



Para Su Salud

La buena salud es esencial para la vida. Los planes y servicios de salud de Sodexo están diseñados para que se sienta de la mejor manera y al mismo tiempo lo ayudan a usted y a su familia a ocuparse de los elevados costos de la atención médica. Una de las mejores formas para mantenerse saludable, sin mencionar el ahorro de dinero, es aprovechar la atención médica preventiva. Realizar análisis recomendados, revisiones médicas anuales e inmunizaciones es importante para su bienestar. Para que usted pueda sacar el máximo provecho de los beneficios de la atención preventiva, varios de estos planes médicos pagan el 100% del costo sin máximos.

| Beneficios Médicos de PPO | | |
|--|---|--|
| Plan | Descripción | |
| <p>Preferred Provider Organization (PPO) Option provided by the Cigna Open Access Plus/CareLink Network</p> <p><i>Available to employees in the continental United States and Guam</i></p> <p>www.cigna.com/sodexo 800 909 2227</p> <p>Administrador del Plan Cigna</p> <p>Elegibilidad Empleados no temporales, a tiempo completo (código de clase 6) y cargas familiares elegibles</p> <p>Período de Espera Sus beneficios comienzan el primer día del mes a los 90 días posteriores de ser contratado. Si se convierte en elegible, sus beneficios entrarán en vigencia el sábado posterior a su llamada al 877 633 9837, si ha cumplido con el período de espera inicial y ha realizado la llamada dentro de los 45 días de ser elegible.</p> <p>Todos los servicios hospitalarios requieren certificación previa</p> | Deducible Anual | Interno: \$500 por persona, \$1,500 por familia Externo: \$1,000 por persona, \$3,000 por familia |
| | Costos Personales Máximos Anuales | Interno: \$5,000 por persona Externo: \$10,000 por persona |
| | Visita al Consultorio del Médico (de cabecera y especialista) | Interno: \$20 por visita, el 100% para el resto Externo: el 60% después del deducible |
| | Atención Preventiva (exámenes físicos de rutina, atención y cuidado del bebé, exámenes ginecológicos, inmunizaciones) | Interno: 100%. Externo: 100% |
| | Hospital | Interno: el 70% después del deducible Externo: el 60% después del deducible |
| | <ul style="list-style-type: none"> Pacientes hospitalarios (incluye admisión de maternidad) Cirugía Ambulatoria | Interno: el 70% después del deducible Externo: el 60% después del deducible |
| | Maternidad (visitas al consultorio médico pre y post natales) | Interno: \$20 la primera visita, el 100% para el resto Externo: el 60% después del deducible |
| Atención de Emergencia | \$75 por visita de emergencia, el 70% después del deducible para el resto | |
| <ul style="list-style-type: none"> Dentro del Área (cuando no está seguido de admisión) Fuera del Área (cuando no está seguido de admisión) | \$75 por visita de emergencia, el 70% después del deducible para el resto | |



Beneficios Médicos de PPO continuación

| Plan | Descripción | | | | |
|---|--|--|--------------------------|---------------|---------------|
| | Salud Mental <ul style="list-style-type: none"> Pacientes hospitalarios Pacientes ambulatorios | Interno: se cubre el 70% luego de pagar el deducible. Se requiere precertificación Externo: se cubre el 60% luego de pagar el deducible. Días ilimitados Facilidad: Interno: se cubre el 70% luego de pagar el deducible. Consultas ilimitadas Externo: se cubre el 60% luego de pagar el deducible. Consultas ilimitadas Visita de la Oficina: Interno: \$20 por consulta. Consultas ilimitadas. Externo: se cubre el 60% luego de pagar el deducible. Consultas ilimitadas | | | |
| | Abuso de Substancias <ul style="list-style-type: none"> Pacientes hospitalarios Pacientes ambulatorios | Interno: se cubre el 70% luego de pagar el deducible. Se requiere precertificación Externo: se cubre el 60% luego de pagar el deducible. Días ilimitados Facilidad: Interno: se cubre el 70% luego de pagar el deducible. Consultas ilimitadas Externo: se cubre el 60% luego de pagar el deducible. Consultas ilimitadas Visita de la Oficina: Interno: \$20 por consulta. Consultas ilimitadas. Externo: se cubre el 60% luego de pagar el deducible. Consultas ilimitadas | | | |
| Plan de Medicamentos con Prescripcion www.medco.com 800 903 7968 Medicamentos genéricos obligatorios : El Plan PPO tiene medicamentos genéricos obligatorios, de modo que si usted elige comprar medicamentos de marca cuando hay uno genérico disponible, deberá pagar más. Permiso para Reposición de Prescripciones : Esto significa que si no utiliza la entrega por correspondencia para sus medicamentos a largo plazo, pagará 100% del costo del medicamento después de reponerlo tres veces en una farmacia de venta al público. | Precio de Venta (suministro para 30 días) | | Copago o Coseguro | Minimo | Maximo |
| | | Medicamento Genérico | \$10 | N/A | N/A |
| | | Medicamento de Marca | 10% | \$35 | \$100 |
| | | Medicamento de Marca que No Figure en el Formulario | 30% | \$50 | \$150 |
| | | | Copago o Coseguro | Minimo | Maximo |
| | | Medicamento Genérico | \$20 | N/A | N/A |
| | | Medicamento de Marca | 10% | \$87.50 | \$200 |
| | | Medicamento de Marca que No Figure en el Formulario | 30% | \$125 | \$300 |
| | Entrega por Correspondencia (suministro para 90 días) | | | | |



Beneficios Médicos de UnitedHealthcare Health Reimbursement Account (HRA)

| Plan | Descripción | |
|--|--|--|
| <p>UnitedHealthcare HRA (Plan Basado en el Consumidor)</p> <p>https://www.myuhc.com/groups/sdx</p> <p>800 784 2023</p> <p>Administrador del Plan UnitedHealthcare</p> <p>Elegibilidad Empleados no temporales, a tiempo completo (código de clase 6) y cargas familiares elegibles</p> <p>Período de Espera Sus beneficios comienzan el primer día del mes a los 90 días posteriores de ser contratado. Si se convierte en elegible, sus beneficios entrarán en vigencia el sábado posterior a su llamada al 877 633 9837, si ha cumplido con el período de espera inicial y ha realizado la llamada dentro de los 45 días de ser elegible.</p> | Financiación Anual de Cuenta de Reembolso de Salud (HRA) por Sodexo | \$750 sólo empleados, \$1,175 Empleado+1, \$1,500 por familia. Se aceptan giros bancarios. |
| | Responsabilidad del Miembro | \$1,250 sólo empleados, \$1,825 empleado+1, \$2,500 por familia. Sólo se aplica si agota la HRA. |
| | Deducible del Plan Anual (Combinación de HRA y Responsabilidad del Miembro) | \$2,000 sólo empleados, \$3,000 empleado+1, \$4,000 por familia |
| | Costos Personales Máximos Anuales | Interno: \$3,000 sólo empleados, \$6,000 empleado+1, \$10,000 por familia Externo: \$9,000 sólo empleados, \$18,000 empleado+1, \$30,000 por familia |
| | Visita al Consultorio del Médico (de cabecera y especialista) | Interno: la HRA paga el 100%, el 80% después del deducible para el resto. Externo: la HRA paga el 100%, el 60% después del deducible para el resto. |
| | Atención Preventiva (exámenes físicos de rutina, atención y cuidado del bebé, exámenes ginecológicos, inmunizaciones) | Interno/Externo: 100% de cobertura. |
| | Hospital <ul style="list-style-type: none"> Pacientes hospitalarios (incluye admisión de maternidad) Cirugía Ambulatoria | Interno: la HRA paga el 100%, el 80% después del deducible para el resto. Externo: la HRA paga el 100%, el 60% después del deducible para el resto. Interno: la HRA paga el 100%, el 80% después del deducible para el resto. Externo: la HRA paga el 100%, el 60% después del deducible para el resto. |
| | Maternidad (visitas al consultorio médico pre y post natales) | Interno: la HRA paga el 100%, el 80% después del deducible para el resto. Externo: la HRA paga el 100%, el 60% después del deducible para el resto. |
| | Atención de Emergencia <ul style="list-style-type: none"> Dentro del Área (cuando no está seguido de admisión) Fuera del Área (cuando no está seguido de admisión) | Interno/Externo: la HRA paga el 100%, el 80% después del deducible para el resto. Interno/Externo: la HRA paga el 100%, el 80% después del deducible para el resto. |
| | Medicamentos con Prescripción – Ventas al por Menor (suministro para 30 días a menos que se notifique) | Interno: la HRA paga el 100%, el 80% después del deducible para el resto. Entrega a domicilio disponible. Sin formulario. |



Beneficios Médicos de UnitedHealthcare HRA continuación

| Plan | Descripción | |
|------|---|--|
| | Salud Mental <ul style="list-style-type: none"> Pacientes -hospitalarios Pacientes ambulatorios | Interno: la HRA paga el 100%, el 80% después del deducible para el resto. Externo: la HRA paga el 100%, el 60% después del deducible para el resto. Se combina con Abuso de Sustancias de pacientes ambulatorios. 30 visitas por año; máximo vitalicio de 200 días. Se combina con Abuso de Sustancias de pacientes hospitalarios |
| | Abuso de Sustancias <ul style="list-style-type: none"> Pacientes hospitalarios Pacientes ambulatorios | Interno: la HRA paga el 100%, el 80% después del deducible para el resto. Externo: la HRA paga el 100%, el 60% después del deducible para el resto. Combina con Salud Mental de pacientes hospitalarios. 30 visitas por año; máximo vitalicio de 200 días. Se combina con Salud Mental de pacientes ambulatorios. Se combinan servicios dentro y fuera de la red. |

Beneficios Médicos de Kaiser Permanente HMO

| Planes | Descripción |
|--|--|
| www.kaiserpermanente.org Northern and Southern CA – 800 464 4000 Colorado – 800 632 9700 D.C. Metro/MD/VA – 800 777 7902 Georgia – 888 865 5813 Hawaii – 808 948 6372 | Para obtener información sobre la Kaiser Permanente Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO), llame al 877 633 9837 (la selección está basada en su código postal local). Los diseños del plan varían según la HMO. |



Beneficios Médicos - Triple-S

| Planes | Descripción | |
|--|---|---|
| <p>Triple-S</p> <p>www.ssspr.com</p> <p>787 774 6060</p> <p>Administrador del Plan Triple-S Salud, Inc.</p> <p>Elegibilidad Empleados de atención al público no temporales, a tiempo completo (código de clase 6)</p> <p>Período de Espera Sus beneficios comienzan el primer día del mes, 90 días a partir del día en que lo contratan. Si usted es recientemente elegible, sus beneficios pueden entrar en vigencia el sábado posterior a la fecha en que se comunica con 877 633 9837 si ha cumplido satisfactoriamente con el período de espera inicial y realiza la llamada dentro de los 45 días posteriores a ser elegible.</p> <p>Nota: Si selecciona Triple-S, el plan incluirá un beneficio de salud dental.</p> | Deducible Anual | \$100/persona, \$300/familia |
| | Costos Personales Máximos Anuales | \$2,000/persona, \$6,000/familia |
| | Consulta Médica (clínico y especialista) | Dentro de la red: \$5 por Médico de Atención Primaria (PCP): \$10 por consulta a un especialista, luego el 100%. Fuera de la red: se cubre el 80% luego de pagar el deducible. |
| | Atención Preventiva (exámenes físicos de rutina, atención para recién nacidos, exámenes ginecológicos, inmunizaciones) | Dentro de la red: \$5 por Médico de Atención Primaria (PCP): \$10 por consulta a un especialista, luego el 100%. Fuera de la red: se cubre el 80% luego de pagar el deducible. |
| | Hospital | Dentro de la red: \$50 por admisión, luego el 100%. Fuera de la red: se cubre el 80% luego de pagar el deducible. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Paciente hospitalizado (incluye admisiones por maternidad) | Dentro de la red: cubre el 100% Fuera de la red: se cubre el 80% luego de pagar el deducible. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Cirugía para Pacientes Ambulatorios | Dentro de la red: cubre el 100% Fuera de la red: se cubre el 80% luego de pagar el deducible. |
| | Maternidad (consultas prenatales y postnatales) | Dentro de la red: \$5 por Médico de Atención Primaria (PCP): \$10 por consulta a un especialista, luego el 100%. Fuera de la red: se cubre el 80% luego de pagar el deducible. |
| | Atención de Emergencia | Dentro de la red: \$ 20 por consulta de emergencia, luego el 100%. Fuera de la red: se cubre el 80% luego de pagar el deducible. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Dentro del Área (cuando no está seguida de una admisión) Fuera del Área (cuando no está seguida de una admisión) | Igual que Dentro del Área |
| Medicamentos con Prescripción, Precio de Venta (suministro por 30 días, a menos que se indique lo contrario) | \$5 (genérico), \$10 (de marca preferida), \$15 (de marca), 20% o un mínimo de \$15 para medicamentos genéricos o de marca no preferidos en farmacias participantes.. Entrega por correspondencia disponible. No participantes farmacia en Puerto Rico no cubierto. | |
| Salud Mental (paciente hospitalizado o ambulatorio) | Cubre servicios ofrecidos en los EE.UU., emergencias, servicios ofrecidos por proveedores no participantes. Terapia Grupal: 50% luego de pagar el deducible hasta \$30 por consulta. 50 visitas por año calendario. | |
| Abuso de Sustancias (paciente hospitalizado o ambulatorio) | Igual que lo indicado arriba | |
| Vista/Oído | Cobertura básica | |