

Plan B del programa de beneficios

Su Plan de beneficios, Plan B, Unidad 1, incluye beneficios médicos, de tarjeta de medicamentos recetados, de la visión, dentales, de discapacidad semanal, seguro de vida y por muerte o desmembramiento accidental (AD&D). Los dependientes y empleados de Unidad 2 deben remitirse al Formulario de elegibilidad continua para determinar si los cubre el Plan y si son elegibles para beneficios específicos. **Los empleados contratados el 5 de septiembre de 2007 o después de esa fecha no son elegibles para optar por el Plan A.**

Beneficios médicos

Disposiciones sobre beneficios y pagos	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible por año calendario	\$450 por persona; \$1,350 por familia.	\$600 por persona; \$1,800 por familia.
Máximo de gasto médico de bolsillo por año calendario	\$2,250 por persona; \$5,625 por familia. Deducible incluido.	\$4,500 por persona; \$11,250 por familia. Deducible incluido.
Máximo de copago de gasto médico de bolsillo por año calendario	\$1,600 por persona; \$3,200 por familia.	Ilimitado.
Recetas por año calendario Máximo de gastos de bolsillo	\$3,000 por persona; \$5,000 por familia.	Ilimitado.
Atención del médico en consultorio		
Disposiciones sobre beneficios y pagos	Dentro de la red	Fuera de la red
Visitas al consultorio por enfermedad o lesión	Médico de familia, internista, pediatra u obstetra/ginecólogo: usted paga \$15 de copago por visita. Especialista: usted paga \$20 de copago por visita. Nota: El copago cuenta solo para su máximo de copago de gasto de bolsillo.	El plan paga el 60 % del cargo permitido luego del deducible.
Atención previa y posterior a la maternidad (solo para el empleado/cónyuge cubierto)	El plan paga el 75 % luego del deducible.	El plan paga el 60 % del cargo permitido luego del deducible.
Radiografías y análisis de laboratorio (ambulatorios)	El plan paga el 75 % luego del deducible.	El plan paga el 60 % del cargo permitido luego del deducible.
Servicios quiroprácticos, límite máximo: 20 visitas por año calendario		
Manipulaciones quiroprácticas y otros servicios relacionados cubiertos.	Usted paga \$20 de copago por visita, luego el plan paga el 75 %; sin deducible.	Usted paga \$20 de copago por visita, luego el plan paga el 60 % del cargo permitido; sin deducible.
Radiografías y análisis de laboratorio relacionados con atención quiropráctica	El plan paga el 75 % luego del deducible, hasta un conjunto de radiografías y un conjunto de análisis de laboratorio por año calendario.	El plan paga el 60 % del cargo permitido luego del deducible, hasta un conjunto de radiografías y un conjunto de análisis de laboratorio por año calendario.

Beneficios médicos (continuación)

Terapia ocupacional, del habla y fisioterapia, límite máximo: 40 visitas combinadas por año calendario		
Terapia ocupacional, del habla y fisioterapia (la atención preventiva y de mantenimiento no están cubiertas)	Usted paga \$20 de copago por visita, luego el plan paga el 75 %; sin deducible.	Usted paga \$20 de copago por visita, luego el plan paga el 60 % del cargo permitido; sin deducible.
Paciente hospitalizado		
Disposiciones sobre beneficios y pagos	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención hospitalaria, incluye médico en sala de emergencias, radiólogo, anestesiólogo y atención de patólogo.	El plan paga el 75 % luego del deducible.	El plan paga el 60 % del cargo permitido luego del deducible.
Servicios de sala de emergencias/atención de urgencia		
Cargo de sala de emergencias por servicios de emergencia, según lo definido por el SPD.	Usted paga \$200 de copago sin deducibles, luego el plan paga 75 % (hay exención del copago si se lo ingresó por la sala de emergencias).	Usted paga \$200 de copago sin deducibles, luego el plan paga 60 %. El plan paga un porcentaje dentro de la red en caso de emergencia.
Centro de atención de urgencia	Usted paga \$50 de copago sin deducibles, luego el plan paga 75 %.	Usted paga \$50 de copago sin deducibles, luego el plan paga el 60 % del cargo permitido.
Cirugía ambulatoria		
Nota especial: Los centros para cirugía ambulatoria fuera de la red no están cubiertos por Fund.		
Cirugía y servicios relacionados (en el mismo día)	El plan paga el 75 % luego del deducible.	El plan paga el 60 % del cargo permitido luego del deducible, solo cuando los servicios se prestan en un centro de atención hospitalaria para pacientes ambulatorios.
Centro de cirugía ambulatoria	El plan paga el 75 % luego del deducible.	No cubierto.
Atención ambulatoria		
Pruebas de diagnóstico y terapia de radiación por rayos X Tratamiento de diálisis Rehabilitación cardíaca y pulmonar Quimioterapia e infusión	El plan paga el 75 % luego del deducible.	El plan paga el 60 % del cargo permitido luego del deducible.
IRM, TC y TEP realizadas por un proveedor de la red de Absolute Solutions Llame al 800.321.5040 para comenzar con el nuevo proceso de derivación	El plan paga el 100 %, sin copago ni deducible.	No se ofrecen los beneficios fuera de la red cuando se usa un proveedor de la red de Absolute Solutions.
Servicio de ambulancia	El plan paga el 75 % luego del deducible.	El plan paga el 60 % del cargo permitido luego del deducible. El plan paga un porcentaje dentro de la red en caso de emergencia.

Beneficios médicos (continuación)

Atención ambulatoria (continuación)		
Disposiciones sobre beneficios y pagos	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención médica domiciliaria, incluye terapia domiciliaria respiratoria, de infusión y fisioterapia Límite de 40 visitas por un período de 12 meses.	El plan paga el 75 % luego del deducible.	El plan paga el 60 % del cargo permitido luego del deducible.
Atención en centro de enfermería especializada Límite de 60 días por episodio de tratamiento.	El plan paga el 75 % luego del deducible.	El plan paga el 60 % del cargo permitido luego del deducible.
Centro de cuidados paliativos: los pacientes hospitalizados o domiciliarios deben tener una expectativa de vida menor a 6 meses para ser elegibles	El plan paga el 75 % luego del deducible.	El plan paga el 60 % del cargo permitido luego del deducible.
Equipo médico duradero, prótesis y ortopedia se limitan a un máximo de \$1,000 por equipo por fecha de servicio; pelucas y prótesis se limitan a un máximo de \$150 por persona de por vida	El plan paga el 75 % luego del deducible.	El plan paga el 60 % del cargo permitido luego del deducible.
Beneficio de audífonos	Solo están cubiertos si están recomendados por un proveedor de la red. Comuníquese con la oficina de Fund para obtener instrucciones sobre presentación de reclamos. El plan permite hasta un máximo de \$500 por oído cada 5 años.	
Programas de pérdida de peso Beneficios de pérdida de peso pagaderos hasta un máximo de por vida por persona de \$1,500, incluidos los medicamentos recetados.	El plan paga el 75 % luego del deducible.	El plan paga el 60 % del cargo permitido luego del deducible.
Beneficios por salud mental y trastornos por consumo de sustancias		
Sesiones de asesoramiento de “Práctica de manejo y adaptación” (MAP)	El plan paga el 100 % de las sesiones aprobadas.	No cubierto.
Visita al consultorio con proveedor de salud mental/abuso de sustancias	Copago de \$15 por visita.	El plan paga el 60 % del cargo permitido luego del deducible.
Servicios para pacientes hospitalizados	El plan paga el 75 % luego del deducible.	El plan paga el 60 % del cargo permitido luego del deducible.
Servicios de laboratorio/exámenes de detección de fármacos	El plan paga el 75 % luego del deducible.	El plan paga el 60 % del cargo permitido luego del deducible. Tenga en cuenta: Se requiere documentación adicional para validar que sea necesario por razones médicas.
Beneficios por trasplantes		
Máximo de beneficios para trasplantes de órganos o tejidos: máximo acumulado combinado de \$250,000 independientemente del tipo de trasplante realizado; el máximo de beneficios comienza 5 días antes de la fecha del trasplante y culmina 18 meses después de este.		
Beneficios para trasplantes de órganos o tejidos	El plan paga el 75 % luego del deducible.	El plan paga el 60 % del cargo permitido luego del deducible.

Cuidado preventivo

Disposiciones sobre beneficios y pagos	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen físico (1 por año calendario) y ginecológico (1 por año calendario) de rutina Para evitar cualquier posible cargo por visita al consultorio por los servicios preventivos que usted recibe durante el año calendario, se debe realizar todos los servicios preventivos durante su examen físico o ginecológico de rutina.		
Las consultas de control del niño sano según lo dispuesto por las pautas de Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría	100 %, sin copago ni deducible.	El plan paga el 60 % del cargo permitido luego del deducible.
Servicios de cuidado preventivo según lo recomendado con una calificación A o B por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos y cuidado preventivo y exámenes de detección para mujeres según lo dispuesto en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Servicios y Recursos de Salud.		
Aplicación estacional de la vacuna antigripal		
Exámenes auditivos (1 por año calendario)	El plan paga el 75 %; el 100 % de los exámenes auditivos para niños, sin deducible.	
Vacunas de acuerdo con las pautas de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)	El plan paga el 100 %; sin deducible.	
Frotis de Papanicolaou (1 por año calendario)	El plan paga el 100 %; sin deducible.	
Mamografías de rutina (1 por año calendario a partir de los 40 años) (cubierto según lo indicado por la Sociedad Americana de Cáncer)	El plan paga el 100 %; sin deducible.	
Planificación familiar Análisis de laboratorio por infertilidad Tratamiento por infertilidad Beneficios pagaderos hasta \$10,000 de máximo de por vida	El plan paga el 50 %; sin deducible.	
Anticonceptivos: Al menos un método de cada una de las 18 categorías de anticonceptivos descritas en la Sección de servicios preventivos para la mujer del SPD se cubrirá sin cargo para el participante; los anticonceptivos orales están cubiertos dentro del programa de tarjeta de medicamentos recetados.	El plan paga el 100 %, sin copago ni deducible.	

Programa de tarjeta de medicamentos recetados

Deducible anual	Deducible de \$150.	Ilimitado.
Recetas por año calendario Máximo de gastos de bolsillo	\$3,000 por persona; \$5,000 por familia.	
Tipo de medicamento	Farmacias de venta minorista participantes de la red (suministros hasta 30 días)	
Medicamentos genéricos	Usted paga un 15 % o \$10 de copago (lo que sea mayor), con un máximo de \$45 de copago.	
Medicamentos de marca de un solo origen (sin genéricos disponibles)	Usted paga un 25 % o \$20 de copago (lo que sea mayor), con un máximo de \$90 de copago.	
Medicamentos de marca de múltiples orígenes	Usted paga 25 % del costo del medicamento genérico o \$20 de copago (lo que sea mayor), más la diferencia entre el precio del medicamento de marca y el genérico.	
Anticonceptivos genéricos y de un único origen	El plan paga el 100 %, sin copago ni deducible.	
Tipo de medicamento	Programa de pedidos por correo** (hasta 90 días de suministro)	
Medicamentos genéricos	Usted paga un 10 % o \$20 de copago (lo que sea mayor), con un máximo de \$135 de copago para el suministro de 90 días.	
Medicamentos de marca de un solo origen (sin genéricos disponibles)	Usted paga un 25 % o \$40 de copago (lo que sea mayor), con un máximo de \$270 de copago para el suministro de 90 días.	
Medicamentos de marca de múltiples orígenes	Usted paga el 25 % del costo del medicamento genérico o \$40 de copago (lo que sea mayor), más la diferencia entre el precio del medicamento de marca y el genérico.	
Anticonceptivos genéricos y de un único origen	El plan paga el 100 %, sin copago ni deducible.	

****También puede surtir sus recetas de mantenimiento (hasta 90 días de suministro) en todas las tiendas Schnucks, Dierbergs y Kroger que tengan farmacia. Necesita haber surtido al menos una receta para 30 días de suministros en el minorista antes de ser elegible para surtir los suministros para 90 días. Se aplican los pedidos de copago por correo electrónico que se muestran anteriormente.**

Beneficios dentales

Solo los empleados de Unidad I y sus dependientes son elegibles para beneficios dentales

Para encontrar un proveedor dental dentro de la red en su zona, inicie sesión en www.655hw.org. Diríjase a beneficios, directorio de proveedores dentales y haga clic en "Encontrar dentista". Nuestro plan dental es Delta dental of Missouri, efectivo desde el 1-1-2023. Los beneficios de usar un proveedor dentro de la red es que sus gastos de bolsillo serán menores que si usa un proveedor fuera de la red, ya que estos proveedores acordaron ofrecer sus servicios con tarifas con descuento.

Servicios	Beneficios pagaderos
Máximo pagadero anual por año calendario para coberturas A, B y C combinadas	\$3,000 por persona, pero este límite no se aplica a la cobertura A para dependientes niños menores de 19 años.
Cobertura A: exámenes de rutina, profilaxis, tratamiento con flúor y radiografías; cada servicio está permitido dos veces por año calendario independientemente del tiempo que transcurra entre servicios.	El plan cubre el 100 % del cargo permitido. Los dependientes niños menores de 19 años tienen un límite de dos exámenes y un conjunto de radiografías por año calendario sin límite anual en dólares.
Cobertura B: atención dental básica, restaurativa y periodoncia (las carillas deben estar preautorizadas).	El plan cubre el 80 % del cargo permitido.
Cobertura C: coronas, puentes y dentaduras postizas (parciales o completas), pero los reemplazos se cubren si no han pasado menos de 5 años desde que se colocó la corona, el puente o la dentadura postiza.	El plan cubre el 50 % del cargo permitido.
Ortodoncia solo para niños menores de 18 años (las bandas deben estar colocadas antes de que cumpla los 19 años)	El plan cubre el 80 % del cargo permitido hasta un máximo de por vida de \$2,000.

Beneficios de la visión

Llame a VSP Vision Care al 1-800-877-7195 o visite su sitio web en www.vsp.com siempre que necesite localizar un proveedor de atención de la visión en su zona. Cuando llame para concertar una cita, dígame al médico que es miembro VSP. No necesitará su tarjeta de identificación.

Atención de la visión (únicamente a través de proveedores de elección de VSP)	Beneficios pagaderos	Frecuencia
Examen de visión sana (examen ocular relacionado con una enfermedad o lesión cubierta en virtud de los beneficios médicos)	El plan cubre el 100 % luego de que usted pague un copago de \$10	Una vez por año calendario
Lentes recetados: <ul style="list-style-type: none"> • Monofocales, • Bifocales con líneas, • Trifocales con líneas y • Lentes de policarbonato para dependientes niños hasta los 18 años 	El plan cubre el 100 % luego de que usted pague un copago de \$20	Una vez por año calendario
Bonificación en marcos	El plan cubre un máximo de \$175, usted recibe un 20 % de descuento de cualquier monto por encima del máximo.	Cada dos años calendario
Bonificación en lentes de contacto y examen de lentes de contacto (ajuste y evaluación)	El plan cubre un máximo de \$175	Una vez por año calendario

Proveedores de servicios fuera de VSP

Sin beneficios.

Beneficios solo para empleados

Beneficio de seguro de vida		
Nivel de cobertura	Unidad 1	Unidad 2
En caso de que usted muera	Fecha de contratación al menos un año, pero menos de 10 años \$10,000 al menos 10 años, pero menos de 15 años \$15,000 al menos 15 años, pero menos de 20 años \$20,000 más de 20 años \$25,000	Fecha de contratación al menos un año, pero menos de 10 años \$2,000 al menos 10 años, pero menos de 15 años \$5,000 al menos 15 años, pero menos de 20 años \$10,000 más de 20 años \$15,000
Beneficio por muerte accidental y desmembramiento		
En caso de que su muerte ocurra como resultado de un accidente, su beneficiario recibirá lo siguiente además del beneficio de seguro de vida	Fecha de contratación al menos un año, pero menos de 10 años \$10,000 al menos 10 años, pero menos de 15 años \$15,000 al menos 15 años, pero menos de 20 años \$20,000 más de 20 años \$25,000	Fecha de contratación al menos un año, pero menos de 10 años \$2,000 al menos 10 años, pero menos de 15 años \$5,000 al menos 15 años, pero menos de 20 años \$10,000 más de 20 años \$15,000
Ataque criminal	Fecha de contratación al menos un año, pero menos de 10 años \$1,000 al menos 10 años, pero menos de 15 años \$1,500 al menos 15 años, pero menos de 20 años \$2,000 más de 20 años \$2,500	Fecha de contratación al menos un año, pero menos de 10 años \$200 al menos 10 años, pero menos de 15 años \$500 al menos 15 años, pero menos de 20 años \$1,000 más de 20 años \$1,500
Monoplejía	Fecha de contratación al menos un año, pero menos de 10 años \$2,500 al menos 10 años, pero menos de 15 años \$3,750 al menos 15 años, pero menos de 20 años \$5,000 más de 20 años \$6,250	Fecha de contratación al menos un año, pero menos de 10 años \$500 al menos 10 años, pero menos de 15 años \$1,250 al menos 15 años, pero menos de 20 años \$2,500 más de 20 años \$3,750
Hemiplejía o pérdida de uno de los siguientes: manos, pies, visión de un ojo, habla o audición	Fecha de contratación al menos 1 año, pero menos de 10 años \$5,000 al menos 10 años, pero menos de 15 años \$7,500 al menos 15 años, pero menos de 20 años \$10,000 más de 20 años \$12,500	Fecha de contratación al menos un año, pero menos de 10 años \$1,000 al menos 10 años, pero menos de 15 años \$2,500 al menos 15 años, pero menos de 20 años \$5,000 más de 20 años \$7,500
Paraplejía	Fecha de contratación al menos un año, pero menos de 10 años \$7,500 al menos 10 años, pero menos de 15 años \$11,250 al menos 15 años, pero menos de 20 años \$15,000 más de 20 años \$18,750	Fecha de contratación al menos un año, pero menos de 10 años \$1,500 al menos 10 años, pero menos de 15 años \$3,750 al menos 15 años, pero menos de 20 años \$7,500 más de 20 años \$11,250
Cuadruplejía o pérdida de dos de los siguientes: manos, pies, visión de un ojo, habla o audición	Fecha de contratación al menos un año, pero menos de 10 años \$10,000 al menos 10 años, pero menos de 15 años \$15,000 al menos 15 años, pero menos de 20 años \$20,000 más de 20 años \$25,000	Fecha de contratación al menos un año, pero menos de 10 años \$2,000 al menos 10 años, pero menos de 15 años \$5,000 al menos 15 años, pero menos de 20 años \$10,000 más de 20 años \$15,000
Beneficio acelerado		
En caso de que tenga una enfermedad terminal con expectativa de vida de 12 meses o menos	Fecha de contratación al menos un año, pero menos de 10 años \$5,000 al menos 10 años, pero menos de 15 años \$7,500 al menos 15 años, pero menos de 20 años \$10,000 más de 20 años \$12,500	Fecha de contratación al menos un año, pero menos de 10 años \$1,000 al menos 10 años, pero menos de 15 años \$2,500 al menos 15 años, pero menos de 20 años \$5,000 más de 20 años \$7,500
Beneficio de ingresos por incapacidad semanales		
La elegibilidad comienza	al 1.º día del accidente o al 4.º día de la enfermedad.	Sin cobertura.
Porcentaje de pago	El 70 % de la paga básica promedio que recibía durante las cuatro semanas inmediatamente anteriores a la incapacidad; con un máximo de \$600 por semana.	N/C
Máximo período de pago	13 semanas	N/C
Restablecimiento de beneficio por discapacidad semanal	Los beneficios se restablecen cuando regresa a trabajar y lo hace durante las horas semanales promedio (un mínimo de entre 25 y 32 horas por semana según su fecha de contratación para la Unidad 1 de calificación de elegibilidad).	N/C