# SBMA
## GUÍA DE BENEFICIOS

# ENLÍSTE AHORA!

**Usted es elegible para los beneficios de la inscripción abierta de su empleador a partir del 1 de agosto o el primer día del mes siguiente a los 60 días de su fecha de contratación.**

**OBTENGA SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN EN DÍAS**

**LA COBERTURA QUE NECESITA A UN PRECIO QUE PUEDE OFRECER**

## COBERTURA MÉDICA

**EliteCare:** Cubre todos los servicios preventivos al 100% y visitas al consultorio, atención urgente, laboratorios y radiografías en varios copagos. Este plan incluye beneficios virtuales de salud y medicamentos recetados.

## COBERTURA COMPLEMENTARIA

**Beazley Standard Package:** Este paquete de Seguro complementario brinda montos de beneficios específicos por un número limitado de días cuando recibe gastos médicos por servicios cubiertos incurridos debido a un accidente o enfermedad.

**Delta Dental 1000:** La cobertura incluye servicios de diagnóstico y preventivos al 100%, servicios básicos y restaurativos al 80% y servicios principales al 50%. Los servicios fuera de la red se ofrecen al 80%/50%/50% respectivamente. No hay cobertura para ortodoncia.

**VSP Vision:** La cobertura incluye exámenes completos de visión con un copago de $10, asignaciones de marcos, lentes con un copago de $25 o lentes de contacto con una asignación o cobertura completa después del copago según la necesidad médica.

# APLICACIÓN DE INSCRIPCIÓN

SBMA

## INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre_____ Seguro Social_____

Empleador_____ Fecha de contratación_____

Fecha de nacimiento_____ Sexo ❑ Hombre ❑ Mujer

Dirección_____ Número de teléfono_____

_____ Email_____

## INFORMACIÓN DEPENDIENTE

Nombre_____ Nombre_____

Seguro Social_____ Seguro Social_____

Fecha de nacimiento_____ Fecha de nacimiento_____

❑ Hombre ❑ Mujer ❑ Cónyuge ❑ Niño ❑ Hombre ❑ Mujer ❑ Cónyuge ❑ Niño

Nombre_____ Nombre_____

Seguro Social_____ Seguro Social_____

Fecha de nacimiento_____ Fecha de nacimiento_____

❑ Hombre ❑ Mujer ❑ Cónyuge ❑ Niño ❑ Hombre ❑ Mujer ❑ Cónyuge ❑ Niño

## ELECCIONES DE COBERTURA

| Elección Médica | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Tarifas mensuales | Solo Empleado | Empleado/Cónyuge | Empleado/Niño(s) | Familia |
| **EliteCare** | ❑ $150.00 | ❑ $300.00 | ❑ $300.00 | ❑ $450.00 |

| Elecciones Complementarias | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Tarifas mensuales | Solo Empleado | Empleado/Cónyuge | Empleado/Niño(s) | Familia |
| **Beazley Standard Package** | ❑ $45.00 | ❑ $90.00 | ❑ $90.00 | ❑ $135.00 |
| **Delta Dental 1000** | ❑ $44.04 | ❑ $88.41 | ❑ $83.06 | ❑ $133.94 |
| **VSP Vision** | ❑ $9.95 | ❑ $19.90 | ❑ $20.90 | ❑ $34.85 |

❑ renunciar a la cobertura

## RECONOCIMIENTO DE EMPLEADO

Por la presente, reconozco la oferta de cobertura de seguro de salud, que proporciona la cobertura mínima esencial (MEC), para mí y mis dependientes elegibles. Si elijo cobetura, autorizo a mi empleador a hacer reducciones salariales para mi parte de las primas del seguro. Entiendo que no puedo hacer cambios en mis elecciones de cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta de mi empleador o debido a un evento calificador.

Firma_____ Fecha_____

# ELITECARE

SBMA

| Beneficios médicos | EliteCare |
|---|---|
| Preventivo / Bienestar | Cubierto al 100% |
| Visitas de atención primaria / especialista | Copago de $15 |
| Atención de urgencias | Copago de $50 |
| Exámenes de laboratorio y radiografías | Copago de $50 |
| Medicamentos con receta | Nivel 1: copago de $15, nivel 2: copago de $30<br>nivel 3: copago de $50, nivel 4: copago de $75 |
| **Beneficios de salud virtual** | **Recuro Health** |
| 24/7 Atención urgencia virtual | Copago de $0 |
| Salud conductual virtual | Tarifa de $50 (primeras 3 visitas y luego $85) |

[1]El plan EliteCare excluye los servicios fuera de la red y cubre sólo los servicios mencionados arriba y en la página de servicios cubiertos.
[2]Los beneficios de recetas están sujetos a la lista de medicamentos del formulario. Los montos de copagos enumerados se basan una cantidad unitaria de 30 para un suministro de 30 días. Los precios pueden variar según la cantidad y el suministro. Para revisar el formulario, visite www.sbmabenefits.com/purerx-standard.
[3]El programa de atención virtual de Recuro Health incluye acceso ilimitado las 24/7 a atención de urgencia virtual con médicos certificados por teléfono, video o mensajería y conecta a los miembros con un psiquiatra o consejero a través de sessiones teléfonicas o de video en línea seguras y privadas a $50 cada una (primeras 3 visitas - $85 después).

HealthWallet

**La aplicación móvil HealthWallet pone su cobertura en la palma de sus manos**

- Escanee el código QR a la derecha, o busque "The HealthWallet" en su tienda de aplicaciones
- Descargue la aplicación móvil HealthWallet
- Inicie sesión con su número de seguro social y fecha de nacimiento
- Acceda a su(s) tarjeta(s) de identificacion, información de beneficios y servicos de proveedores auxiliaries

ESCANEAR AQUÍ

**La ubicación de un proveedor participante en la red PHCS comienza con el logotipo específico de la red en el frente de su tarjeta de identificación médica. Busque el logotipo de PHCS en su tarjeta y siga las instrucciones a continuación.**

PHCS Specific Services

**Por teléfono:** llame al **1.800.457.1309**
**En línea:** visite **www.multiplan.com/sbmaspecificservices**
y siga las instrucciones a continuación

1. Haga clic en OK en la parte inferior de la pantalla, cambie el idioma a español en la esquina superior derecha, lea el reconocimento y haga click en OK
2. Ingrese un nombre de proveedor, especialidad o tipo de centro en el cuadro de búsqueda o elija uno del menú desplegable
3. Ingrese su ciudad o código postal y haz clic en el ícono de la lupa para buscar
4. Lea la declaración en la parte inferior de la pantalla y haga clic en OK para ver los resultados

RECURO HEALTH

**La atención de urgencia virtual y la salud conductual virtual de Recuro Health brindan a los miembros:**

- Acceso las 24/7 a médicos certificados para el tratamiento de problemas urgentes
- Acceso virtual a un psiquiatra o consejero autorizado cuando y donde lo necesiten

**Acceda a través de la aplicación móvil HealthWallet (escanee el código QR arriba) o llame al 1-855-6RECURO**

PureRx

Presente su tarjeta médica con su receta en cualquiera de nuestras más de 60,000 farmacias minoristas para surtir su receta. Se proporcionará información adicional en su tarjeta médica.

# Beneficios de Cuidado Preventivo

## Beneficios preventivos para adultos

- Aneurisma aórtico abdominal de una sola vez para hombres de edades determinadas que alguna vez han fumado.
- Detección y asesoramiento de abuso de alcohol
- Uso de aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal para adultos de 50 a 59 años con alto riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- Examen de presión arterial.
- Examen de colesterol para adultos de ciertas edades o en mayor riesgo.
- Examen de cáncer colorrectal para adultos de 45 a 75 años.
- Prueba de depresión.
- Prueba de detección de diabetes (tipo 2) para adultos de 40 a 70 años con sobrepeso u obesidad.
- Asesoramiento dietético para adultos con mayor riesgo de enfermedad crónica.
- Prevención de caídas (con ejercicio o fisioterapia y uso de vitamina D) para adultos de 65 años o mayores que viven en un entorno comunitario.
- Examen de detección de hepatitis B para personas con mayor riesgo
- Detección de hepatitis C para adultos de 18 a 79 años.
- Prueba de detección del VIH para personas de 15 a 65 años y de otras edades con mayor riesgo.
- PrEP (Profilaxis antes de la exposición) medicamento para la prevención del VIH para adultos con VIH negativo con alto riesgo de contraer VIH a través de sexo o del uso de drogas inyectables.
- Vacunas de inmunización para adultos: varían las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas: virus de varicela (varicela), difteria, gripe (influenza), Hepatitis A, Hepatitis B, virus del papiloma humano (VPH), sarampión, meningococo, paperas, tos ferina, neumococo, rubéola, herpes zóster y tétano.
- Detección de cáncer de pulmón para adultos de 50 a 80 años con alto riesgo de cáncer de pulmón porque son fumadores empedernidos o han dejado de fumar en los últimos 15 años.
- Detección de obesidad y asesoramiento.
- Consejería de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adultos con mayor riesgo.
- Medicamentos preventivos con estatinas para adultos de 40 a 75 años con mayor riesgo.
- Examen de sífilis para todos los adultos en mayor riesgo
- Examen del uso de tabaco para todos los adultos y las intervenciones para dejar de fumar para los consumidores de tabaco
- Examen de tuberculosis para ciertos adultos con síntomas de mayor riesgo

## Beneficios preventivos para mujeres

- Prueba de detección de densidad ósea para todas las mujeres mayores de 65 años o mujeres de 64 años y menores que hayan pasado por la menopausia.
- Asesoramiento sobre pruebas genéticas del cáncer de mama (BRCA) para mujeres con mayor riesgo de cáncer de mama (solo asesoría, no examen).
- Pruebas de mamografía de cáncer de mama: cada 2 años para mujeres mayores de 50 años o según lo recomendado por un proveedor para mujeres de 40 a 49 años o mujeres con mayor riesgo de cáncer de mama.
- Asesoramiento sobre quimio prevención de cáncer de mama para mujeres con mayor riesgo.
- Asistencia integral y asesoramiento de amamantamiento por parte de proveedores capacitados y acceso a suministros de lactancia materna para mujeres embarazadas y lactantes
- Anticoncepción: métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos, procedimientos de esterilización y educación y asesoramiento para pacientes, según lo prescrito por un proveedor de atención médica para mujeres con capacidad reproductiva (sin incluir medicamentos abortivos). Esto no se aplica a los planes de salud patrocinados por ciertos "empleadores religiosos" exentos.
- Prueba de detección del cáncer de cuello uterino: prueba de Papanicolaou(también llamada citología) para mujeres de 21 a 65 años.
- Detección de infección por Chlamydia en mujeres más jóvenes y otras mujeres con mayor riesgo
- Examen de diabetes para mujeres con antecedentes de diabetes gestacional que actualmente no están embarazadas y que han sido diagnosticadas previamente con diabetes tipo 2.
- Exámenes de detección de violencia doméstica e interpersonal para todas las mujeres

## Beneficios preventivos para mujeres (continuación)

- Suplementos de ácido fólico para mujeres que pueden quedar embarazadas.
- Examen de diabetes gestacional para mujeres con 24 semanas de embarazo (o posterior) y personas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional
- Examen de gonorrea para todas las mujeres con mayor riesgo.
- Prueba de hepatitis B para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal
- Prueba de detección de depresión materna para mamás en su visita de prevención para bebés saludables.
- Prevención y detección de preeclampsia para mujeres embarazadas con presión arterial alta.
- Prueba de incompatibilidad de Rh para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo.
- Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual para mujeres sexualmente activas.
- Intervención y asesoramiento extendido sobre el tabaco para todas las consumidoras de tabaco embarazadas.
- Examen anual de incontinencia urinaria para mujeres.
- Exploración del tracto urinario u otra infección
- Consultas de prevención para mujeres saludables para obtener servicios recomendados para mujeres

## Beneficios preventivos para niños

- Evaluaciones del uso de alcohol, tabaco y drogas para adolescentes.
- Examen de autismo para niños a los 18 y 24 meses.
- Evaluaciones del comportamiento para niños de las siguientes edades: de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años, de 15 a 17 años.
- Examen de concentración de bilirrubina para recién nacidos
- Examen de presión arterial para niños de las siguientes edades: de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años, de 15 a 17 años.
- Exámenes de sangre para recién nacidos
- Prueba de depresión para adolescentes a partir de los 12 años.
- Evaluación del desarrollo para niños menores de 3 años.
- Examen de dislipidemia para todos los niños con mayor riesgo de trastornos lipídicos entre 9 y 11 años y entre 17 y 21 años.
- Suplementos de flúor para niños sin flúor en su fuente de agua.
- Barniz de flúor para bebés y niños tan pronto como aparezcan los dientes.
- Medicamento preventivo contra la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos.
- Examen auditivo para todos los recién nacidos; y exámenes regulares para niños y adolescentes según lo recomendado por su proveedor.
- Medidas de altura, peso e índice de masa corporal tomados regularmente para todos los niños.
- Prueba de hematocrito o hemoglobina para todos los niños
- Hemoglobinopatías o detección de células falciformes para recién nacidos
- Examen de detección de hepatitis B para adolescentes con mayor riesgo.
- Prueba de detección del VIH para adolescentes con mayor riesgo.
- Prueba de detección de hipotiroidismo en recién nacidos
- PrEP (Profilaxis antes de la exposición) medicamento para la prevención del VIH para adolescentes con VIH negativo con alto riesgo de contraer VIH a través de sexo o del uso de drogas inyectables.
- Vacunas de inmunización para niños desde el nacimiento hasta los 18 años: varían las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas: virus de varicela (varicela), difteria, tétano y tos ferina; Haemophilus influenza tipo b; hepatitis A, hepatitis B, virus del papiloma humano (VPH), virus de polio inactivado, influenza (vacuna contra la gripe), sarampión, Meningocócica, paperas, Neumocócica, rubéola y Rotavirus.
- Prueba de plomo para niños en riesgo de exposición
- Examen de detección de obesidad y asesoramiento
- Evaluación del riesgo de salud oral para niños pequeños de 6 meses hasta 6 años.
- Examen de detección de fenilcetonuria (PKU) en recién nacidos.
- Asesoramiento y detección de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adolescentes con mayor riesgo
- Prueba de tuberculina para niños con mayor riesgo de tuberculosis en las siguientes edades: de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años, de 15 a 17 años.
- Examen de la vista para todos los niños.
- Consultas de prevención para bebés y niños saludables.

PAQUETE ESTÁNDAR

# Listos para lo que se presente.

## Póliza del seguro de indemnidad de grupo limitada con aditamentos

Nunca se sabe lo que puede suceder. Podría tratarse de una enfermedad o una lesión que lo haga ir al hospital o un accidente que lo envíe a la sala de emergencias o a un centro de atención urgente. O si está recibiendo tratamiento para una afección crónica, podría necesitar un poco de ayuda adicional con los gastos del hogar. El seguro de indemnidad de grupo limitada (GLI, por su sigla en inglés) y los aditamentos de Beazley Benefits pueden ayudarlo a mantener sus gastos de salud bajo control.

### ¿Qué es el seguro de indemnidad de grupo limitada?

La póliza del seguro de indemnidad de grupo limitada le ayuda a cubrir el costo de ciertos gastos médicos (incurridos debido a accidente o enfermedad), a una cantidad de beneficio específica, durante un número limitado de días al año, cuando recibe servicios cubiertos. El plan de indemnidad de grupo limitada se incluye con los aditamentos. Puede optar por estas coberturas para su cónyuge o hijos, y es elegible independientemente de su estado de salud (es decir, no tiene que responder ninguna pregunta médica para calificar).

Importante: la indemnidad de grupo limitada (y los aditamentos) NO son un seguro médico importante.

### ¿Cuáles son los beneficios específicos del plan?

**Indemnidad de grupo limitada**

Paga una cantidad fija en dólares por día por estos beneficios:

| Beneficios | Definición | Cantidades del plan |
|---|---|---|
| Beneficio de hospitalización | Para tratamiento en un hospital debido a una enfermedad o lesión durante 23 o más horas continuas (es decir, no menos de un día). | $100 por asegurado, por día<br>15 días por asegurado, por año |
| Beneficio de admisión hospitalaria | Para cirugía de pacientes internados en un hospital debido a una enfermedad o lesión. (Importante: el nacimiento de un niño sano cubre a la madre únicamente). | $1,250 por asegurado, por día<br>1 día por asegurado, por año |
| Cirugía Paciente interno/ ambulatorio | Para cirugía de pacientes internados/ambulatorios debido a una enfermedad o lesión. | $250 por asegurado, por día<br>1 día por asegurado, por año |

**Aditamento de enfermedades graves**

Paga un beneficio de cantidad global tras el diagnóstico de cualquiera de estas 9 afecciones especificadas: cáncer invasivo, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, trasplante de órgano mayor, falla renal, coma, parálisis, quemaduras graves y pérdida de la vista. Incluye un beneficio de ocurrencia adicional del 10% después de un período de separación de 12 meses.

| Beneficio del empleado | Beneficio para el cónyuge | Beneficio para hijos |
|---|---|---|
| $ 7,500 | $ 3,750 | $ 3,750 |

**Aditamento del beneficio por muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D)**

Paga un beneficio de cantidad global por pérdida de vida, perdida de extremidades u otras afecciones incapacitantes. El beneficio pagadero varía, según un listado de beneficios por la pérdida incurrida.

| Beneficio del empleado | Beneficio para el cónyuge | Beneficio para hijos |
|---|---|---|
| $ 50,000 | $25,000 | $10,000 |

**Aditamento por accidentes**

Paga un beneficio por el tratamiento de lesiones resultantes de un accidente cubierto.

| Beneficio | Definición | Cantidades del plan |
|---|---|---|
| Gasto por accidente | Paga beneficios por tratamientos y servicios incurridos debido a un accidente; la mayoría de los beneficios son pagaderos por accidente hasta un número fijo de accidentes por año. | Consulte el listado de beneficios<br>Hasta 2 accidentes por año |

*Consulte la póliza maestra y el certificado para ver todos los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones.*

El seguro está avalado por Beazley Insurance Company, Inc., 30 Batterson Park Road, Farmington, Connecticut, 06032. Beazley está clasificada con nivel A por A.M. Best. Beazley tiene licencia en los 50 estados y el Distrito de Columbia. Licencia de CA núm. 2868-8. La póliza de indemnidad de grupo limitada se ofrece bajo el **Formulario de póliza serie AHGLIMM0001.** Los beneficios pueden variar según el estado. La cuota variará en función del plan elegido. Podría aplicarse un período de espera para los participantes que se retrasen en la inscripción. Esta política es renovable a discreción de Beazley. Consulte la póliza maestra y el certificado para ver todos los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones. Beazley utiliza los servicios de un administrador externo. Globe Life And Accident Insurance Company administra y reasegura el programa Beazley Benefits.

beazley

© Beazley Insurance Company, Inc.

# DELTA DENTAL 1000

DELTA DENTAL®

| Beneficios dentales | En red | Fuera de la red |
|---|---|---|
| Deducible anual | $50 individual / $150 familia | $100 individual / $300 familia |
| Beneficio anual máximo | $1,000 por persona asegurada | $1,000 por persona asegurada |
| **Diagnóstico y preventivo** | | |
| Exámenes / Limpiezas (dos veces al año)<br>Radiografías básicos (una vez al año)<br>Radiografías complete (una vez cada 5 años) | Cubierto al 100%<br>(deducible renunciado) | Cubierto al 80%<br>(deducible renunciado) |
| **Servicios basicos** | | |
| Empastes (una vez por diente en 365 días)<br>Extracciones<br>Endodoncias (una vez por diente de por vida) | Cubierto al 80%<br>después de alcanzar el deducible | Cubierto al 50%<br>después de alcanzar el deducible |
| **Servicios principales** | | |
| Coronas (una vez por diente cada 5 años)<br>Dentadura postiza (una vez cada 5 años)<br>Puentes (una vez cada 5 años)<br>Implantes (una vez cada 5 años) | Cubierto al 50%<br>después de alcanzar el deducible | Cubierto al 50%<br>después de alcanzar el deducible |
| Ortodoncia | Descubierto | Descubierto |

Este resumen es un beneficio destacado que representa una breve descripción de la cobertura disponible. Las disposiciones de control estarán en la póliza de grupo emitada por Delta Dental.

**¡Sin período de espera!**

**¡Visita al dentista que quieras!**

**¡Limpiezas cubiertas al 100% en red!**

## Localización de un dentista de la red:

Desde la aplicación móvil o el sitio web de Delta Dental en
**https://www.deltadentalct.com**

1. Haga clic en "Find a Dentist"
2. Ingrese ciudad, código postal o dirección parcial
3. Seleccione la distancia que está dispuesto viajar
4. Seleccione la red "Delta Dental PPO"
5. Haga clic en "Search"

Si tiene preguntas adicionales, llame al servicio al cliente de Delta Dental al **1.800.452.9310**.

# VSP Vision

| Beneficios | En red | Fuera de la red | Frecuencia |
|---|---|---|---|
| Examen completo de visión | Copago de $10 | Asignación de hasta $45 | Una vez por 12 meses |
| **Marcos para anteojos** | | | |
| Un par de marcos de anteojos | Asignación de $130 ($70 a Walmart / Costco) | Asignación de hasta $70 | Una vez por 24 meses |
| **Lentes para anteojos *(en lugar de lentes de contacto)*** | | | |
| Unifocales | Copago de $25 | Asignación de hasta $30 | Una vez por 12 meses |
| Bifocales | Copago de $25 | Asignación de hasta $50 | Una vez por 12 meses |
| Trifocales | Copago de $25 | Asignación de hasta $65 | Una vez por 12 meses |
| **Lentes de contacto *(en lugar de lentes para anteojos)*** | | | |
| Ajuste y evaluación | Copago máximo de $60 | Aplicado a la asignación de lentes de contacto | Una vez por 12 meses |
| Optativos descartables | Asignación de $130 | Asignación de $105 | Una vez por 12 meses |
| No optativos (médicamente necesarios) | Cubierto al 100% después del copago | Asignación de $210 | Una vez por 12 meses |

Este resumen contiene una descripción general de su programa de cuidado de visión para su uso como una referencia conveniente. Los detalles completos de su programa aparecen en el contracto grupal entre el patrocinador de su plan y Delta Dental de Connecticut, Inc., que rige los beneficios y la operación de su programa.

## USO DE SU COBERTURA

Como miembro de VSP, tiene acceso a vsp.com y la aplicación VSP Vision Care. Ambos ofrecen una navegación fácil y un tablero personalizado, para que pueda obtener la información de beneficios que necesita, exactamente cuando la necesita.

Descargue la aplicación VSP Vision Care de las tiendas Apple o Google Play y obtenga acceso instantáneo a su cobertura, tarjeta de indentificación, extras exclusivos para miembros como ahorros en anteojos adicionales, corrección de la vista con láser y más.

Para obtener información adicional, también puede llamar al 1.800.877.7195.