

ELEGIBILIDAD			PORCENTAJE QUE PAGA EL EMPLEADO		
Nivel	Horario	Beneficios	Empleado	Cónyuge	Dependiente
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 PERMANENTE	
	HDHP HMO	
Beneficios		
Deducible anual (<i>Ind./Ind.fam/Fam.</i>)	\$5,500 / \$5,500 / \$11,000	
Máximo Desembolsable del Plan Anual (<i>Ind./ Ind. fam./Fam.</i>)	\$7,000 / \$7,000 / \$14,000	
Consultorio médico	Copago de \$50 por visita después del deducible	
Radiografías/Análisis de laboratorio/Estudios por imágenes	Conseguro de 40% después del deducible	
Sala de emergencias	Conseguro de 40% después del deducible (exención si hospitalización)	
Cirugía ambulatoria	Conseguro de 40% después de deducible	
Servicios de hospitalización	Conseguro de 40% después de deducible	
Medicamentos con receta Genéricos / Marca	<u>Una farmacia del plan</u> Copago de \$15 después del deducible / Conseguro de 40% después del deducible (sin exceder \$100)	<u>Pedido por correo</u> Copago de \$30 después del deducible / Conseguro de 40% después del deducible (sin exceder \$100)
Especializados	Conseguro de 40% (sin exceder \$250) después del deducible	No esta cubierto
Beneficios materiales de la visión	\$175 de asignación para anteojos o contactos (cada 24 meses)	

SEGUROS DENTALES	METLIFE			
	Plan Base		Plan Para Comprar Más	
Beneficios	De la red	Fuera de la red	De la Red	Fuera de la red
Deducible – <i>Nivel 1 exento (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 mayores	50%	50%	50%	50%
Ortodoncia				
Máximo del plan de ortodoncia de por vida	No hay cobertura	No hay cobertura	\$1,500	\$1,500
Adulto /Niños Dependientes	No hay cobertura		50%	50%

SEGURO VISIÓN VOLUNTARIO	SUPERIOR VISION POR METLIFE			
	Examen	Lentes	Marcos	Lentes de contacto
	12 meses	12 meses	24 meses	12 meses
Copagos por examen/materiales		<u>Dentro de la red</u> \$10 / \$25		<u>Fuera de la red</u> Hasta una asignación de \$50
Adaptación y evaluación de lentes de contacto		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				
Medicamente 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****FSA de Asistencia Sanitaria****FSA de Cuidado de Dependientes**

Máximo anual	\$3,200	\$5,000
--------------	---------	---------

Estacionamiento**Transporte**

Máximo mensual	\$315	\$315
----------------	-------	-------

MERP**NONSTOP HEALTH**

Lighthouse – MERP Contribución de Nonstop

Máximo anual	Hasta \$5,500 por cobertura Individual / Hasta \$11,000 por familia entera
--------------	--

PROGRAMA DE ASISTENCIA A EMPLEADOS**METLIFE**

Todas las EE son elegibles – 5 Sesión por incidente

Ayuda las 24 horas del día, los siete días de la semana - Confidencial

Problemas matrimoniales y familiares

Problemas laborales

Estrés, ansiedad, tristeza

Dolor, pérdida, eventos traumáticos

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/pd 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: USI

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****Nivel 1****Nivel 2**

	Plan Médico HDHP HMO	Plan Dental Básico	Plan de Compra Dental	Plan de Visión Voluntario	Plan Médico HDHP HMO	Plan Dental Básico	Plan de Compra Dental	Plan de Visión Voluntario
Empleado	\$0.00	\$0.00	\$8.70	\$6.79	\$183.87	\$9.98	\$18.68	\$6.79
Empleado e cónyuge/pd	\$786.54	\$36.07	\$52.52	\$13.60	\$970.40	\$46.05	\$62.50	\$13.60
Empleado e hijo(s)	\$335.86	\$27.75	\$59.94	\$11.88	\$603.69	\$44.67	\$76.86	\$11.88
Empleado y familia	\$1,078.57	\$71.08	\$113.80	\$18.66	\$1,346.40	\$88.00	\$130.72	\$18.66

CONTACTOS IMPORTANTES**Centro de Recursos de Beneficios (BRC)**

888-336-7463

BRCCA@usi.com**Nonstop Health**

877) 626-6057

www.nonstophealth.com**Kaiser Permanente**

800-464-4000

www.kp.org**ThrivePass**

866-855-2844

www.thrivepass.com**MetLife**

Servicio al Cliente: 800-438-6388

www.metlife.com

EAP: 888-319-7919

www.metlifeep.lifeworks.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.