

ASPECTOS DESTACADOS DE BENEFICIOS

Planes 2026 para Pandora Jewelry

Atención Médica Asequible
HECHA SIMPLE

Todos merecen acceso a atención de calidad que se adapte a su estilo de vida. Con Hooray Health, obtener atención diaria asequible es más fácil que nunca.



ATENCIÓN MÉDICA ASEQUIBLE PARA USTED Y SU FAMILIA



Pandora Jewelry y Hooray Health se han asociado para ofrecer beneficios de salud asequibles con protección en capas - brindándole a usted y sus seres queridos acceso a atención de calidad cuando más la necesiten.

Ya sea que esté enfermo, necesite una receta médica o tenga un accidente - **sus beneficios de Hooray Health lo tienen cubierto.**

Cuando Está Enfermo y Necesita Atención	Cuando Necesita una Receta Médica	Cuando Tiene un Accidente
Obtenga atención usando telemedicina o visitando un centro de atención urgente ✓ Consultas virtuales con médico 24/7, \$0 ✓ \$25 por visita en una clínica o centro de atención urgente dentro de la red ✓ Acceso a médicos, especialistas y hospitales a través de la Red First Health	Ahorre en medicamentos: nuestra aplicación encuentra el mejor precio cerca de usted ✓ Ahorre hasta 80% de los precios al por menor y más de 500 medicamentos de marca disponibles ✓ Obtenga acceso a medicamentos adicionales para condiciones agudas y crónicas*	No se estrese: los beneficios cubrirán sus costos médicos ✓ Los beneficios por accidente comienzan en \$5,000 para ayudar a cubrir los costos médicos elegibles relacionados con lesiones ✓ Sin deducible ✓ Vaya a cualquier lugar, o a nuestros proveedores dentro de la red



La **aplicación Hooray Health** le brinda atención rápida: conéctese con un proveedor de telemedicina, encuentre proveedores cercanos, verifique precios de medicamentos recetados y mucho más.

Beneficios Incluidos

- Visitas al consultorio médico
- Visitas al hospital
- Rayos X y laboratorios
- Cirugías

Servicios Adicionales

- Programa de radiología con descuento
- Salud conductual virtual

Su empleador puede ofrecer opciones de cobertura adicionales como dental, visión, seguro de vida o protección contra enfermedades críticas. Para ver qué está disponible, revise los beneficios complementarios en la página 22.

*Los medicamentos adicionales son específicos del plan. Visite su sitio web de inscripción para más detalles.



Escanee el código QR, visite pandora.myhoorayhealth.com
o llame al **855-479-4008**



USANDO LOS PLANES DE HOORAY HEALTH

OPCIONES DE ATENCIÓN Y COSTO

Escanee el
Código QR para
ver cómo acceder
a la atención con
Hooray Health!



¿SE DESPERTÓ CON FIEBRE?

Puede elegir llamar a nuestro servicio de telemedicina o visitar un centro de atención urgente.



LLAMAR A UN MÉDICO VIRTUAL

PAGAR \$0

Cuando use el médico de telemedicina de **Hooray Health**

*La tarifa de \$25 por visita se aplica al número de visitas de atención urgente incluidas en su plan elegido por año.

VISITAR UN CENTRO DE ATENCIÓN URGENTE

PAGAR \$25*

Por visita en un centro de atención urgente dentro de la red

La atención está a solo unos pasos:

1. Use la aplicación para encontrar el centro de atención urgente más cercano
2. Llame para programar una cita
3. Visite el centro de atención urgente y muestre su tarjeta de identificación de miembro

Sin seguro, puede costarle hasta \$434⁽¹⁾.

¿SE CAYÓ Y SE ROMPIÓ EL BRAZO?

Visite un proveedor dentro de la red para recibir atención.

VISITA AL HOSPITAL Y TRATAMIENTO(S) DE SEGUIMIENTO

PAGAR \$0

El beneficio por accidente de **Hooray Health** cubre el costo médico hasta \$5,000, según su plan.

La atención está a solo unos pasos:

1. Use la aplicación para encontrar un proveedor
2. Visite al proveedor y regístrese mostrando su tarjeta de identificación de Hooray Health
3. Reciba atención y obtenga rayos X, yesos y receta(s) médica(s), si es necesario.



Sin seguro, puede costarle hasta \$3,096⁽²⁾.

Estas historias de reclamos son una ilustración y representan la experiencia de un individuo solamente y las experiencias y opiniones aquí pueden ser únicas para el individuo. Los resultados individuales de reembolso y cobertura varían según las opciones de póliza que elija.

⁽¹⁾Fairhealthconsumer.org Costes sin seguro/fuera de la red en el código postal 75248 para el código CPT 99202 Visita del paciente y 88106 Examen de fluidos corporales.

⁽²⁾ Gascon Ivey, A. (1 de mayo de 2023). ¿Cuánto cuesta una visita de telesalud? GoodRx. Obtenido de <https://www.goodrx.com/healthcare-access/telehealth/howmuch-does-telehealth-cost>

POR QUÉ HOORAY HEALTH ATENCIÓN EN LA QUE CONFÍA. PROTECCIÓN QUE NECESITA.



La atención médica puede volverse costosa rápidamente, incluso para visitas básicas o accidentes menores. Los planes de Hooray Health están contruidos para proteger su salud y su billetera, con beneficios simples que ayudan a cubrir el costo de la atención cuando más la necesite.

Un plan simple, construido con capas de atención y protecciones de costo



Telemedicina 24/7

Costo \$0

Hable con un médico certificado por la junta en cualquier momento y en cualquier lugar

Visitas de Atención Urgente

Pague \$25 por Visita*

Más de 4,500 ubicaciones de clínicas y centros de atención urgente dentro de la red a nivel nacional

Protección por Accidentes

Los beneficios de hasta \$5,000

Su plan ayuda a cubrir el costo cuando ocurre lo inesperado

Ahorros en Medicamentos Recetados

\$0 para muchos Medicamentos

Ahorre hasta 80% de los precios al por menor y más de 500 medicamentos de marca disponibles

Médicos, Especialistas y Hospitales

Copago \$0

Encuentre más de 1.22 millones de proveedores dentro de la Red First Health para atención adicional

Beneficios de Hospital y Cirugía

Copago \$0

El plan establece una cantidad fija en dólares para hospitalizaciones y cirugías.

Aplicación Hooray Health

Busque atención, hable con un médico o verifique precios de medicamentos recetados, directamente desde su teléfono

*La tarifa de 25 dólares por visita se aplica al número de visitas de urgencias incluidas en el plan elegido por año.

⁽¹⁾ Los detalles de la cobertura pueden variar en función de las opciones específicas del plan seleccionadas por su empleador.



Escanee el código QR para inscribirse. Únase a Hooray Health hoy y tome control de su atención. Es simple, inteligente y construido para usted.

Resumen del Plan de Beneficios Advantage Max

Los planes de **Hooray Health Advantage Max** proporciona pagos fijos que puede utilizar para las visitas y servicios del plan, **sin límite preestablecido para la atención de urgencia y las visitas al consultorio médico.** Además de los pagos fijos del año de póliza por enfermedad y dolencia, los planes Hooray Health Advantage Max también incluyen beneficios de gastos médicos por accidentes.

	MAX \$5,000 LITE	MAX \$5,000 ENHANCED
PÓLIZA DE ENFERMEDAD/DOLENCIA AÑO MÁXIMO	\$5,000	\$5,000
MÁS MÁXIMO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE (POR ACCIDENTE)	\$5,000	\$5,000
MÁXIMO DE POR VIDA	N/A	N/A
BENEFICIOS DE ENFERMEDAD AMBULATORIOS	PLAN PAGA POR DÍA	
ATENCIÓN DE URGENCIA / CLÍNICA MINORISTA VISITAS AL CONSULTORIO	Hasta lo máximo de póliza del año	
Red de Clínicas de Atención de Urgencia / Minoristas de Hooray Health	Incluye visita al consultorio + prueba de laboratorio interna, radiografías, etc. Miembro paga una tarifa de \$25*; Plan paga \$275	
Visitas al consultorio de la clínica de atención de urgencia o minorista	Proveedor de la red de First Health a precios reducidos** o proveedor fuera de la red sin descuentos*** Plan paga \$275	
CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS	Plan paga \$75	Plan paga \$75
ATENCIÓN PRIMARIA VIRTUAL Y ATENCIÓN DE URGENCIA	\$0 de consulta; 1 por día; Plan paga \$5	
SALUD CONDUCTUAL VIRTUAL ⁽¹⁾	\$0 de consulta; 3 visitas al año; plan paga \$5	
IMÁGENES/PRUEBA DE LABORATORIO AMBULATORIOS	PLAN PAGA POR DÍA	
Beneficio de Indemnización por Diagnóstico de Laboratorio	\$50	\$50
Beneficio de indemnización por radiografía de diagnóstico	\$50	\$50
Beneficio de indemnización por examen de diagnóstico	\$100	\$100
BENEFICIOS DE CIRUGÍA AMBULATORIA	PLAN PAGA POR DÍA	
Beneficio de CSA o de hospital	N/A	\$500
Beneficio de anestesia	N/A	\$200
BENEFICIOS HOSPITALARIOS	PLAN PAGA POR DÍA	
Beneficio de admisión hospitalaria (1 por año)	\$100	\$500
Beneficio de indemnización por hospitalización	N/A	\$500
Beneficio por internación en la UCI	N/A	\$500
Beneficio por internación por enfermedad mental	N/A	\$500
Beneficio por internación por abuso de sustancias	N/A	\$500
Beneficios de cirugía hospitalaria (Incluye maternidad) (1 por año)	N/A	\$500
Beneficio de anestesia (1 por año)	N/A	\$200
BENEFICIOS POR ACCIDENTE (HOSPITALARIO Y AMBULATORIO)	PLAN PAGA POR ACCIDENTE	
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE		
Beneficio máximo por accidente	hasta \$5,000	hasta \$5,000
Deducible anual	\$0	
COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL		
Suma principal	\$1,000	
SERVICIOS SIN SEGUROS ⁽²⁾		
Medicamentos con descuento (SimpleScripts Rx) ⁽³⁾	Incluido	
Radiología con descuento (Green Imaging) ⁽³⁾	Incluido	

Resumen del Plan de Beneficios Advantage Max



Los **planes Advantage Max** de Hooray Health proporcionan pagos fijos hasta los montos máximos de la póliza que varían según sus necesidades únicas y la selección del plan. Si alcanza el límite máximo de su póliza, ¡aún tiene acceso a la red de ahorros, cobertura de accidentes, telemedicina y más de Hooray Health!

TARIFAS MENSUALES

	MAX \$5,000 LITE	MAX \$5,000 ENHANCED
SOLO PARA EMPLEADO	\$74.47	\$99.95
EMPLEADOO + CÓNYUGE	\$104.56	\$166.94
EMPLEADO + HIJO(S)	\$110.72	\$165.92
FAMILIA	\$135.45	\$228.28

METLIFE DENTAL

	TARIFAS MENSUALES
SOLO PARA EMPLEADO	\$35.56
EMPLEADOO + CÓNYUGE	\$69.39
EMPLEADO + HIJO(S)	\$75.66
FAMILIA	\$116.93

METLIFE VISIÓN

	TARIFAS MENSUALES
SOLO PARA EMPLEADO	\$10.07
EMPLEADOO + CÓNYUGE	\$20.42
EMPLEADO + HIJO(S)	\$23.21
FAMILIA	\$35.80

METLIFE INCAPACIDAD TEMPORAL

	TARIFAS MENSUALES
SOLO PARA EMPLEADO	\$26.60

Atención Primaria Virtual

Telemedicina incluida en el Plan Hooray Health

Los mejores médicos de atención primaria brindan atención personalizada a través de interacciones de video y mensajes, sin importar su ubicación o circunstancia. Seleccione un médico dedicado y certificado por la junta a quien verá para su chequeo anual y cualquier visita de seguimiento.

Reflejos:

- ✓ **Integral** Un equipo de atención integrada de médicos de atención primaria certificados por la junta permite una atención con un toque personal.
- ✓ **Conveniente** Paciente recibe un botiquín de laboratorio enviado a la puerta de su casa, recoge su muestra por sí mismo y la envía por correo al laboratorio, todo desde la comodidad de su hogar.
- ✓ **Preventivo** Un enfoque proactivo que incluye 1 laboratorio en el hogar por año, y la estratificación del riesgo permite una intervención temprana para mejorar la experiencia y los resultados del paciente.



Condiciones Tratadas

Condiciones alérgicas

Diabetes

Colesterol alto

Hipertensión

Problemas del tracto GI

Prediabetes

Enfermedad respiratoria

Y más

Atención de Urgencia Virtual

Telemedicina incluida en el Plan Hooray Health

Reflejos:

- ✓ **Acceso a cuidados intensivos las 24 horas/7 días** acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a médicos certificados por la junta para el tratamiento de problemas médicos comunes con comunicación continua con su médico.
- ✓ **Conveniente** Los pacientes pueden ver a un médico certificado por la junta dondequiera que estén, cuando lo necesiten.
- ✓ **Personalizada** Los pacientes reciben planes de tratamiento basados en sus necesidades únicas y pueden hacer preguntas de seguimiento a sus médicos después de la visita, de forma gratuita.

Condiciones Tratadas

Acné / Erupciones

Alergias

Resfriado / Gripe / Tos

Ojo rosado

Problemas de oído

Fiebre / Dolor de cabeza

Picaduras de insectos

Y más

Salud Conductual Virtual

Incluido en el Plan Hooray Health

HOORAYHEALTH

powered by

RECURO
HEALTH

Mientras experimenta angustia personal o familiar, la asistencia de un profesional puede garantizar la salud emocional.

*La aplicación Hooray Health sirve como el primer paso para obtener atención integral de salud conductual desde terapia y asesoramiento hasta psiquiatría y administración de medicamentos.**



Condiciones Tratadas:

- ✓ TDAH/TDA
- ✓ Control de la Ira
- ✓ Ansiedad
- ✓ Trastorno Bipolar
- ✓ Trastorno del Sueño
- ✓ Adicción al Tabaco
- ✓ Abuso de Sustancias
- ✓ Depresión
- ✓ Estrés
- ✓ Trastorno de Alimentación
- ✓ Dolor y Pérdida
- ✓ TEPT
- ✓ TOC
- ✓ Y más

Hechos y Cifras:

El estrés prevalece en nuestra sociedad y se ha convertido en una prioridad para los Servicios de Salud Pública de los EE.UU. Services.



¿Sabías que?

Las visitas de salud conductual están disponibles dentro de las 48 horas, mucho más accesibles que otras opciones.

¡Simplemente llame al 855-673-2876 para conectarse a Telemedicina!

Detalles del Producto

Psiquiatría

Psiquiatría y manejo de medicamentos para la salud conductual.

Prescripción Integrada

Las presentaciones se envían inmediatamente a la farmacia preferida del paciente para una fácil recogida.

Pruebas FGx

Pruebas farmacogenéticas para personalizar la medicación y la dosis adecuadas para cada paciente, en función de sus genes.

Evaluación de Riesgos Para la Salud

Evaluación de riesgos centrada en la salud conductual, incluida la depresión y la ansiedad.

Terapia y Consejería

Servicios de terapia y asesoramiento de trabajadores sociales y psicólogos.

Estratificación del Riesgo

Análisis para identificar a aquellos con mayor riesgo de desafíos de salud conductual para participar y tratar de manera proactiva.

Pruebas de Laboratorio Integradas

Pruebas de laboratorio posteriores a la visita cuando sea necesario, integradas dentro de la plataforma Recuro.

Coordinación de Atención Primaria

La atención primaria y la salud conductual se pueden integrar para proporcionar atención holística al paciente.

*Visitas de salud conductual limitadas a 3 por año, incluido asesoramiento autorizado, psiquiatría y seguimiento psiquiátrico. Los costos de bolsillo para visitas adicionales son \$85.00 para asesoramiento autorizado, \$225.00 para visita inicial de psiquiatría y \$95.00 para seguimiento de psiquiatría.

Dental

Metropolitan Life Insurance Company

El Programa de Dentista Preferido se diseñó para ayudarlo a obtener el cuidado dental que necesita y a disminuir los costos. Usted recibe beneficios para una amplia gama de servicios con cobertura, tanto dentro como fuera de la red. El objetivo es dar protección rentable para que tenga una sonrisa más saludable y esté más sano.

Tipo de cobertura:	Dentro de la red¹ % de la tarifa de PDP²	Fuera de la red¹ % of R&C Fee⁴
Tipo A: Preventivo	80%	80%
Tipo B: Restauración básica	60%	60%
Tipo C: Restauración mayor	50%	50%
Deducible³		
Individual	\$50	\$50
Familiar	\$150	\$150
Beneficio anual máximo:		
Por individuo	\$750	\$750
1. “Beneficios dentro de la red” se refiere a los beneficios proporcionados por este plan de servicios dentales cubiertos proporcionados por un dentista participante. “Beneficios fuera de la red” se refiere a los beneficios incluidos en este plan para los servicios dentales cubiertos proporcionados por un dentista que no sea participante. La atención de un dentista fuera de la red puede costarle más que la de un dentista dentro de la red. 2. Tarifas negociadas se refieren a las tarifas que los dentistas participantes han acordado como pago total por los servicios cubiertos, sujeto a cualquier copago, deducible, costo compartido y límite máximo de beneficios. Las tarifas negociadas están sujetas a cambios. 3. Se aplica solo a los servicios de tipo B y C. 4. Los beneficios fuera de la red se pagan por servicios proporcionados por un dentista que no participa en el programa. El cargo habitual y razonable (Reasonable and Customary, R&C) se basa en la menor de las siguientes opciones • el cargo real del dentista (el 'Cargo Real'); • el cargo usual del dentista por los mismos servicios o servicios similares (el 'Cargo Usual'); o • el cargo habitual de la mayoría de los dentistas en la misma área geográfica por los mismos servicios o servicios similares según lo determinado por MetLife (el 'Cargo Habitual'). Para su plan, el Cargo Habitual se basa en el percentil 90. Los servicios deben ser necesarios según las normas de práctica dental generalmente aceptadas		

Cancelación/extinción de los beneficios:

La cobertura se brinda conforme a una póliza de seguro colectiva (formulario de póliza GPN99) emitida por Metropolitan Life Insurance Company. Las tarifas están vigentes por un año a partir de la fecha de vigencia de su plan, sujetas a los términos de la póliza colectiva. Una vez que se emite la cobertura, los términos de la póliza colectiva le permiten a Metropolitan Life Insurance Company cambiar las tarifas durante el año en ciertas circunstancias. La cobertura se extingue cuando cesa su empleo de tiempo completo, cuando cesan sus contribuciones dentales o cuando el titular de la póliza cancela la póliza colectiva. La póliza colectiva también puede extinguirse si no se reúnen los requisitos para participar o en la fecha de defunción del empleado, si el titular de la póliza no cumple con alguna obligación estipulada en la póliza, o a criterio de MetLife. La cobertura del dependiente se extingue cuando éste deja de ser un dependiente. Existe un límite de 30 días para los siguientes servicios que estén en curso: finalización de una prótesis, una corona o un tratamiento de conducto luego de la extinción individual de la cobertura.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA INSCRIPCIÓN

Solo puede inscribirse para recibir los beneficios de gastos dentales dentro de los 31 días posteriores a la fecha de elegibilidad de beneficios personales o si cuenta con un evento calificador, o durante el período de inscripción anual abierta del plan.

Evento calificador: Solicitud de cobertura o cambio en la cobertura en virtud de un evento calificador.

En caso de que exista un evento calificador, usted puede solicitar o cambiar su cobertura de beneficios personales de gastos dentales, solo antes de transcurridos 31 días posteriores al evento calificador. Dicha solicitud no tendrá carácter de solicitud atrasada. Salvo en caso de matrimonio o nacimiento o adopción de un menor, usted debe presentarnos evidencia de cobertura dental anterior según el plan de su cónyuge si solicita cobertura en virtud de este Plan debido a la pérdida de una cobertura dental previa. Si presenta una solicitud de cobertura de beneficios personales de gastos dentales o una solicitud para realizar cambios en los beneficios personales de gastos dentales antes de transcurridos treinta y un días posteriores al evento calificador, los beneficios personales de gastos dentales o los cambios entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de su solicitud, sujeto al requisito de trabajar en forma activa, y siempre y cuando ese cambio de la cobertura sea coherente con su nuevo estado familiar.

Servicios con cobertura seleccionados y límites de frecuencia*

Tipo A: Prevención

Cuántos/Con qué frecuencia:

Exámenes bucales	2 en 12 meses
Radiografías de boca completa	1 en 60 meses
Radiografías Bitewing o aleta de mordida (Adultos/Niños)	1 en 12 meses
Profilaxis: Limpiezas	2 en 12 meses
Aplicaciones tópicas de flúor	1 en 12 meses: Niños hasta 14 años
Selladores	1 en 60 meses: Niños hasta 16 años
Mantenedores de espacio	1 de por vida por diente área: Niños hasta la edad de 14

Tipo B: Restauración básica

Cuántos/Con qué frecuencia:

Amalgamas y empastes compuestos	1 en 24 meses. Todos los dientes
Tratamiento de conducto de endodoncia	1 por diente de por vida
Cirugía periodontal	1 en 60 meses por cuadrante
Raspado y alisado radicular periodontal	1 en 60 meses por cuadrante
Mantenimiento periodontal	4 en 1 año, incluye 2 limpiezas
Cirugía bucal (extracciones simples)	
Cirugía bucal (extracciones quirúrgicas)	
Otras cirugías bucales	
Tratamiento paliativo de emergencia	
Anestesia general	

Tipo C: Restauración de importancia

Cuántos/Con qué frecuencia:

Coronas/incrustaciones/incrustaciones externas	1 por diente en 10 años
Coronas prefabricadas	1 por diente en 10 años
Reparaciones	1 en 12 meses
Puentes	1 en 10 años
Prótesis	1 en 10 años
Consultas	1 en 12 meses
Servicios de implantes	1 servicio por diente en 10 años - 1 reparación cada 10 años
Aparatos para la corrección de hábitos perjudiciales	

***Beneficios alternativos:** ante un problema dental para el que existan dos o más tratamientos profesionalmente aceptables, el reembolso se calculará de acuerdo con la alternativa de tratamiento menos costosa. Si usted y su dentista acordaron un tratamiento más costoso que el tratamiento en el que se basa su plan de beneficios, usted será responsable por cualquier pago adicional. Para evitar cualquier malentendido, le sugerimos hablar sobre las opciones de tratamiento con su dentista antes de la prestación del servicio, y obtener una estimación de los beneficios previa al tratamiento, antes de recibir ciertos servicios de alto costo tales como coronas, puentes o prótesis. Usted y su dentista recibirán una Explicación de los beneficios (Explanation of Benefits, EOB) en la que se indicarán los servicios brindados, el reembolso de su plan por esos servicios y el monto que deberá desembolsar de su bolsillo. Los pagos reales pueden variar con respecto a la estimación previa al tratamiento según los límites máximos anuales, los límites de frecuencia del plan, los deducibles y otros límites aplicables al momento del pago.

Las categorías de servicios y limitaciones del plan que se indican arriba representan una descripción general de su Plan de Beneficios. Este documento presenta muchos servicios dentro de cada categoría, pero no es una descripción completa del Plan. Para obtener más información, consulte la descripción del Plan. En caso de que exista un conflicto con este resumen, tendrán prioridad los términos del certificado.

No pagaremos beneficios de Seguro Dental por cargos incurridos por lo siguiente:

1. Servicios que no son dentalmente necesarios, aquellos que no sigan las normas de cuidado generalmente aceptadas para tratar una afección dental determinada, o que consideremos de naturaleza experimental.
2. Servicios por los que a usted no se le solicitaría pagar en ausencia de un Seguro Dental.
3. Servicios o suministros que usted o su dependiente haya recibido antes del comienzo del Seguro Dental para esa persona.
4. Servicios que son principalmente estéticos (en caso de ser residente de Texas, vea la sección de la página de notificaciones en su certificado).
5. Servicios que no son realizados ni prescritos por un dentista, excepto aquellos servicios prestados por un higienista dental con licencia que son supervisados y facturados por un dentista y que son para:
 - raspado y pulido de dientes o
 - tratamientos con flúor.

En el caso de los grupos ubicados en Nueva York, no se aplica esta exclusión.

6. Servicios o aparatos que restauren o modifiquen la oclusión o dimensión vertical.
7. Restauración de una estructura dentaria dañada por desgaste, abrasión o erosión.
8. Restauraciones o aparatos utilizados con el propósito de soporte periodontal.
9. Asesoramiento o instrucciones acerca de la higiene bucal, control de placa, nutrición y tabaco.
10. Suministros personales o artículos personales incluidos, entre otros: irrigadores orales, cepillos de dientes o hilo dental.
11. Decoración, personalización o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental.
12. Citas perdidas.
13. Servicios:
 - cubiertos bajo cualquier ley de compensación de los trabajadores o enfermedad ocupacional;
 - cubiertos bajo cualquier ley de responsabilidad del empleador;
 - por los cuales no se exige pago alguno al empleador del beneficiario; o
 - recibidos en un centro mantenido por el empleador, sindicato de trabajadores, asociación de beneficios mutuos u hospital de la Administración de Veteranos (VA).

En el caso de los grupos ubicados en Carolina del Norte y Virginia, no se aplica esta exclusión.

14. Servicios pagados bajo la ley de compensación de los trabajadores, enfermedad ocupacional o la ley de responsabilidad del empleador de la siguiente manera:
 - para personas que tienen cobertura en Carolina del Norte para el tratamiento de una lesión o enfermedad ocupacional que se paga por la Ley de Compensación Laboral de Carolina del Norte en la medida que tales servicios sean responsabilidad del proveedor del seguro del empleado, del empleador o de la compensación laboral de acuerdo con un fallo definitivo según la Ley de Compensación Laboral de Carolina del Norte o una orden de la Comisión Industrial de Carolina del Norte que apruebe un acuerdo de liquidación según la Ley de Compensación Laboral de Carolina del Norte;
 - o para personas que no tienen cobertura en Carolina del Norte, los servicios pagados o a pagar bajo cualquier ley de compensación laboral o de enfermedad ocupacional.

Esta exclusión solamente se aplica a los grupos ubicados en Carolina del Norte.

15. Servicios:
 - por los cuales el empleador de la persona que recibe dichos servicios debe pagar; o
 - recibidos en un centro mantenido por el empleador, sindicato de trabajadores, asociación de beneficios mutuos u hospital de la Administración de Veteranos (VA).

Esta exclusión solamente se aplica a los grupos ubicados en Carolina del Norte.

16. Servicios cubiertos bajo cualquier ley de compensación de los trabajadores, enfermedad ocupacional o responsabilidad del empleador para los cuales el empleado o dependiente recibió beneficios bajo esa ley.

Esta exclusión solamente se aplica a los grupos ubicados en Virginia.

17. Servicios:
 - por los cuales no se exige pago alguno al empleador del beneficiario; o
 - recibidos en un centro mantenido por el titular de la póliza, sindicato de trabajadores, asociación de beneficios mutuos, u hospital de la Administración de Veteranos (VA).

Esta exclusión solamente se aplica a los grupos ubicados en Virginia.

18. Servicios cubiertos bajo otra cobertura brindada por el empleador.
19. Restauraciones temporales o provisorias.
20. Aparatos temporales o provisorios.
21. Medicamentos recetados.
22. Servicios para los cuales la documentación presentada indica un pronóstico poco favorable.
23. Los siguientes cuando son cobrados por el dentista por separado:
 - llenado del formulario de reclamo;
 - elementos para el control de infecciones tales como guantes, máscaras y esterilización de los suministros; o
 - anestesia local, analgesia o sedación consciente no intravenosa, por ejemplo, óxido nitroso.
24. Servicios dentales derivados de la lesión accidental de los dientes y estructuras de soporte, excepto lesiones de los dientes ocasionadas por masticar o morder alimentos.

En el caso de los grupos ubicados en Nueva York, no se aplica esta exclusión.

25. Pruebas de susceptibilidad a las caries.
26. La colocación inicial de una prótesis fija y permanente para sustituir uno o más dientes naturales que faltaran desde antes de que la persona haya estado asegurada por el Seguro Dental, salvo dientes naturales faltantes congénitos.
27. Otros servicios de prótesis fijas que no hayan sido descritos en ninguna parte de este certificado.
28. Accesorios de precisión, salvo los casos en que el accesorio esté relacionado con prótesis de implantes.

29. Colocación inicial o reemplazo de una prótesis completa o extraíble para sustituir uno o más dientes naturales que faltaran desde antes de que la persona haya estado asegurada por el Seguro Dental, salvo dientes naturales faltantes congénitos.
30. Incorporación de dientes a una prótesis parcial extraíble para sustituir uno o más dientes naturales que faltaran desde antes de que la persona haya estado asegurada por el Seguro Dental, salvo dientes naturales faltantes congénitos.
31. Ajuste de una prótesis realizado dentro de los 6 meses posteriores a la colocación por el mismo dentista que la colocó.
32. Implantes para sustituir uno o más dientes naturales que faltaran desde antes de que la persona haya estado asegurada por el Seguro Dental, salvo dientes naturales faltantes congénitos.
33. Prótesis con implantes para sustituir uno o más dientes naturales que faltaran desde antes de que la persona haya estado asegurada por el Seguro Dental, salvo dientes naturales faltantes congénitos.
34. Diagnóstico y tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ). Esta exclusión no se aplica a los residentes de Minnesota.¹
35. Servicios o aparatos de ortodoncia.¹
36. Reparación o reemplazo de un aparato de ortodoncia.¹
37. Dispositivos protésicos o aparatos duplicados.
38. Reemplazo de un aparato, restauración moldeada o prótesis perdidas o robadas.
39. Imágenes fotográficas intra y extrabucles.
40. Servicios o suministros prestados como resultado de una remisión prohibida por la Sección 1-302 del Artículo de Profesiones de la Salud de Maryland. Una remisión prohibida es cuando un Profesional de Atención Médica lo remite a una Entidad de Atención Médica en la que el profesional o un miembro de la familia inmediata del profesional o ambos tienen un Interés Beneficioso o tienen un Acuerdo de Compensación. A los efectos de esta exclusión, los significados de los términos "Remisión", "Profesional de Atención Médica", "Entidad de Atención Médica", "Interés Beneficioso" y "Acuerdo de Compensación" son iguales a los brindados en la Sección 1-301 del Artículo de Profesiones de la Salud de Maryland.
Esta exclusión solamente se aplica a los grupos ubicados en Maryland.

¹ Algunas de estas exclusiones pueden no ser aplicables. Consulte su Certificado de Seguro.

Preguntas frecuentes... respuestas importantes

¿Qué es un dentista participante?

Un dentista participante o de la red es un especialista o dentista general que ha acordado aceptar las tarifas negociadas como pago total por los servicios prestados a los miembros del plan. Las tarifas negociadas usualmente oscilan entre 30% y 45% menos que las tarifas promedio que cobra la comunidad de dentistas por el mismo servicio o uno considerablemente similar.*

*Basado en análisis interno de MetLife. Tarifas negociadas se refieren a las tarifas que los dentistas participantes han acordado como pago total por los servicios cubiertos, sujeto a cualquier copago, deducible, costo compartido y límite máximo de beneficios. Las tarifas negociadas están sujetas a cambios. Los ahorros de la inscripción en un plan de beneficios dentales dependerán de varios factores, que incluyen el costo del plan, la frecuencia con la que los miembros visitan a un dentista y el costo de los servicios prestados. Las tarifas negociadas están sujetas a cambios.

¿Cómo encuentro un dentista participante del PDP?

Existen miles de dentistas generales y especialistas, de modo que pueda encontrar uno que alcance sus necesidades. Puede obtener una lista de estos dentistas participantes del PDP en línea en www.metlife.com/dental o llamar al 1-800-275-4638 para solicitar que le envíen una lista por fax o correo.

¿Qué servicios cubre mi plan?

Consulte su Certificado de Seguro si desea ver una lista de los servicios cubiertos.*

¿El Programa de Dentista Preferido ofrece algún descuento en los servicios que no están cubiertos?

Las tarifas negociadas pueden extenderse a los servicios no cubiertos por su plan y los servicios recibidos después de alcanzar el monto máximo del plan, siempre que lo permita la ley estatal respectiva. De ser así, será únicamente responsable por la tarifa negociada.

*Las tarifas negociadas son susceptibles de cambios. Las tarifas negociadas para los servicios no cubiertos no se aplican en todos los estados.

¿Puedo elegir a un dentista no participante?

Sí. Siempre está en libertad de seleccionar un dentista de su elección. Sin embargo, si elige un dentista no participante (fuera de la red), es posible que sus costos de bolsillo sean mayores que sus costos de bolsillo cuando visita a un dentista dentro de la red.

¿Puede mi dentista solicitar su participación en la red?

Sí. Si su dentista actual no participa en la red y quiere alentarlos para que realice la solicitud, pídale a su dentista que visite www.metdental.com o llame al 1-866-PDP-NTWK para realizar la solicitud.* El sitio web y el número de teléfono son únicamente para uso de dentistas profesionales.

* Debido a requisitos contractuales, MetLife no puede hacer ofertas a ciertos proveedores.

¿Cómo se procesan los reclamos?

Los dentistas pueden presentar los reclamos en nombre de sus pacientes, es decir, usted prácticamente no tendrá que hacer trámites. Puede realizar un seguimiento de sus reclamos en línea e incluso recibir alertas por correo electrónico cuando un reclamo haya sido procesado. Si necesita un formulario de reclamo, visite www.metlife.com/dental o solicite uno llamando al 1-800-275-4638.

¿Puedo obtener un estimado de lo que serán mis gastos de desembolso directo antes de recibir un servicio?

Sí. Puede solicitar un cálculo estimativo previo al tratamiento. Su dentista general o especialista generalmente envía a MetLife un plan para su cuidado y solicita un cálculo estimativo de los beneficios. El cálculo estimativo le ayuda a prepararse para el costo de los servicios dentales. Le recomendamos solicitar un cálculo estimativo previo al tratamiento para los servicios que excedan los \$300. Tan solo pida a su dentista que envíe una solicitud en línea en www.metdental.com o llame al 1-877-MET-DDS9. Usted y su dentista recibirán un cálculo estimativo de los beneficios para la mayoría de los procedimientos mientras se encuentre en el consultorio. Los pagos reales pueden variar según los máximos, deducibles, frecuencias máximas del plan y otras condiciones vigentes en el momento del pago.

¿Cómo puedo saber qué cobran los dentistas en mi área por diferentes procedimientos?

Si tiene MyBenefits, puede acceder a la Herramienta de Costos de Procedimientos Dentales. Puede utilizar la herramienta para buscar tarifas promedio para los servicios dentales dentro y fuera de la red en su área.* Encontrará tarifas para servicios como exámenes, limpiezas, empastes, coronas y más. Tan solo regístrese en www.metlife.com/mybenefits.

* La aplicación de la Herramienta de Costos de Procedimientos dentales es proporcionada por go2dental.com, Inc., un proveedor independiente. MetLife proporciona la información de los costos de la red a go2dental.com y no está disponible para proveedores que participan con MetLife a través de otra empresa. La información de los costos fuera de la red es proporcionada por go2dental.com. Esta herramienta no provee la información sobre pagos usada por MetLife al procesar sus reclamos. Antes de recibir los servicios, las estimaciones previas al tratamiento que solicite a su dentista le darán la información más precisa sobre cargos y pagos.

¿Puede ayudarme MetLife a encontrar un dentista fuera de los EE. UU. si estoy viajando?

Sí. A través de los servicios de asistencia dental en viajes internacionales*, puede obtener una remisión a un dentista local llamando al +1-312-356-5970 (por cobrar) cuando esté fuera de los EE. UU. para recibir asistencia inmediata hasta que pueda consultar a su dentista. La cobertura se considera según sus beneficios fuera de la red.** Recuerde conservar todos los recibos para enviar un reclamo dental.

*Los servicios de Asistencia dental en viajes internacionales son prestados por AXA Assistance USA, Inc., que proporciona únicamente servicios de remisión dental. AXA Assistance no está asociado a MetLife, y los servicios y los beneficios que proporciona son separados e independientes del seguro proporcionado por MetLife. Los servicios de remisión no se encuentran disponibles en todas las ubicaciones.

** Consulte su Certificado de Seguro para ver su cobertura dental fuera de la red.

¿Cómo coordina MetLife los beneficios con otros planes de seguro?

Las disposiciones de coordinación de beneficios en los planes de beneficios dentales consisten en un conjunto de reglas que se aplican cuando un paciente está cubierto por más de un plan de beneficios dentales. Estas reglas determinan el orden en el que los diferentes planes pagarán los beneficios. Si el plan de beneficios dentales de MetLife es el primario, MetLife pagará el importe total de los beneficios que normalmente estarían disponibles con el plan. Si el plan de MetLife es secundario, la mayoría de las disposiciones de coordinación de beneficios estipulan que MetLife debe calcular los beneficios después de que se hayan calculado en el plan primario. El importe que pagará MetLife en concepto de beneficios puede ser menor, debido al pago de beneficios del plan primario.

¿Necesito una tarjeta de identificación?

No, no necesita presentar una tarjeta de identificación para confirmar que es elegible. Debe informar a su dentista que se inscribió en el Programa de Dentista Preferido (Preferred Dentist Program) de MetLife. Su dentista puede verificar fácilmente la información acerca de su cobertura a través de un sistema de respuesta automática de voz computarizado gratuito.

Mis dependientes, ¿tienen que consultar al mismo dentista que yo elija?

No, usted y sus dependientes tienen cada uno la libertad de elegir cualquier dentista.

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card, if any, or 1-800-942-0854. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357.

To receive a copy of the attached MediLife document translated into Spanish or Chinese, please mark the box by the requested language statement below, and mail the document with this form to:

Metropolitan Life Insurance Company
PO Box 14587
Lexington, KY 40512

Please indicate to whom and where the translated document is to be sent.

- ☐ **Servicio de Idiomas Sin Costo.** Puede obtener la ayuda de un intérprete. Se le pueden leer documentos y enviar algunos en español. Para recibir ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación, si tiene una, o al 1-800-942-0854. Para recibir ayuda adicional llame al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357.
Para recibir una copia del documento adjunto de MetLife traducido al español, marque la casilla correspondiente a esta oración, y envíe por correo el documento junto con este formulario a:
Metropolitan Life Insurance Company
PO Box 14587
Lexington, KY 40512
Por favor, indique a quién y a dónde debe enviarse el documento traducido.
NOMBRE _____
DIRECCIÓN _____

☐ **免費語言服務。** 您可獲得免費口譯服務。您可要求翻譯員向您口譯文件，或可要求向您發回文件的中文譯本。如需協助，請致電您的ID卡上所示號碼（如有），或 1-800-942-0854。如需更多協助，請致電加州保險部熱線 1-800-927-4357。
為收取隨附MetLife文件的中文譯本，請勾選此陳述前的方框，並將文件連同此表一併郵寄至：
Metropolitan Life Insurance Company
PO Box 14587
Lexington, KY 40512
請指明經翻譯文件收件人的姓名及地址。
姓名 _____
地址 _____

Անվճար թարգմանչական ծառայություններ: Ձեզ կտրամադրվի հայերենի թարգմանիչ, որի օգնությամբ կարող եք հայերենով կարդալ փաստաթղթեր: Հարցերի դեպքում գանգահարեք մեզ Զեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ 1-800-942-0854: Առավել մանրամասն տեղեկատվության համար գանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրական Դեպարտամենտ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով:

សេវាបម្រុងប្រយោជន៍ពត៌មាន ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែម្នាក់ និងឱ្យគេអានឯកសារនានាឱ្យអ្នកស្តាប់ជាភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខដែលមានចុះនៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នកប្រសិនបើមាន ឬ តាមលេខ 1-800-942-0854 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងពាណិជ្ជកម្មរ៉ាប់រងនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (CA Dept. of Insurance) តាមលេខ 1-800-927-4357 ។

Key pab txhais lus tsis kom them nqi. Koj thov tau kom nrhiav neeg txhais lus thiab nyeem ntaub ntawv hais ua lus Hmoob rau koj mloog. Yog xav tau key pab, hu rau peb ntawm tus xov toj sau hauv koj daim npav ID, yog muaj, lossis 1-800-942-0854. Yog xav kom pab lwm yam hu rau lub CA Hauv Paus Iv-saws-las ntawm 1-800-927-4357.

無料の通訳サービス。通訳を通して日本語で文書を読み上げることができます。サービスの利用をご希望の方は、お手持ちのIDカードに記載されている番号、または1-800-942-0854へお電話ください。さらなる支援が必要な場合は、カリフォルニア州保険庁1-800-927-4357までお問い合わせください。

무료 통역 서비스. 통역자가 문서를 한국어로 읽어드릴 수 있습니다. 도움이 필요하시면, 귀하의 ID 카드에 있는 번호나 1-800-942-0854 로 전화하십시오. 다른 도움이 필요하시면, 전화번호 1-800-927-4357 로 캘리포니아 보험국에 연락하여 주십시오.

Бесплатные услуги устного перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, который прочитает ваши документы на русском языке. Чтобы получить помощь, позвоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карточке, если у вас она есть, либо по номеру 1-800-942-0854. Если вам нужна помощь в других вопросах, позвоните в горячую линию Департамента страхования (CA Dept. of Insurance) 1-800-927-4357.

Libreng serbisyo sa pagsasalin. Maaari kang kumuha ng tagasalin para basahin sa iyo ang mga dokumento sa wikang Tagalog. Para ikaw ay matulungan tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card, kung mayroon man, o sa numerong 1-800-942-0854. Para sa karagdagang tulong tawagan ang CA Dept. of Insurance sa numerong 1-800-927-4357.

Dịch vụ thông dịch miễn phí. Quý vị có thể tìm một thông dịch viên và nhờ đọc các tài liệu này cho quý vị bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, gọi cho chúng tôi tại số nêu trên trên ID của quý vị, nếu có, hoặc 1-800-942-0854. Để được giúp đỡ thêm gọi cho Ban Bảo Hiểm CA tại số 1-800-927-4357.

لا تتوفر خدمات ترجمة بتكلفة. يمكنك الاتصال بمرجع والحصول على خدمة قراءة المستندات باللغة العربية. للمساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة التعريف الخاصة بك، أو اتصل بالرقم 1-800-942-0854. وللمزيد من المساعدة، اتصل بقسم التأمينات التابع لـ CA على الرقم 1-800-927-4357.

سويس هاي ترجمة راياگان. شما می توانید مترجم را آنلاین فارسی برای مطالعه دریافت کنید. برای راهنمایی، از طریق شماره درج شده در کارت شناسایی خود (در صورت وجود) یا شماره 1-800-942-0854 با ما تماس بگیرید. برای راهنمایی بیشتر یا بخش کیفیتر 1-800-927-4357 تماس بگیرید.

بلا معاوضه خدمات من سکیدی اس-تسی ایک مترجم دی خدمات حاصل کر سکتے او جو توڈے واسطے دستاویزات پنجابی و مدد واسطے ایڑیں آئی ڈی کارڈ، گریوٹو، دے نمبر یا 1-800-942-0854 پر کال کرکے مزید مدد واسطے نمبر 1-800-927-4357 پر سی ای ڈی پریمینٹ یا انشورنس ٹال گال کرو۔

Red de VSP Choice Descripción resumida del plan

Metropolitan Life Insurance Company

Con su Plan de organización de proveedores preferidos para la atención de la vista, puede:

- Consultar a cualquier especialista en oftalmología con licencia y recibir cobertura. Solo recuerde que obtiene más de sus dólares de beneficios cuando permanece dentro de la red.
- Elija entre una amplia red de oftalmólogos, optometristas y ópticos, desde consultorios privados hasta minoristas como Costco® Optical, Walmart y Sam's Club y Visionworks.

Dentro de la red, características de valor añadido:

Mejoras adicionales a las lentes: Además de las mejoras a las lentes estándar, disfrute un promedio de 20 a 25 % de ahorro en todas las demás mejoras a las lentes.¹

Ahorro en anteojos y anteojos de sol: Obtenga un 20 % de ahorro en pares adicionales de lentes anteojos graduados y anteojos de sol sin receta, incluidas mejoras de lentes. En ocasiones, otras ofertas promocionales también pueden estar disponibles.¹

Corrección de la vista con láser:² Ahorro promedio de 15 % de descuento sobre el precio normal o 5 % de descuento en una oferta promocional para la cirugía láser que incluye PRK, LASIK y LASIK personalizado. Esta oferta solo está disponible en centros participantes de MetLife.

Beneficios dentro de la red

No necesita presentar un reclamo cuando consulta a un especialista en oftalmología participante.

Simplemente pague su copago y, en caso de que corresponda, cualquier cantidad en exceso de su asignación en el momento del servicio.

Frecuencia

Examen de la vista

Una vez cada **12** meses

- Examen de salud de los ojos, dilatación, receta y refracción para lentes: sin costo adicional después de **\$10** de copago.
- Diagnóstico por Imágenes de la retina: hasta **\$39** copago en evaluaciones periódicas de retina cuando se realizan en un consultorio privado.

Marco

Una vez cada **24** meses

- Asignación: **\$130** luego de un copago de **\$25** para lentes y accesorios.
- Costco®, Walmart® y Sam's Club®: **\$70** luego de un copago de **\$25** para lentes y accesorios. Recibirá un descuento adicional del **20%** sobre el monto que pague una vez que se supera la asignación. Esta oferta está disponible en todas las sucursales participantes, a excepción de Costco®, Walmart® y Sam's Club®.

Lentes correctivos estándar

Una vez cada **12** meses

- Lentes monofocales, lentes bifocales con línea, lentes trifocales con línea, lenticulares: sin costo adicional después de un copago de **\$25** para lentes y accesorios.

Mejoras de lentes estándar¹

Una vez cada **12** meses

- Recubrimiento de policarbonato (niños hasta 18 años) y ultravioleta (UV) Sin costo adicional después de un copago de **\$25** para lentes y accesorios.
- Progresivo Estándar, Progresivo Premium/Personalizado, Policarbonato (adulto), Fotocromático, Antirreflectante, Recubrimientos y tintes resistentes a los arañazos: su costo estará limitado a un copago que MetLife negoció para usted. Puede ver estos copagos después de inscribirse en [metlife.com/mybenefits](https://www.metlife.com/mybenefits).

Lentes de contacto (en lugar de lentes)

Una vez cada **12** meses

- Evaluación y adaptación de lentes: Con cobertura total con un copago máximo de \$60.
- Lentes electivos: **\$130** asignación
- Lentes necesarios: sin costo adicional después de un copago para lentes y accesorios.

Estamos aquí para ayudarle

Busque un proveedor de la vista en www.metlife.com/vision

Descargue un formulario de reclamo en www.metlife.com/mybenefits

Si tiene preguntas generales visite www.metlife.com/mybenefits o llame al 1-855-MET-EYE1 (1-855-638-3931)

Reembolso fuera de la red

Usted paga por los servicios prestados y luego presenta un reclamo de reembolso. Se aplican las mismas frecuencias de beneficios que para **aquellos dentro de la red**.

Una vez inscrito, visite www.metlife.com/mybenefits para obtener información detallada sobre los beneficios fuera de la red.

• Examen ocular: hasta \$45	• Lentes monofocales: hasta \$30	• Lentes progresivas: hasta \$50
• Monturas: hasta \$70	• Lentes bifocales con línea divisoria: hasta \$50	
• Lentes de contacto:	• Lentes trifocales con línea divisoria: hasta \$65	
• Electivos hasta \$105	• Lentes lenticulares: hasta \$100	
• Necesarios hasta \$210		

1 Todas las opciones de mejoras de lentes están disponibles en los consultorios particulares participantes. Los copagos y precios máximos están sujetos a cambios sin previo aviso. Verifique con su proveedor los detalles y los copagos correspondientes para su elección de lentes. Comuníquese con su sucursal local de Costco, Walmart o Sam's Club para confirmar la disponibilidad de mejoras de lentes y precios antes de recibir los servicios. Es posible que no haya descuentos adicionales disponibles en algunos estados.

2 Cobertura de LASIK personalizada disponible únicamente usando la tecnología de frente de ondas con el dispositivo quirúrgico de microqueratomo. Se pueden realizar otros procedimientos de LASIK con un costo adicional para el miembro. Los ahorros adicionales para el cuidado de la vista con láser solo están disponibles en tiendas participantes.

Importante: Si usted o los miembros de su familia cuentan con cobertura de más de un plan de atención de la salud, es posible que no pueda obtener los beneficios de ambos planes. Cada plan puede requerir que siga sus regulaciones o que use hospitales o médicos específicos; también podría ser imposible cumplir con ambos planes al mismo tiempo. Antes de inscribirse en este plan, lea todas las reglamentaciones con atención y compárelas con las reglamentaciones de cualquier otro plan que brinde cobertura a usted o a su familia.

Sus ahorros al inscribirse en el plan para la vista de MetLife dependerán de varios factores, que incluyen las primas del plan, el número de consultas anuales de su familia a un profesional de atención de la vista, y el costo de los servicios y los materiales recibidos. Asegúrese de revisar el Programa de Beneficios para conocer los beneficios específicos de su plan y otra información importante.

Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY (MetLife), brinda el seguro para la vista. Ciertos servicios de administración de reclamaciones y red se proveen a través de Vision Service Plan (VSP), Rancho Cordova, CA. VSP no es una empresa afiliada de MetLife ni de sus filiales.

Como muchos de los programas de beneficios grupales, los programas de beneficios ofrecidos por MetLife y sus afiliadas contienen exclusiones, excepciones, reducciones, limitaciones, períodos de espera y términos para mantenerse vigentes. Comuníquese con MetLife o con el administrador de su plan para conocer los costos y obtener más información.

Limitaciones y exclusiones de beneficios

Este plan no cubre los siguientes servicios, materiales y tratamientos:

Servicios y anteojos

- Servicios y/o materiales no incluidos específicamente en la Descripción general de beneficios del plan para la visión (Lista de beneficios).
- Cualquier parte de un cargo que excede el beneficio máximo permitido o reembolso indicado en la Lista de beneficios.
- Cualquier examen ocular o lentes correctivos necesarios como una condición de empleo.
- Servicios y suministros que usted o su dependiente hayan recibido antes del comienzo del Seguro de la visión.
- Citas perdidas.
- Servicios o materiales resultantes de o en el curso de la ocupación habitual de una persona cubierta para una remuneración o ganancia a las cuales la persona cubierta tiene derecho a percibir bajo la Ley de Indemnización Laboral, Ley de Responsabilidad del Empleador o leyes similares. Usted debe reclamar con prontitud y notificar a la Compañía de todos estos beneficios.
- Impuestos locales, estatales y/o federales, excepto cuando la ley le exija su pago a MetLife.
- Servicios o materiales recibidos como resultado de enfermedad, defecto o lesión debido a una guerra o a un acto de guerra (declarada o no), mientras forma parte de un disturbio o en una insurrección, o mientras se comete o intenta cometer un delito grave
- Servicios y materiales recibidos mientras está fuera de los Estados Unidos, a excepción de la atención de la vista de emergencia.
- Servicios, procedimientos o materiales por los cuales no se habría cobrado un cargo en ausencia de un seguro.

- Servicios: (a) para los que no se requiere el pago del empleador de la persona que recibe este tipo de servicios; o (b) recibidos en un centro mantenido por el empleador, sindicato, asociación de beneficios mutuos u hospital de la Administración de Veteranos (VA).
- Servicios, en la medida que tales servicios, o beneficios por tales servicios estén disponibles bajo un Plan del Gobierno. Esta exclusión se aplica ya sea que la persona que recibe los servicios esté inscrita o no en el Plan del Gobierno. No excluirémos el pago de los beneficios para tales servicios si el Plan del Gobierno requiere que se pague primero el Seguro de visión de la Póliza Colectiva. Plan del Gobierno hace referencia a cualquier plan, programa o cobertura que se establezca bajo las leyes o regulaciones de cualquier gobierno. El término no incluye ningún plan, programa o cobertura provistos por un gobierno como empleador o Medicare.
- Servicios, en la medida que tales servicios, o beneficios por tales servicios estén disponibles bajo un Plan del Gobierno. Esta exclusión se aplica ya sea que la persona que recibe los servicios esté inscrita o no en el Plan del Gobierno. No excluirémos el pago de los beneficios para tales servicios si el Plan del Gobierno requiere que se pague primero el Seguro de visión de la Póliza Colectiva. Plan del Gobierno significa cualquier plan, programa o cobertura que está constituido bajo las leyes o reglamentos de cualquier gobierno. El término no incluye ningún plan, programa o cobertura provistos por un gobierno como empleador o Medicare.
- Lentes plano (lentes con corrección refractiva inferior a ± 0.50 dioptrías).
- Dos pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.

- El plan ofrece el reemplazo de lentes, monturas o lentes de contacto suministrados en función de estos cuando los pierde, se los roban o resultan dañados, excepto en los intervalos normales cuando los Beneficios del plan están disponibles de otra manera.

- Pólizas de seguro y acuerdos de servicio con respecto a lentes de contacto.
- Nueva adaptación de lentes de contacto después del período de adaptación inicial (90 días).
- Modificación, pulido y limpieza de lentes de contacto.

Tratamientos

- Ortóptica o entrenamiento visual y cualquier prueba complementaria asociada.
- Tratamiento médico y quirúrgico del ojo o de los ojos.

Medicamentos

- Medicamentos recetados y sin receta

¹ Todas las mejoras de lentes están disponibles en consultorios privados participantes. Los copagos y precios máximos están sujetos a cambios sin previo aviso. Consulte con su proveedor para obtener más información y los copagos aplicables a su elección de lentes. Antes de recibir los servicios, comuníquese con Costco, Walmart o Sam's Club en su localidad para confirmar si cuentan con mejoras de lentes y los precios. Es posible que descuentos adicionales no estén disponibles en algunos estados.

² La cobertura de LASIK personalizado solo está disponible cuando se utiliza la tecnología de frente de onda con el dispositivo quirúrgico microqueratomo. Otros procedimientos LASIK se pueden realizar a un costo adicional para el miembro. Los ahorros adicionales sobre cuidado de la visión con láser solo están disponible en los centros participantes

Importante: Si usted o algún miembro de su familia cuenta con cobertura por parte de más de un plan de atención médica, es posible que no pueda cobrar beneficios de ambos planes. Cada plan le puede exigir que siga sus reglas o utilice médicos y hospitales específicos, y es posible que no pueda cumplir con ambos planes al mismo tiempo. Antes de inscribirse en este plan, lea todas las reglas con mucho cuidado y compárelas con las reglas de cualquier otro plan que le provea cobertura a usted o a su familia.

M130D-10/25

Los beneficios de MetLife Vision cuentan con la protección por parte de Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY. Algunos reclamos y servicios de administración de la red se prestan a través de Vision Service Plan (VSP), Rancho Cordova, CA. VSP no está asociada a Metropolitan Life Insurance Company y sus filiales.

Como la mayoría de los programas de beneficios colectivos, los programas de beneficios ofrecidos por MetLife y sus filiales contienen determinadas exclusiones, excepciones, reducciones, limitaciones, períodos de espera y plazos para que se mantengan vigentes. Comuníquese con MetLife o con el administrador de su plan para informarse sobre los costos y obtener más información.

Short Term Disability

Metropolitan Life Insurance Company

Conozca la cobertura que le ayuda a proteger sus ingresos y su estilo de vida.

¿Qué es el seguro por Incapacidad a corto plazo?

El **seguro por Incapacidad a corto plazo (Short Term Disability, STD)** puede ayudarlo a sustituir una porción de sus ingresos durante las primeras semanas de una Incapacidad

Requisitos de elegibilidad

Incapacidad a corto plazo:

Todos los empleados a tiempo completo activos cuyo lugar de trabajo elige el plan de discapacidad a corto plazo de \$200.

Cómo se define “Incapacidad” en el Plan?

Generalmente, se le considera incapacitado y elegible para los beneficios a corto plazo si, debido a una enfermedad, embarazo o lesión accidental, usted recibe atención y tratamiento adecuados, y cumple con los requisitos del tratamiento y no puede generar más del 80% de sus ingresos antes de la incapacidad con su propia ocupación. **Definición de límite de ingresos con ocupación propia solamente.**

Consulte el Certificado de Seguro/Descripción Resumida del Plan provistos por su Empleador para obtener una descripción completa de este y de otros requisitos que se deben cumplir, o comuníquese con su administrador de beneficios de MetLife si tiene alguna pregunta.

¿Cuál es el monto del beneficio?

Incapacidad a corto plazo:

El beneficio por Incapacidad a corto plazo puede ayudarlo a sustituir una porción de sus ingresos antes de la incapacidad, menos el ingreso que se le pagó en realidad por la misma Incapacidad de otras fuentes¹ (por ejemplo, beneficios estatales por incapacidad, cobertura automotriz de responsabilidad objetiva, pago por enfermedad, etc.).

El monto del beneficio es de sus ganancias semanales antes de la incapacidad, sujeto al beneficio máximo semanal del plan de \$200.

Consideraciones especiales

Si usted trabaja en un estado con beneficios por licencia médica o por incapacidad financiados por el estado (“beneficios estatales”), debe considerar cuidadosamente el inscribirse en esta cobertura. Si es elegible para recibir beneficios estatales, debe solicitarlos si así lo exige la legislación estatal. Siempre que la ley lo permita, su beneficio de STD se verá reducido por los beneficios estatales u otros beneficios gubernamentales que apliquen. Dependiendo de su compensación, del monto del beneficio estatal y de otros factores, es posible que solo reciba el beneficio semanal mínimo. Debe considerar, en función de sus circunstancias particulares, si necesita recibir una cobertura adicional, además del beneficio estatal.

* Estas jurisdicciones incluyen, entre otras, California, Colorado, Connecticut, District of Columbia, Hawaii, Massachusetts, New Jersey, New York, Oregon, Puerto Rico, Rhode Island, Washington (y Delaware y

Minnesota desde el 1/1/26; Maine desde el 5/1/26; y Maryland desde el 7/1/26).

¿Cuándo se comienzan a pagar los beneficios y por cuánto tiempo continúan?

Incapacidad a cortoplazo:

Los beneficios se comienzan a pagar una vez finalizado el período de eliminación. El período de eliminación comienza el día en el que queda incapacitado y es el tiempo que debe esperar mientras esté incapacitado antes de ser elegible para recibir el beneficio. Los períodos de eliminación son los siguientes:

Por lesión: 7 días.

Por enfermedad (incluye embarazo): 7 días.

Los beneficios continúan mientras usted esté incapacitado hasta un máximo de 26 semanas de incapacidad.

El período máximo de beneficios del plan y cualquier limitación específica se describen en el Certificado de Seguro/la Descripción Resumida del Plan provistos por su empleador.

Beneficios adicionales del plan por incapacidad:

Una cobertura que tiene en cuenta sus intereses...

Cuando permanece enfermo o lesionado durante mucho tiempo, MetLife® considera que usted necesita más que un complemento para sus ingresos. Por este motivo, ofrecemos servicios para volver al trabajo e incentivos financieros

Los servicios para ayudarle a volver al trabajo pueden incluir:

Servicios de asesoría en enfermería o administración de casos:

Especialistas que se comunican personalmente con usted, con su médico y con su empleador para coordinar un plan para un pronto regreso al trabajo cuando sea apropiado.

Análisis vocacional:

Asistencia para identificar los requisitos del trabajo y para determinar con su empleador la manera de emplear sus habilidades en un trabajo modificado o nuevo.

Modificaciones en el trabajo:

Ajustes (por ejemplo, rediseño de los recursos del puesto de trabajo) que le permiten regresar al trabajo.

Capacitación:

Programas de desarrollo para ayudarle a regresar a su trabajo previo o prepararlo para uno nuevo.

Incentivos financieros:

Le permiten recibir los beneficios parciales o beneficios por Incapacidad mientras intenta regresar al trabajo.

Respuestas a algunas preguntas importantes...

P. ¿Puedo seguir recibiendo los beneficios si vuelvo al trabajo en jornada reducida?

R. Sí. Siempre y cuando usted esté incapacitado y cumpla con los términos de su plan de incapacidad, puede reunir los requisitos para los beneficios por incapacidad ajustados.

Su plan ofrece incentivos financieros y rehabilitación diseñados para ayudarle a regresar al trabajo cuando corresponda, aunque trabaje una jornada reducida cuando participa en un Programa de rehabilitación aprobado. Mientras permanezca incapacitado, puede recibir hasta el 100 % de sus ingresos antes de la incapacidad cuando combina los beneficios, los incentivos de rehabilitación, otras fuentes de ingresos, como los beneficios del Seguro Social por incapacidad, los beneficios por incapacidad estatales y los ingresos del trabajo de jornada reducida.

Con el Incentivo de rehabilitación, puede obtener un aumento del 10 % en el monto de los beneficios semanales.

Después del 4.º pago semanal de beneficio, el beneficio de incentivo para la atención de la familia reembolsa hasta \$100 por semana para los gastos que reúnan los requisitos, como por ejemplo, el cuidado de niños.

Usted puede ser elegible para el Incentivo por gastos de mudanza si incurre en gastos para mudarse a una nueva residencia recomendado como parte del Programa de Rehabilitación. Los gastos deben aprobarse con anticipación.

P. ¿Existe una disposición sobre afecciones preexistentes?

R. Sí. Es posible que su plan no cubra enfermedades o lesiones accidentales que hayan surgido en los meses anteriores a su participación en el plan. Se incluye una descripción completa sobre la exclusión de afecciones preexistentes en el Certificado de Seguro/la Descripción Resumida del Plan provistos por su Empleador o comuníquese con el administrador de sus beneficios de MetLife con cualquier pregunta.

P. ¿Existe alguna exclusión en mi cobertura?

R. Sí. Su plan no cubre ninguna Incapacidad que resulte de o que sea ocasionada o propiciada por:

- Tratamientos o procedimientos electivos, tales como cirugía estética, reversión de la esterilización, liposucción, cirugía correctiva de la vista, fertilización in vitro, procedimiento de transferencia de embrión, inseminación artificial u otros procedimientos específicos. Sin embargo, los embarazos y las complicaciones de cualquiera de estos procedimientos se tratarán como una enfermedad.
- Guerra, ya sea declarada o no declarada, o acto de guerra, insurrección, rebelión o actos terroristas.
- Participación activa en un disturbio.
- Herida autoinfligida intencionalmente o intento de suicidio.
- Intento o perpetración de un delito grave.

Además, no se realizará ningún pago por una incapacidad causada o provocada por cualquier lesión o enfermedad para la que tiene derecho a recibir beneficios de acuerdo con la Ley de Compensación del Trabajador (Workers' Compensation Act) u otra ley similar.

Pueden aplicar otras limitaciones o exclusiones a su cobertura. Para obtener detalles específicos, consulte el Certificado del seguro, o comuníquese con el administrador de beneficios, si tiene alguna pregunta.

El "Resumen del plan" solo proporciona una breve descripción general del plan STD. Se incluirá una descripción más completa sobre las disposiciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de los beneficios en el Certificado de Seguro o la Descripción Resumida del Plan. En caso de que existan discrepancias entre esta información y los documentos legales del plan, los documentos legales del plan tendrán prioridad.

La cobertura por incapacidad a corto plazo (STD) se brinda conforme a una póliza de seguro colectivo (Formulario GPNP99) emitida a su empleador por MetLife. Esta cobertura por STD se extingue cuando su empleo finaliza, cuando deja de reunir los requisitos, cuando las contribuciones de STD cesan (si fuera aplicable) o ante la finalización por parte del empleador del contrato colectivo. Al igual que la mayoría de las pólizas de seguro grupal, las pólizas de MetLife tienen ciertas exclusiones, excepciones, períodos de espera, reducciones, limitaciones y condiciones para mantenerse vigentes. Comuníquese con su representante del grupo de MetLife para obtener información completa y detalles sobre costos.

¹ En ciertas circunstancias, es posible que MetLife calcule el monto de ingresos que puede recibir de otras fuentes.

Beneficios adicionales*

Incluido en el Plan de Hooray Health

HOORAYHEALTH



**AHORRE HASTA UN 70%
EN SU RADIOGRAFÍA,
RESONANCIA MAGNÉTICA,
TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA,
ULTRASONIDO, MAMOGRAFÍA**

u otro procedimiento de imágenes
médicas.*

Cuando necesite imágenes de diagnóstico para sus necesidades médicas, confíe en **Green Imaging** para brindarle instalaciones de alta calidad, excelente servicio y tarifas transparentes y asequibles.

Sin facturas sorpresa. Una tarifa plana de Green Imaging incluirá tanto la tarifa del examen como la tarifa del radiólogo, sin costo adicional para usted. **¡Llame a Green Imaging para ahorrar hoy!**

Servicios de diagnóstico por imágenes cardíacas:

- ✓ Angiografía coronaria por TC (CTCA)
- ✓ Puntuación del cálculo de la arteria coronaria
- ✓ Resonancia magnética cardíaca



LLAME AL 844-968-4647 Y RESERVE SU CITA

*El programa de descuento es ofrecido por Hooray Health, no por el empleador y se le ofrece a todos, independientemente de las horas trabajadas o quién sea su empleador.

PLANES COMPLEMENTARIOS

Su empleador se preocupa por su salud y bienestar, no solo mientras está en el trabajo, sino en todas las áreas de la vida. Por eso están ofreciendo acceso a beneficios adicionales más allá de su cobertura de Hooray Health.

Estos planes opcionales están disponibles a través de proveedores confiables y le brindan apoyo adicional donde más importa: su salud, sus finanzas y su tranquilidad.

Elija la cobertura que se adapte a sus necesidades y siéntase seguro sabiendo que está respaldado, en el trabajo, en casa y en todas partes.

Dental

Planes dentales asequibles, sin períodos de espera y precios especiales para grupos. Excelente para familias e incluye límites de cobertura anuales.

Visión

Los planes de visión usan la Red VSP Choice, dándole acceso a más de 86,000 doctores de los ojos en todo Estados Unidos.

Discapacidad a Corto Plazo

El seguro de Discapacidad a Corto Plazo (STD) puede ayudarle a reemplazar una porción de sus ingresos durante las semanas iniciales de una discapacidad.



¡INSCRÍBASE HOY!

Escanee el código QR, visite **pandora.myhoorayhealth.com** o llame al **855-479-4008** para inscribirse!

Notas a pie de página y divulgaciones

IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, NO un seguro de salud integral. (Más detalles en el sitio de inscripción)

*Las visitas a Atención de Urgencia en la red de Hooray Health cuestan \$300. Usted pagará \$25 por una visita por enfermedad porque el Beneficio de Atención de Urgencia por Enfermedad del plan de seguro pagará los \$275 restantes adeudados. Si acude a un centro de atención de urgencia fuera de la red, seguirá recibiendo el beneficio de \$275 de atención de urgencia por enfermedad, pero es posible que tenga que pagar más de \$25 de su bolsillo.

**Los proveedores contratados por la red de First Health pueden encontrarse en hoorayhealth.com/FHN. Se aplicarán tarifas de descuento después de que se presten los servicios en el consultorio médico a través un Administrador externo. El miembro será responsable de pagar cualquier saldo que supere el pago del plan de \$275. Por favor, consulte la póliza del plan para más detalles.

***Las visitas a proveedores fuera de la red se pagan a \$275 según la póliza del plan. El miembro será responsable de pagar cualquier saldo que supere el pago del plan de \$275. Por favor, consulte la póliza del plan para más detalles.

(1) Visitas de salud conductual limitadas a 3 por año, incluyendo Consejería Licenciada, Psiquiatría y Seguimiento Psiquiátrico. Los costos de bolsillo para visitas adicionales son de \$85.00 para Consejería Licenciada, \$225.00 para Visita Inicial Psiquiátrica y \$95.00 para Seguimiento Psiquiátrico.

(2) Los servicios descritos no son un seguro y no son proporcionados por Zurich American Insurance Company.

(3) El programa lo ofrece Hooray Health, no el empleador. Los programas de descuento no los ofrece el empleador, los ofrece Hooray Health a todos, independientemente de las horas trabajadas o de quién sea su empleador. La distribución de materiales que identifiquen el programa de descuentos no debe interpretarse como patrocinio o respaldo del empleador al programa de descuentos.

Los beneficios de Indemnización por accidente y hospitalización no dependen del uso de la Red de Hooray Health, de la Red de First Health ni de ninguna red. Los beneficios del seguro descritos anteriormente están suscritos por Zurich American Insurance Company, 1299 Zurich Way, Schaumburg, IL 60196, 1-800-987-3373. Este documento proporciona una descripción general de determinadas disposiciones y características de este programa de seguros y no revisa ni modifica las pólizas aplicables. En caso de discrepancia entre este documento y su certificado de seguro o la póliza de grupo, se aplicarán los términos de la póliza de grupo. Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de la póliza de grupo. Consulte su certificado de seguro para obtener una descripción detallada de la cobertura del seguro, incluidas las exclusiones, limitaciones, reducciones y rescisión. Es posible que la cobertura no esté disponible en todos los estados o que algunos términos, condiciones y exclusiones sean diferentes si la ley estatal así lo exige. Este seguro ofrece beneficios limitados. Los planes de beneficios limitados son productos del seguro con beneficios reducidos y no pretenden ser una alternativa, sino ayudar a complementar la cobertura integral. Este seguro no ofrece una cobertura de gastos médicos mayores ni de gastos médicos integrales y no está diseñado para sustituir a un seguro de gastos médicos mayores. Además, este seguro no tiene los beneficios mínimos esenciales establecidos en la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio.