

ELEGIBILIDAD			PORCENTAJE QUE PAGA EL EMPLEADO		
<u>Nivel</u>	<u>Horario</u>	<u>Beneficios</u>	<u>Empleado</u>	<u>Cónyuge</u>	<u>Dependiente</u>
NIVEL 1: 75-100% (tiempo completo)	Trabaja 30 horas o más	Elegible para los beneficios	0.0%	100.0%	50.0%
NIVEL 2: 60-75% (tiempo completo)	Trabaja de 24 a 30 horas	Elegible para los beneficios	25.0%	100.0%	62.5%
NIVEL 3: 1-59% (tiempo completo)	Trabaja de 1 a 23 horas	No elegible para los beneficios – excepto FSA	n/a	n/a	n/a

SERVICIOS MÉDICOS		KAISER	
<u>Red</u>	<u>HMO</u>	<u>HDHP with HSA</u>	
Deducible anual	Ninguno	\$1,500 / \$3,000	
Máximo Desembolsable del Plan Anual (<i>Ind./ Ind. fam./Fam.</i>)	\$1,500 / \$1,500 / \$3,000	\$3,000 / \$3,000 / \$6,000	
Consultorio médico	\$15 copago	\$15 copago después de deducible	
Radiografías/Análisis de laboratorio/Estudios por imágenes	Sin cargo	\$15 copago después de deducible	
Sala de emergencias	\$100 copago (exento si es admitido)	\$100 copago (exento si es admitido)	
Cirugía ambulatoria	\$15 copago	\$150 copago después de deducible	
Servicios de hospitalización	\$250 copago	\$250 copago después de deducible	
Medicamentos con receta Genéricos / De Marca	<u>En minoristas</u> \$10 / \$25 copago	<u>Pedido por correo</u> \$20 / \$50 copago	<u>En minoristas</u> \$10 / \$25 copago después de deducible
Especializados	20% hasta un máximo de \$150	n/a	20% hasta un máximo de \$150 después de deducible
Beneficios materiales de la visión	\$175 de asignación para anteojos o contactos (cada 24 meses)		\$175 de asignación para anteojos o contactos (cada 24 meses)

DENTALES	METLIFE			
	Plan Base		Plan Para Comprar Más	
<u>Red</u>	<u>De la red</u>	<u>Fuera de la red</u>	<u>De la Red</u>	<u>Fuera de la red</u>
Deducible – Nivel 1 exento (<i>Individual/Familiar</i>)	\$50 / \$150	\$50 / \$150	\$50 / \$150	\$50 / \$150
Beneficio Anual Máximo	\$1,250	\$1,250	\$2,000	\$2,000
Tipo A - Servicios preventivos	100%	100%	100%	100%
Tipo B - Servicios básicos	80%	80%	80%	80%
Tipo C - Servicios mejores	50%	50%	50%	50%
Ortodoncia				
Máximo del plan de ortodoncia de por vida	n/a	n/a	\$1,500	\$1,500
Adulto /Niños Dependientes	No hay cobertura		50%	50%

SERVICIOS DE LA VISTA - VOLUNTARIOS		METLIFE	
<u>Examen</u>	<u>Lentes</u>	<u>Marcos</u>	<u>Lentes de contacto</u>
12 meses	12 meses	24 meses	12 meses
		<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
Copagos por examen/materiales		\$10 / \$25	hasta una asignación de \$50
Adaptación y evaluación de lentes		Estándar: \$25 copago	Aplicado a la asignación de lentes de contacto
Marcos		Asignación de \$130	hasta una asignación de \$70
Lentes - Simples / Bifocales / Trifocales		Cubierto al 100%	hasta una asignación de \$30 / \$50 / \$65
Lentes de contacto			
Médicamente necesarios		Cubierto al 100%	hasta \$210 asignación
Lentes electivos		Asignación de \$130	hasta \$105 asignación

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA) *Todas las EE son elegibles***THRIVEPASS**

	<u>Cuidado de la salud FSA</u>	<u>FSA Cuidado de dependientes</u>
Máximo anual	\$3,050	\$5,000
	<u>Estacionamiento</u>	<u>Transporte público</u>
Máximo mensual – Planes de Transporte	\$300	\$300

CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD – Solo para HDHP**THRIVEPASS**

	<u>Cuenta de ahorros para la salud</u>	<u>HSA Contribución de Lighthouse</u>
Máximo anual	\$3,850 Individual / \$7,700 Familia	\$750 Individual / \$1,500 Familia

PROGRAMA DE ASISTENCIA A EMPLEADOS**METLIFE**

Ayuda las 24 horas del día, los siete días de la semana - Confidencial	<u>Todas las EE son elegibles – 5 Sesión por incidente</u>			
	<u>Problemas matrimoniales y familiares</u>	<u>Problemas laborales</u>	<u>Estrés, ansiedad, tristeza</u>	<u>Dolor, pérdida, eventos traumáticos</u>

VIDA BÁSICA y AD&D**METLIFE**

Vida Básica y AD&D	Una vez las ganancias anuales a \$50,000
Vida Básica y AD&D esta pagado por Lighthouse para todos empleados elegibles	
Voluntary Life / AD&D	Compra para usted, su cónyuge y/o sus hijos

BENEFICIOS VOLUNTARIOS**METLIFE**

Complementar sus beneficios existentes con uno o más de estos planes. Cada uno le paga beneficios directamente a usted para ayudar a proporcionar apoyo financiero para usted y su familia

- Accidente
- Enfermedad Crítica
- Indemnización hospitalaria

OTROS BENEFICIOS**LifeMart**

Sitio Web de descuentos	Discountmember.lifecare.com
Los afiliados nuevos ingresan el código de registro: WFCLIENT	
Tuition Funding Sources (Fuentes de financiamiento de la matrícula)	
Sitio Web de becas y financiamiento de la matrícula	www.tuitionfundingsources.com (en inglés)

CONTRIBUCIONES MENSUALES DEL EMPLEADO

	<u>Nivel 1</u>					<u>Nivel 2</u>				
	<u>Kaiser HMO</u>	<u>Kaiser HDHP</u>	<u>Plan Dental Básico</u>	<u>Plan de Compra Dental</u>	<u>Plan de Visión</u>	<u>Kaiser HMO</u>	<u>Kaiser HDHP</u>	<u>Plan Dental Básico</u>	<u>Plan de Compra Dental</u>	<u>Plan de Visión</u>
Empleado	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$8.70	\$6.79	\$193.56	\$157.34	\$9.98	\$18.68	\$6.79
Empleado e										
cónyuge	\$929.10	\$755.24	\$36.07	\$52.52	\$13.60	\$1,122.66	\$912.58	\$46.06	\$62.51	\$13.60
Empleado e hijo(s)	\$387.13	\$314.69	\$27.75	\$59.94	\$11.88	\$677.47	\$550.70	\$44.67	\$76.86	\$11.88
Empleado y familia	\$1,161.37	\$944.06	\$71.08	\$113.80	\$18.66	\$1,451.71	\$1,180.07	\$88.00	\$130.72	\$18.66

CONTACTOS IMPORTANTES

Centro de Recursos de Beneficios (BRC) de USI 888-336-7463 BRCCA@usi.com	Kaiser Permanente	MetLife
	800-464-4000	Servicio al Cliente: 800-438-6388
	www.kp.org	www.metlife.com
	ThrivePass	EAP: 888-319-7919
	866-855-2844	www.metlifeeap.lifeworks.com
	www.thrivepass.com	

Los beneficios arriba mencionados suponen el uso de servicios de proveedores participantes. Los beneficios podrían reducirse o ser denegados si usted no accede a la red apropiada. También podrían aplicarse exclusiones y limitaciones. Consulte su póliza para obtener información completa.