GUÍA DE BENEFICIOS 2021

ENLÍSTE AHORA! El tiempo es limitado

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

Para obtener información adicional o para inscribirse en los beneficios, comuníquese con representante de BaronHR o visite https://sbmabenefits.com/baronhr

COBERTURA MÉDICA

Basic MEC: Cubre todos los servicios preventivos al 100% e incluye descuentos en recetas

MEC Plus: Cubre todos los servicios preventivos al 100%, visitas al consultorio, atención urgente, laboratorios, radiografías y medicamentos recetados genéricos en varios copagos.

Anthem Bronze PPO 6300: Este plan PPO de Valor Mínimo tiene un deducible individual de $6,300 en el que la mayoría de los servicios están sujetos al deducible antes de que el plan comience a pagar. Los costos de los planes de Valor Mínimo están sujetos a la asequibilidad según lo dispuesto por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Los emmpleados no pagarán más del 9.83% de su pago para la cobertura solo para empleados.

COBERTURA COMPLEMENTARIA

Anthem Dental: La cobertura incluye servicios de diagnóstico y preventivos al 100%, servicios básicos y de restauración al 80% y servicios principales al 50%. Nota: no hay cobertura para ortodoncia.

Anthem Visión: Cubre exámines de la vista con un copago de $10, subsidio de gafas de marco, lentes con un copago de $25 o lentes de contacto con una asignación o al 100% dependiendo de la necesidad médica.

Basic MEC

Beneficios médicos	Basic MEC
Preventivo / Bienestar	Cubierto al 100%
Programa de descuento de recetas	Incluido

[1]El plan de Basic MEC excluye los servicios fuera de la red y cubre sólo los servicios médicos mencionados arriba y en la página de servicios cubiertos

[2]El programa de recetas ofrece descuentos de hasta el 80% en la mayoría de los medicamentos recetados aprobados por la FDA.

Aspectos destacados de su plan:

21 servicios preventivos para adultos
24 servicios adicionales para mujeres
31 servicios para niños

Cobertura asequible

Servicios preventivos cubiertos 100%

Programa de descuento de recetas

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 Preventive Services Only

Por teléfono: llame al **1.888.794.7427**
En línea: visite www.multiplan.com y haga clic en "Find a Provider" ubicado en la esquina superior derecha de la página y siga los pasos a continuación.

1. Después de reconocer que ha leído el descargo de responsabilidad en la parte inferior de la pantalla, haga clic en el botón verde "Select Network"
2. Al seleccionar su red, seleccione "PHCS," luego "Preventive Services Only"
3. Ingrese uno de los criterios de búsqueda sugeridos en el cuadro de búsqueda para comenzar su búsqueda
4. Si la configuración de su navegador no permite que se detecte su ubicación, ingrese un código postal

Ahorre hasta un 80% en todos los medicamentos recetado aprobados por la FDA en las farmacias más grades de los Estados Unidos. Simplemente proporcione su tarjeta indentificación en la farmacia y ahorre

- **Sin formularios de reclamo**
- **Sin deducibles**
- **Sin limitaciones ni máximos**
- **Sin exclusiones condiciones preexistentes**

singlecare

www.singlecare.com/sbma | **1.866.978.0843**

MEC PLUS

SBMA

Beneficios médicos	MEC Plus
Deducible anual	$0
Gasto máximo anual (para servicios cubiertos)	$1,850 Individual / $3,700 familia
Preventivo / Bienestar	Cubierto 100%
Visitas de atención primaria / especialista	Copago de $15
Atención de urgencias	Copago de $50
Exámenes de laboratorio	Copago de $50
Radiografías	Copago de $50
Medicamentos genericos	Copago de $5

[1]El plan MEC Plus excluye los servicios fuera de la red y cubre SÓLO los servicios médicos enumerados anteriormente.

Servicios preventivos cubiertos 100%

Todos los demás servicios cubiertos con un copago

Descuentos adicionales de recetas

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 **1.888.263.7543**
En línea: visite www.multiplan.com y haga clic en "Find a Provider" ubicado en la esquina superior derecha de la página y siga los pasos a continuación.

1. Después de reconocer que ha leído el descardo de responsabilidad en la parte inferior de la pantalla, haga clic en el botón verde "Select Network"
2. Al seleccionar su red, seleccione "PHCS," luego "Specific Services"
3. Ingrese uno de los criterios de búsqueda sugeridos en el cuadro de búsqueda para comenzar su búsqueda
4. Si la configuración de su navegador no permite que se detecte su ubicación, ingrese un código postal

Uso de su Tarjeta de Medicamentos Recetados en Farmacias Minoristas

SmithRx

Presente su tarjeta de médica junto con su receta médica en cualquiera de nuestras más de 67,000 farmacias minoristas cada vez que vaya a surtir sus medicamentos. Puede tener acceso a la lista de farmacias participantes en la página web www.mysmithrx.com. Para soporte adicional, llame al **1.844.454.5201**

Servicios Preventivos

SBMA

Servicios cubiertos para adultos

1. Aneurisma aórtico abdominal de una sola vez para hombres de edades determinadas que alguna vez han fumado
2. Detección y asesoramiento de abuso de alcohol
3. Uso de aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares en hombres y mujeres de ciertas edades
4. Examen de presión arterial para todos los adultos
5. Examen de colesterol para adultos de ciertas edades o en mayor riesgo
6. Examen de cáncer colorrectal para adultos mayores de 50 años
7. Prueba de depresión para adultos
8. Prueba de detección de diabetes (tipo 2) para adultos con presión arterial alta
9. Asesoramiento dietético para adultos con mayor riesgo de enfermedad crónica
10. Prevención de caídas (con ejercicio o fisioterapia y uso de vitamina D) para adultos de 65 años o mayores
11. Examen de detección de hepatitis B para personas con mayor riesgo
12. Detección de hepatitis C para adultos con mayor riesgo, y una vez para todos los nacidos entre 1945 y 1965
13. Prueba de detección del VIH para todas las edades de 15 a 65 años, y otras edades con mayor riesgo
14. Vacunas de inmunización para adultos: dosis, edades recomendadas y poblaciones recomendadas varían: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes zoster, virus del papiloma humano, influenza (vacuna antigripal), sarampión, paperas, rubéola, meningococo, neumococo, tétano, difteria, tos ferina, varicela
15. Detección de cáncer de pulmón para adultos de 55 a 80 años con alto riesgo de cáncer de pulmón porque son fumadores empedernidos o han dejado de fumar en el pasado15 años
16. Detección de obesidad y asesoramiento para todos los adultos
17. Consejería de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adultos con mayor riesgo
18. Medicamentos preventivos con estatinas para adultos de 40 a 75 años con mayor riesgo
19. Examen de sífilis para todos los adultos en mayor riesgo
20. Examen del uso de tabaco para todos los adultos y las intervenciones para dejar de fumar para los consumidores de tabaco
21. Examen de tuberculosis para ciertos adultos con síntomas de mayor riesgo

Servicios cubiertos para mujeres

1. Detección de anemia de rutina para mujeres embarazadas
2. Asesoramiento sobre pruebas genéticas del cáncer de mama (BRCA) para mujeres con mayor riesgo de cáncer de mama
3. Pruebas de mamografía de cáncer de mama cada 1 a 2 años para mujeres mayores de 40 años
4. Asesoramiento sobre quimioprevención de cáncer de mama para mujeres con mayor riesgo
5. Asistencia integral y asesoramiento de amamantamiento por parte de proveedores capacitados y acceso a suministros de lactancia materna para mujeres embarazadas y lactantes
6. Prueba de detección del cáncer de cuello uterino para mujeres sexualmente activas
7. Detección de infección por Chlamydia en mujeres más jóvenes y otras mujeres con mayor riesgo
8. 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.
9. Examen de diabetes para mujeres con antecedentes de diabetes gestacional que actualmente no están embarazadas y no previamente diagnosticadas con diabetes tipo 2
10. Exámenes de detección de violencia doméstica e interpersonal para todas las mujeres
11. Suplementos de ácido fólico para mujeres que pueden quedar embarazadas
12. Examen de diabetes gestacional para mujeres de 24 a 28 meses de embarazo y personas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional
13. Examen de gonorrea para todas las mujeres con mayor riesgo
14. Prueba de hepatitis B para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal
15. Detección de VIH y asesoramiento
16. Prueba de ADN del virus del papiloma humano (VPH) cada 3 años para mujeres con resultados citológicos normales que tienen 30 años o más

Servicios cubiertos para mujeres (continuada)

17. Pruebas de osteoporosis para mujeres mayores de 60 años según los factores de riesgo
18. Prevención y detección de preeclampsia para mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo
19. Prueba de incompatibilidad Rh para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo
20. Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual para mujeres sexualmente activas
21. Examen de sífilis para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con mayor riesgo
22. Pruebas e intervenciones de uso del tabaco para todas las mujeres y asesoramiento ampliado para las usuarias embarazadas de tabaco
23. Exploración del tracto urinario u otra infección para mujeres embarazadas
24. Visitas de mujeres sanas para obtener servicios recomendados para mujeres menores de 65 años

Servicios cubiertos para niños

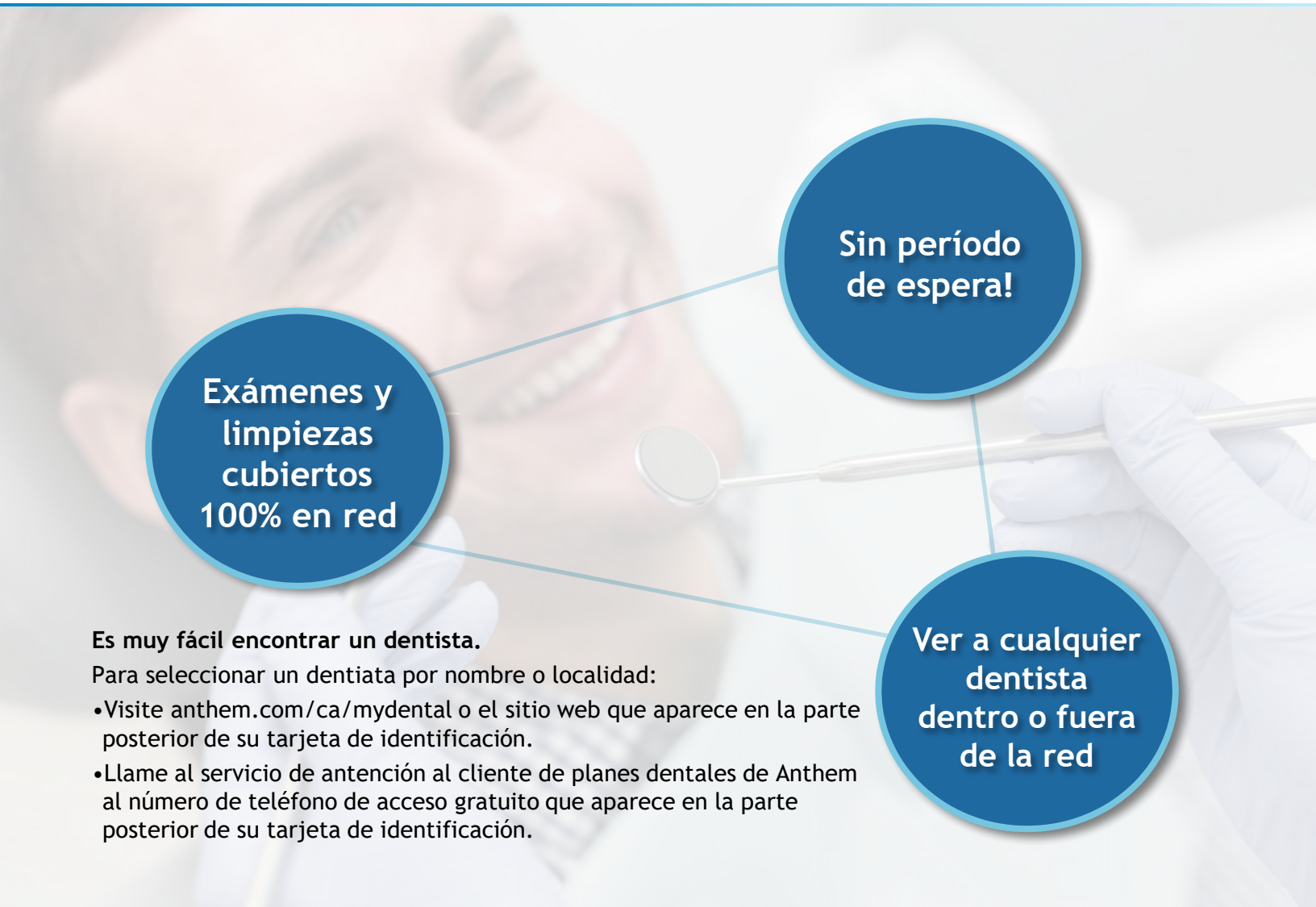
1. Evaluaciones del uso de alcohol y drogas para adolescentes
2. Examen de autismo para niños a los 18 y 24 meses
3. Evaluaciones del comportamiento para niños de las siguientes edades: de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años, de 15 a 17 años.
4. Examen de concentración de bilirrubina para recién nacidos
5. 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.
6. Exámenes de sangre para recién nacidos
7. Detección de displasia cervical para mujeres sexualmente activas
8. Prueba de depresión para adolescentes
9. Evaluación del desarrollo para niños menores de 3 años
10. Examen de dislipidemia para niños con mayor riesgo de trastornos lipídicos en las siguientes edades: 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años.
11. Suplementos de quimioprevención con flúor para niños sin flúor en su fuente de agua
12. Barniz de flúor para bebés y niños tan pronto como estén presentes los dientes.
13. Medicamento preventivo contra la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos
14. Examen auditivo para todos los recién nacidos; y para niños una vez entre 11 y 14 años, una vez entre 15 y 17 años, y una vez entre 18 y 21 años
15. Medidas de altura, peso y índice de masa corporal 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.
16. Prueba de hematocrito o hemoglobina para niños
17. Hemoglobinopatías o detección de células falciformes para recién nacidos
18. Examen de detección de hepatitis B para adolescentes de 11 a 17 años con alto riesgo
19. Prueba de detección del VIH para adolescentes con mayor riesgo
20. Prueba de detección de hipotiroidismo en recién nacidos
21. Vacunas de inmunización para niños desde el nacimiento hasta los 18 años: dosis, edades recomendadas y poblaciones recomendadas: difteria, tétanos, tos ferina, Haemophilus influenzae tipo b, hepatitis A, hepatitis B, virus del papiloma humano, virus de polio inactivado, influenza (vacuna antigripal), sarampión, Meningocócica, Neumocócica, Rotavirus, Varicela
22. Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses con riesgo de anemia
23. Prueba de plomo para niños en riesgo de exposición
24. Examen de depresión materna para madres de bebés en visitas de 1, 2, 4 y 6 meses
25. Historial médico para todos los niños durante el desarrollo 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.
26. Detección de obesidad y asesoramiento
27. Evaluación del riesgo de salud oral para niños pequeños Edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años.
28. Phenylketonuria (PKU) detección de este trastorno genético en recién nacidos
29. Asesoramiento y detección de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adolescentes con mayor riesgo
30. 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.
31. Examen de la vista para todos los niños.

Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, visite: https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/

Anthem Dental

SBMA

Beneficios dentales	En red	Fuera de la red
Deducible anual	$50 individual / $150 familia	$100 individual / $300 familia
Beneficio anual máximo	$1,500 por persona asegurada	$500 por persona asegurada
Diagnóstico y preventivo		
Exámenes / Limpiezas (2 por año) Radiografías (1 por año)	Cubierto al 100% (deducible renunciado)	Cubierto al 70% (sujeto a deducible)
Servicios basicos		
Empastes (una vez por diente cada 24 meses) Extracciones Endodoncia (una vez por diente por vida) Periodoncia	Cubierto al 80%	Cubierto al 50%
Servicios principales		
Coronas (una vez por diente cada 7 años) Dentaduras postizas (una vez cada 7 años) Puentes (una vez cada 7 años)	Cubierto al 50%	Cubierto al 20%
Implantes dentales / Ortodoncia	Descubierto	Descubierto



Es muy fácil encontrar un dentista.

Para seleccionar un dentiata por nombre o localidad:

- Visite anthem.com/ca/mydental o el sitio web que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación.
- Llame al servicio de antención al cliente de planes dentales de Anthem al número de teléfono de acceso gratuito que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación.

ANTHEM VISION

SBMA

Beneficios de visión	En red	Fuera de la red	Frecuencia
Examen ocular de rutina	Copago de $10	Asignación de hasta $49	Una vez por 12 meses
Marcos para anteojos			
Un par de marcos de anteojos	Asignación de $130 luego un 20% de descuento en el saldo restante	Asignación de hasta $50	Una vez por 24 meses
Lentes para anteojos *(en lugar de lentes de contacto)*			
Unifocales	Copago de $25	Asignación de hasta $35	Una vez por 12 meses
Bifocales	Copago de $25	Asignación de hasta $49	Una vez por 12 meses
Trifocales	Copago de $25	Asignación de hasta $74	Una vez por 12 meses
Lentes de contacto *(en lugar de lentes para anteojos)*			
Optativos convencionales	Asignación de $130 luego un 15% de descuento en el saldo restante	Asignación de hasta $92	Una vez por 12 meses
Optativos descartables	Asignación de hasta $130	Asignación de hasta $92	Una vez por 12 meses
No optativos (médicamente necesarios)	Cubierta al 100%	Asignación de hasta $250	Una vez por 12 meses

Si desea encontrar una tienda o un médico oculista participante de la red, inicie sesión en **anthem.com/ca** o, en el menú de la página principal, en la sección **Care** (Atención), seleccione **Find a Doctor** (Encontrar un médico). También puede comunicarse con los servicios de atención a miembros para recibir asistencia al **1.866.723.0515**.

Ahorro en lentes adicionales y corrección de la visión con láser

Lentes de contacto médicamente necesarias CUBIERTO POR COMPLETO

Asignaciones para servicios fuera de la red

Algunos de los proveedores dentro de la red son los siguientes:

GLASSES.COM · contactsdirect · LensCrafters · OPTICAL · sears OPTICAL · JCPenney | optical

COSTO POR COBERTURS

Planes Médicos				
Tarifas semanales	Solo Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/Niño(s)	Empleado/Familia
Basic MEC	$5.77	$11.54	$11.54	$17.31
MEC Plus	$22.31	$59.70	$43.68	$85.32
Please contact branch management for additional information regarding the Anthem Minimum Value plan				

Planes Complementarias				
Tarifas semanales	Solo Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/Niño(s)	Empleado/Familia
Anthem Dental	$9.23	$18.12	$20.08	$29.08
Anthem Vision	$2.14	$4.29	$3.77	$6.08

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Para inscribirse en los beneficios, comuníquese con su representante de BaronHR.

Para ver las opciones de cobertura, visite https://sbmabenefits.com/baronhr