyuge Niño Sexo M F

Nombre _____
Número de seguridad social _____ - _____ - _____
Fecha de Nacimiento ____/____/_____
Relacion Conyuge Niño Sexo M F

MÉDICO

Cobertura Esencial Mínima - MEC - (Elimina La Penal de \$695)

- \$5.77/semana Empleado Solamente
- \$11.54/semana Empleado + Conyuge
- \$11.54/semana Empleado + Niño(s)
- \$23.08/semana Empleado + Familia

MEC Plus

- \$20.00/semana Empleado Solamente
- \$55.08/semana Empleado + Conyuge
- \$39.07/semana Empleado + Niño(s)
- \$78.74/semana Empleado + Familia

Anthem Elements Choice MVP PPO (CA Solamente)

- \$102.98/semana Empleado Solamente
- \$226.56/semana Empleado + Conyuge
- \$185.37/semana Empleado + Niño(s)
- \$319.12/semana Empleado + Familia

Anthem Elements Choice MVP PPO

- \$90.87/semana Empleado Solamente
- \$204.52/semana Empleado + Conyuge
- \$163.56/semana Empleado + Niño(s)
- \$281.80/semana Empleado + Familia

Declianr todas opciones medicas

Nombre _____ Número de seguridad social ____ - ____ - _____



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DENTAL

HMO Dental

- \$2.86/semana Empleado Solamente
- \$5.73/semana Empleado + Conyuge
- \$5.16/semana Empleado + Niño(s)
- \$8.61/semana Empleado + Familia

PPO Dental

- \$11.42/semana Empleado Solamente
- \$22.84/semana Empleado + Conyuge
- \$27.26/semana Empleado + Niño(s)
- \$42.42/semana Empleado + Familia

DECLINAR todas opciones dental

*Los planes dentales se administran a través de Premier Access

VISION

- \$2.28/semana Empleado Solamente
- \$3.91/semana Empleado + Niño(s)

- \$3.97/semana Empleado + Conyuge
- \$5.64/semana Empleado + Familia

DECLINAR todas opciones vision

*El plan de visión se administra a través de Premier Access

Declaro que la información proporcionada anteriormente es completa y precisa. Entiendo que un agente o corredor no puede garantizar cobertura, revisar tarifas, beneficios o provisiones sin la aprobación por escrito de SBMA.

 Firma _____

Fecha ____ / ____ / _____

Resumen de Beneficios Médicos

BENEFICIOS MÉDICOS RESUMEN / COMPARACIÓN	MEC		MEC Plus	
No hay beneficios fuera de la red están cubiertos y están sujetos a gastos de bolsillo completos	En red	Fuera de la red	En red	Fuera de la red
Beneficio Máximo Anual Máximo / Vitalicio	Ilimitado	Descubierto	Ilimitado	Descubierto
Deducible (por persona cubierta)	0	Descubierto	\$0	Descubierto
Máximo de gastos de bolsillo (por persona cubierta)	N/A	Descubierto	\$1,850	Descubierto
Beneficios Medicos				
	MEC		MEC Plus	
Cuidado Preventivo / Exámenes / Inmunizaciones (ver beneficios de MEC)	Cubierto 100%	Descubierto	Cubierto 100%	Descubierto
Visitas de atención de urgencia	Descubierto	Descubierto	\$50 co-pago	Descubierto
Visitas de atención primaria (excluyendo el bebé bien / Preventivo / Rayos X)	Descubierto	Descubierto	\$15 co-pago	Descubierto
Visitas de Especialistas	Descubierto	Descubierto	\$25 co-pago	Descubierto
Visitas y Cuidado del Bebé sin Prevención	Descubierto	Descubierto	\$20 co-pago	Descubierto
Servicios ambulatorios de laboratorio y profesionales	Descubierto	Descubierto	\$50 co-pago	Descubierto
Rayos X	Descubierto	Descubierto	\$50 co-pago	Descubierto
<p>* Nota que los servicios enumerados arriba están cubiertos bajo sus planes respectivos.</p> <p>Los servicios que no están cubiertos por ninguno de los planes incluyen: Servicios de Emergencias, Visitas a Hospitales (Incluyendo MHSA), Pacientes Ambulatorios Salud Mental / de Comportamiento y Servicios de Abuso de Sustancias, Diagnóstico por Imágenes, Terapia de Habla de Rehabilitación, Rehabilitación y Terapia Física de Rehabilitación, Centro de Enfermería Especializada, Equipo Médico Duradero y Centro para Pacientes Ambulatorios (por ejemplo, Cirugía Ambulatoria Centrar).</p>				
Beneficios de medicamentos recetados				
	MEC		MEC Plus	
Drogas genericas	Descubierto	Descubierto	\$5 co-pago	Descubierto
<p>* Nota: sólo los medicamentos Genaric están cubiertos bajo MEC Plus</p> <p>Los medicamentos recetados que no están cubiertos por ninguno de los planes incluyen: Medicamentos de Marca Preferidos, Medicamentos de Marca No Preferidos y Especialidades de Alto Costo Drogas.</p>				



Encuentre un Proveedor en Cuatro Sencillos Pasos

Para localizar a los proveedores que participan en las redes de PHCS y / o Multiplan, llame al (800) 922-4362 o visite www.multipan.com y haga clic en "Search for a Doctor or Facility". Luego, siga los pasos a continuación para identificar a los proveedores de su elección.

Paso 1: Identificar el logotipo de su red - Elija "Other network logos" y seleccione "PHCS Specific Services Call to Confirm" que es el logotipo correspondiente en la parte frontal de su tarjeta de identificación médica. A continuación, seleccione "Continue."



Paso 2: Tipo de proveedor: elija entre Doctor de Facilidad y seleccione "Continue."

Paso 3: Refinar Criterios del Proveedor - Elija su ubicación usando una de las siguientes combinaciones: código postal más distancia, ciudad más estado o condado más estado. A continuación, elija el tipo de médico o el tipo de instalación en función del tipo de proveedor que eligió en el paso 2. A continuación, seleccione "continue."

Paso 4: Resultados: los proveedores que coincidan con sus criterios de búsqueda se mostrarán en la página o páginas a seguir.

Anthem Elements Choice EQ HSA 6350 - De un Vistazo

California y Fuera del Estado

Beneficios Médicos Cubiertos	En Red	Fuera de la red
Deducible Total	\$6,350 soltero / \$12,700 familia	\$19,050 soltero / \$38,100 familia
Límite de Desembolso	\$6,550 soltero / \$13,100 familia	\$19,650 soltero / \$39,300 familia
Cuidados Preventivos / Exámenes / Inmunizaciones	Sin Cargo	50% coseguro
Visitas de atención primaria, Visitas de cuidados especializados, Atención prenatal y posnatal	0% coseguro	50% coseguro
Clínica de venta al por menor, Visita en línea, Servicios de quiropráctico, Acupuntura	0% coseguro	50% coseguro
Pruebas de alergia, Quimioterapia / radioterapia, Hemodiálisis	0% coseguro	50% coseguro
Medicamentos recetados (medicamentos dispensados en el consultorio a través de infusión / inyección)	0% coseguro	50% coseguro
Laboratorio: Oficina, laboratorio independiente, ambulatorio	0% coseguro	50% coseguro
Radiografía: Oficina, Centro de Radiología Independiente, Hospital de Pacientes Externos	0% coseguro	50% coseguro
Imágenes de diagnóstico avanzadas (por ejemplo, exploraciones MRI / PET / CAT): Oficina, Centro de radiología independiente, Hospital para pacientes ambulatorios (los costos pueden variar según el lugar del servicio)	0% coseguro	50% coseguro
Servicios de Emergencia	En Red	Fuera de la red
Servicios de sala de emergencias	0% coseguro	Cubierto como Dentro de la red
Médico de urgencias y otros servicios	0% coseguro	Cubierto como Dentro de la red
Ambulancia (aire y tierra)	0% coseguro	Cubierto como Dentro de la red
Cuidado de Urgencia (ajuste de oficina)	0% coseguro	50% coseguro
Salud Mental y de Comportamiento Ambulatorio y Abuso de Sustancias	En Red	Fuera de la red
Visita a la oficina del doctor	0% coseguro; Después de deducir se cumple	50% después de deducible se cumple
Visita a la instalación	0% coseguro; Después de deducir se cumple	50% después de deducible se cumple
Cirugía Ambulatoria / Hospitalización	En Red	Fuera de la red
Hospital / Centro Quirúrgico Independiente	0% coseguro	50% coseguro
Cuotas de la estancia en el hospital	0% coseguro	50% coseguro
Médicos y otros servicios	0% coseguro	50% coseguro
Recuperación y Rehabilitación / Rehabilitación Cardíaca	En Red	Fuera de la red
Atención médica en el hogar / Visita a la oficina	0% coseguro	50% coseguro
Servicios de hospitalización / habilitación ambulatoria	0% coseguro	50% coseguro
Cuidados de enfermería especializada (en una instalación)	0% coseguro	50% coseguro
Hospicio	0% coseguro	50% coseguro
Equipo médico duradero	0% coseguro	50% coseguro
Dispositivos protésicos	0% coseguro	50% coseguro
Beneficios de medicamentos recetados cubiertos	En Red	Fuera de la red
Deducible de Farmacia	Combinado con deducible médico	Combinado con deducible médico
Farmacia fuera de bolsillo	Combinado con médico de bolsillo	Combinado con médico de bolsillo
Farmacia Preventiva	Sin cargo (sólo venta al por menor)	50% coseguro hasta \$ 250 por prescripción (sólo venta al por menor)
Cobertura de medicamentos recetados	En Red	Fuera de la red
Nivel 1a - Típicamente de bajo costo Genérico (por receta) cubre hasta 30 días de suministro (al por menor) y hasta 90 días de suministro (entrega a domicilio)	Copago de \$5 (sólo venta al por menor) / Copago de \$12.50 (entrega a domicilio solamente)	50% coseguro hasta \$ 250 (sólo al por menor)
Nivel 1b - Generalmente genérico (por receta) cubre hasta 30 días de suministro (al por menor) y hasta 90 días de suministro (entrega a domicilio)	Copago de \$15 (sólo al por menor) / Copago de \$37.50 (entrega a domicilio solamente)	50% coseguro hasta \$ 250 (sólo al por menor)
Nivel 2 - Típicamente Preferido / Marca (por receta) cubre hasta 30 días de suministro (al por menor) y hasta 90 días de suministro (entrega a domicilio)	\$50 de copago (sólo al por menor) / \$150 de copago (sólo entrega a domicilio)	50% coseguro hasta \$ 250 (sólo al por menor)
Nivel 3 - Medicamentos típicamente no preferidos / especializados (por receta) cubre hasta 30 días de suministro (al por menor) y hasta 90 días de suministro (entrega a domicilio) * ciertos medicamentos requieren aprobación de preautorización	Copago de \$65 (sólo venta al por menor) / Copago de \$195 (sólo entrega a domicilio)	50% coseguro hasta \$ 250 (sólo al por menor)
Nivel 4 - Medicamentos de especialidad (por receta) cubre hasta 30 días de suministro (al por menor y entrega a domicilio) * los medicamentos de especialidad clasificados deben obtenerse a través del Programa de Farmacia Especial	30% coseguro hasta \$250 (al por menor y entrega a domicilio)	50% coseguro hasta \$ 250 (sólo al por menor)

DESCRIPCIÓN	ADA Código	DHMO 400 COPAGO
Servicios preventivos		
Examen oral periódico	D0120	\$0
Examen completo	D0150	\$0
Series de boca completa (FMX)	D0210	\$0
Panorámica	D0330	\$0
Radiografías periapicales	D0220	\$0
Radiografía de mordida - cuatro placas	D0274	\$0
Limpiezas para adultos	D1110	\$0
Limpiezas para niños	D1120	\$0
Tratamiento con fluoruro para adultos/niños	D1203/1204	\$0
Sellantes en los primeros y segundos molares	D1351	\$15.00
Separadores	D1525	\$80.00
Servicios básicos		
Restauraciones - rellenos de amalgama	D2161	\$22.00
Extracciones - diente erupcionado	D7140	\$14.00
Extracción quirúrgica - diente erupcionado	D7210	\$55.00
Tratamiento del conducto radicular - anterior	D3310	\$125.00
Tratamiento del conducto radicular - premolar	D3320	\$215.00
Tratamiento del conducto radicular - molar	D3330	\$365.00
Raspado y pulido radicular, por cuadrante	D4341	\$55.00
Servicios mayores		
Coronas	D2750	\$200.00
Puentes - por unidad	D6210	\$200.00
Dentadura postiza completa - por arco	D5110	\$360.00
Dentadura postiza parcial - por arco	D5211	\$325.00
Ortodoncia (Niño)	D8080	\$1975.00 †
(Adulto)	D8090	\$2175.00 †

† basado en un plan de tratamiento de 24 meses: pueden aplicar copagos adicionales por ortodoncia, consulte el certificado o el seguro para un desglose completo

Access Dental Plan le proporciona a usted y su familia beneficios dentales de calidad a un costo accesible. El programa Access Dental está diseñado para motivarle a usted y su familia a visitar un dentista con regularidad para mantener su salud dental. Al inscribirse, usted elige un dentista contratado para proporcionarle servicios a usted y su familia. El tamaño de una red de proveedores es irrelevante sin la garantía de una atención de calidad. Los proveedores de Access Dental constan de consultorios dentales examinados cuidadosamente para verificar su calidad.

Aspectos sobresalientes de los beneficios del plan

- Composites posteriores
- Detección de cáncer oral
- Limpiezas adicionales
- Procedimientos cosméticos como lo son los revestimientos labiales y blanqueado externo
- Tarifas definidas para mejoras de metal
- Beneficios ilimitados*
- Anestesia general y sedación intravenosa cubiertas

¿Por qué elegir a Access Dental?

- Clasificado clase A por AM Best
- Más de 4,000 puntos de acceso a proveedores
- Más de 20 años en el negocio de Atención gestionada

El Programa de cobros del paciente es un resumen de los servicios cubiertos. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener detalles completos. Estos servicios están cubiertos sólo cuando los servicios dentales los realiza un dentista de la red, a menos que Access Dental Plan autorice lo contrario, según se describe en los documentos de su plan. Los beneficios que se muestran se realizan según lo considere apropiado el Dentista de atención primaria (PCD) tratante, sujeto a las limitaciones y exclusiones del programa. Los afiliados deben discutir todas las opciones de tratamiento con su PCD antes de que se presten los servicios.

El Departamento de Servicios al miembro de Access Dental está disponible de Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. para responder a las preguntas y proporcionarle la ayuda que pueda necesitar en el 866.650.3660.



* consulte su Evidencia de cobertura para obtener detalles



Employnet, Inc. – PPO Plan 1-123

Su Plan Dental

PCN** **PPO**** **Fuera de Red**

Clase I/Preventivo- Limpiezas, Exámenes, Fluoruro, Radiografías- Periapical, Radiografías-Bitewings, Radiografías- FMX	100%	100%	100%*
Clase II/Básico- Selladores, Mantenimiento de Espacio, Restauraciones (Amalgamas & Resina Anterior), Extracciones Simples, Cirugía Oral, Extracciones, Endodoncia, Mantenimiento Periodontal, Periodoncia, Coronas de Acero Inoxidable (19), Anestesia, Consultas Especializadas	90%	80%	80%*
Clase III/Mayor- Inlays, Onlays, Coronas, Coronas para reparaciones, Puentes, Dentaduras, puente y dentadura refaccion	60%	50%	50%*
Deducible Anual (3 por familia) Nulo para Preventivo	\$25 Si	\$50 Si	\$50 Si
Máximo por Año Calendárico	\$1,000	\$1,000	\$1,000
Clase IV/ Ortodoncia	N/A		
Máximo de Ortodoncia de por Vida	N/A		
Período de Espera	No hay Período de Espera para Servicios Mayores para Solicitantes Oportunos.		
*Los cargos por servicios el la cobertura se basan en la que sea la tarifa más baja de los siguientes ejemplos: 1) el cargo real echo por el dentista 2) el cargo usual hecho por el dentista 3) o la cantidad UCR por el servicio basado en el 90 th porcentual de el dentista en la misma área geográfica. ** Premier Access no garantiza que todos los servicios seran llevados a cabo por un proveedor contratado bajo las redes de PCN o PPO. El usuario sera sujeto a deducibles y coseguros al usar un especialista que no es parte de la red.			

Información

<p>Cómo Funciona</p> <p>El programa dental ofrecido es administrado por La Compañía de Seguros Primer Access, un portador nacional y un plan dental extensamente aceptado.</p> <p>Lo que es importante saber acerca de su plan dental es que usted puede ver a cualquier dentista. Aunque hay Red Premier Choice (PCN por sus siglas en Ingles) y listas de proveedores PPO, y los beneficios son aumentados si usted elige utilizar cualquier red, usted puede elegir el dentista que guste sin penelidad. Usando los proveedores de PCN o PPO, usted lleva al máximo sus beneficios y reduce sus costos incurridos.</p> <p>Los dentistas de PPO ofrecen el cuidado a un descuento, (aproximadamente 30%), y el plan paga normalmente un nivel más alto de beneficio cuando se usa un proveedor de red. Adicionalmente, el dentista de la red PCN/PPO no puede "equilibrar su cuenta" para cantidades más altas que la tasa contratada.</p>	<p>Red y Reclamos Fuera del Estado</p> <p>La red de Premier Access Dental esta disponible a miembros elegibles fuera del estado de California. Hay cerca de 100,000 dentistas para elegir. La lista de proveedores está disponible en el internet: www.premierlife.com. Es importante que usted confirme con el dentista, al momento de tratamiento, que forma parte de la red dental. Para un dentista cerca de usted llame al 888-715-0760.</p> <p>Por favor verifique su certificado de seguro para una descripción de cobertura, limitaciones, y las exclusiones bajo el plan. Algunos servicios recomiendan la autorización previa.</p>
---	--

Como Contactarnos

<p>Depto de Reclamos de Premier Access P.O. Box 659010 Sacramento, Ca. 95865-9010</p>	<p>Línea de Servicios al Miembro 888.715.0760</p>	<p>Internet: www.premierlife.com</p>
--	---	--

Plan de Visión Premier Access \$125/\$125 12|12|24

VOLUNTARIO

RESUMEN DE BENEFICIOS DE VISIÓN

Co-pago: \$10/\$25

Examen de Visión Integral: Uno cada 12 meses

Lentes:* Un par cada 12 meses

Marco: Un cuadro cada 24 meses

Lentes de Contacto:* Un par cada 12 meses

La póliza proporciona cobertura completa para los servicios cubiertos cuando se dirige a un proveedor participante de la red MESVision. Si los Servicios Cubiertos son proporcionados por un Proveedor No Participante, los cargos serán pagados, pero no excederá el siguiente Programa de Asignaciones.

**Este es un breve resumen del plan
Y no debe ser aceptado o
Interpretado como un sustituto de
Las disposiciones del contrato.**

* Los Proveedores Participantes permiten una selección de marcos que venden al por menor hasta \$125.00 con lentes que se ajustan a un tamaño de vista inferior a 61 milímetros. Si se selecciona un marco más caro, usted es responsable del costo adicional por encima de \$125.00. Si las lentes recibidas son 61 milímetros o más, la carga para las lentes de gran tamaño es su responsabilidad. Los beneficios de marco de ventas al por menor se convertirán a precios equivalentes al por mayor en determinadas ubicaciones de proveedores, consulte nuestro sitio web o el directorio de proveedores para obtener más información.

** Este beneficio es además del examen de la visión integral, pero en lugar de lentes y marco. Si las lentes de contacto son para fines cosméticos o de conveniencia, la Póliza pagará hasta \$ 125.00 para la evaluación de la lente de contacto, los costos de instalación y los materiales. Cualquier equilibrio es su responsabilidad. Si las lentes de contacto son médicamente necesarias, son un beneficio totalmente cubierto. Se requiere aprobación de MESVision. Consulte su póliza si necesita información adicional.

*** **Para Niños Dependientes Hasta los 18 Años**

DESCUENTOS:

Un 20% de descuento está disponible para los extras cosméticos, como tintes, recubrimientos y otros cargos adicionales a las lentes estándar, después de que los servicios cubiertos sean prestados. El descuento se puede aplicar a los cargos por el marco o lentes de contacto (excepto las lentes de contacto desechables o de reemplazo) sobre las asignaciones indicadas. El descuento del 20% también se aplica a pares adicionales de gafas y / o pares de lentes de contacto estándar. Para determinar si un proveedor ofrece el descuento del 20%, un asegurado puede revisar su Directorio de Proveedores Participantes, llamar a MESVision o visitar www.MESVision.com. Los descuentos están disponibles a través de TLCVision para procedimientos convencionales y personalizados de LASIK con el Programa TLCVision Advantage.

	Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
Examen Comprensivo	Cubierto	Hasta \$40.00
Lentes de Visión Única	Cubierto	Hasta \$30.00
Lentes Bifocales	Cubierto	Hasta \$50.00
Lentes Trifocales	Cubierto	Hasta \$65.00
Lentes de Policarbonato***	Hasta \$85.00	Hasta \$55.00
Lentes Progresivas	Hasta \$89.50	Hasta \$65.00
Afáquico Monofocal	Cubierto	Hasta \$125.00
Afáquico Multifocal	Cubierto	Hasta \$125.00
Cuota de Minorista de Marco*	Hasta \$125.00	Hasta \$40.00
Marco Equivalente al por Mayor	Hasta \$56.60	
Lentes de Contacto**		Hasta \$250
Cosmética o conveniencia médica necesaria	Cubierto hasta \$125.00	Hasta \$125

Servicios Preventivos

ADULTOS

1. Aneurisma Aórtico Abdominal una sola vez Cribado para hombres de edades especificadas que hayan fumado
2. Examen y asesoramiento sobre el uso indebido de alcohol
3. Uso de aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares en hombres y mujeres de ciertas edades
4. Prueba de presión sanguínea para todos los adultos
5. Examen de colesterol para adultos de ciertas edades o en un riesgo más alto
6. Detección de cáncer colorrectal para adultos mayores de 50 años
7. Prueba de depresión para adultos
8. Diabetes (Tipo 2) para adultos con presión arterial alta
9. Asesoramiento dietético para adultos con mayor riesgo de enfermedad crónica
10. Exámenes de detección del VIH para todas las edades de 15 a 65 años y otras edades con mayor riesgo
11. Las vacunas de inmunización para adultos - dosis, edades recomendadas y poblaciones recomendadas varían:
 - a. Hepatitis A
 - b. Hepatitis B
 - c. Infección de herpes
 - d. Virus del papiloma humano
 - e. Influenza (vacuna contra la gripe)
 - f. Paperas sarampión Rubéola
 - g. Meningococo
 - h. Neumococo
 - i. Tétanos, difteria, tos ferina
 - j. Varicela
12. Exámenes y asesoramiento sobre la obesidad para todos los adultos
13. Consejería de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adultos con mayor riesgo
14. Detección de sífilis para todos los adultos con mayor riesgo
15. Pruebas de detección del uso del tabaco para todos los adultos y intervenciones para dejar de fumar para los usuarios de tabaco

Para obtener más información sobre estos servicios, visite:
<https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>

MUJER

1. Anemia de detección sistemática para las mujeres embarazadas
2. Asesoramiento de Pruebas Genéticas de Cáncer de Mama (BRCA) para mujeres con mayor riesgo de cáncer de mama
3. Cáncer de mama Proyecciones de mamografía cada 1 a 2 años para mujeres mayores de 40 años
4. Cáncer de mama Asesoramiento quimiopreventivo para mujeres con mayor riesgo
5. Apoyo y asesoramiento integral de amamantamiento de proveedores capacitados, y accesoto a suministros de lactancia materna, para mujeres embarazadas y lactantes
6. Detección de cáncer de cuello uterino para mujeres sexualmente activas
7. Prueba de infección por clamidia para mujeres jóvenes y otras mujeres con mayor riesgo
8. Anticoncepción: métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), procedimientos de esterilización y educación y consejería del paciente, según lo prescrito por un proveedor de atención médica para mujeres con capacidad reproductiva (sin incluir fármacos abortivos). (No se aplica si la Compañía está exenta)
9. Evaluaciones y asesoramiento sobre violencia doméstica e interpersonal para todas las mujeres
10. Suplementos de ácido fólico para mujeres que pueden quedar embarazadas
11. Exámenes de diabetes gestacional para mujeres de 24 a 28 semanas de embarazo y aquellas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional
12. Exámenes de gonorrea para todas las mujeres con mayor riesgo
13. Detección de hepatitis B para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal
14. Exámenes de detección del VIH y asesoramiento para mujeres sexualmente activas
15. Prueba de ADN del Virus del Papiloma Humano (VPH) cada 3 años para las mujeres con resultados de citología normales mayores de 30 años
16. Exámenes de detección de osteoporosis para mujeres mayores de 60 años dependiendo de los factores de riesgo
17. Rh Detección de incompatibilidad para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo
18. Infecciones de transmisión sexual asesoramiento para mujeres sexualmente activas
19. Detección de sífilis para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con mayor riesgo
20. Pruebas de detección e intervención del tabaco para todas las mujeres, y asesoramiento ampliado para las usuarias de tabaco embarazadas
21. Examen de las vías urinarias u otras infecciones para mujeres embarazadas
22. Visitas de mujer sana para recibir servicios recomendados para mujeres menores de 65 años

NIÑOS

1. Exámenes de autismo para niños a los 18 y 24 meses
2. Evaluaciones conductuales para niños de las siguientes edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años.
3. Prueba de presión arterial para niños de las siguientes edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años.
4. Prueba de displasia cervical para hembras sexualmente activas
5. Detección de la depresión para adolescentes
6. Exámenes de desarrollo para niños menores de 3 años
7. Dislipidemia de detección de niños con mayor riesgo de trastornos lipídicos en las siguientes edades: 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años.
8. Fluoruro suplementos de quimiopreención para los niños sin fluoruro en su fuente de agua
9. Medicamentos preventivos contra la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos
10. Exámenes auditivos para todos los recién nacidos
11. Medidas de Altura, Peso y Índice de Masa Corporal para niños de las siguientes edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años.
12. Hematocrito o selección de hemoglobina para niños
13. Hemoglobinopatías o detección de células falciformes para recién nacidos
14. Exámenes de detección del VIH para adolescentes con mayor riesgo
15. Exámenes de hipotiroidismo para recién nacidos
16. Las vacunas de inmunización para niños desde el nacimiento hasta los 18 años, las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían:
 - a. Difteria, tétanos, tos ferina
 - b. Haemophilus influenzae tipo b
 - c. Hepatitis A
 - d. Hepatitis B
 - e. Virus del papiloma humano
 - f. Poliovirus Inactivado
 - g. Influenza (vacuna contra la gripe)
 - h. Paperas sarampión Rubéola
 - i. Meningococo
 - j. Neumococo
 - k. Rotavirus
 - l. Varicela
17. Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses en riesgo de anemia
18. Detección de plomo en niños con riesgo de exposición
19. Historia médica para todos los niños durante el desarrollo a las siguientes edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años.
20. Exámenes y asesoramiento sobre la obesidad