

## Resumen de beneficios para empleados de 2024

TEAM ofrece cuatro opciones de planes de seguro médico grupal: Platinum, Gold, Silver y Bronze, así como un plan dental y de la vista. Las personas pueden inscribirse en el plan dental y de la vista por separado del plan médico.

MÉDICO: UNITED HEALTHCARE								
Beneficios por año calendario	Select Plus PPO Platinum		Select Plus PPO Gold		Select Plus PPO Silver		Select Plus PPO Bronze	
	En la red	Fuera de la red	En la red	Fuera de la red	En la red	Fuera de la red	En la red	Fuera de la red
Deducible individual	\$250	\$1,000	\$1,500	\$3,000	\$2,450	\$4,900	\$6,000	\$12,000
Deducible familiar	\$500	\$2,000	\$3,000	\$6,000	\$4,900	\$9,800	\$12,000	\$24,000
Gasto máximo de bolsillo individual	\$3,800	\$7,600	\$9,450	\$18,900	\$9,450	\$18,900	\$9,450	\$18,900
Gasto máximo de bolsillo familiar	\$7,600	\$15,200	\$18,900	\$37,800	\$18,900	\$37,800	\$18,900	\$37,800
Coseguro	80 %	50 %	70 %	50 %	60 %	50 %	60 %	50 %
Atención preventiva	0 %	N/A	0 %	N/A	0 %	N/A	0 %	N/A
Visitas al consultorio de Atención Primaria	\$15	N/A	\$10	N/A	\$55	N/A	40 % después del deducible	N/A
Visitas al consultorio de especialistas	\$30	N/A	\$70	N/A	\$95	N/A	40 % después del deducible	N/A
Hospital, paciente hospitalizado o ambulatorio	20 % después del deducible	N/A	30 % después del deducible	N/A	40 % después del deducible	N/A	40 % después del deducible	N/A
Pruebas de laboratorio de diagnósticos y radiografías	20 % después del deducible	N/A	30 % después del deducible	N/A	40 % después del deducible	N/A	40 % después del deducible	N/A
Atención de Urgencia	\$50	N/A	\$50	N/A	\$80	N/A	40 % después del deducible	N/A
Sala de Emergencias	20 % después del deducible	N/A	30 % después del deducible	N/A	40 % después del deducible	N/A	40 % después del deducible	N/A
Deducible de medicamentos recetados	\$0	N/A	\$300 individual \$600 familiar (N/A al nivel 1)	N/A	\$350 individual \$700 familiar (N/A al nivel 1)	N/A	\$500 individual \$1000 familiar (N/A al nivel 1)	N/A
Deducible de medicamentos recetados, individual	\$0	N/A	\$300	N/A	\$350	N/A	\$500	N/A
Deducible de medicamentos recetados, familiar	\$0	N/A	\$600	N/A	\$700	N/A	\$1,000	N/A
Deducible de medicamentos recetados de nivel 1	\$10	N/A	\$5	N/A	\$20	N/A	\$20	N/A
Deducible de medicamentos recetados de nivel 2	\$35	N/A	\$50	N/A	\$85	N/A	\$85	N/A
Deducible de medicamentos recetados de nivel 3	\$70	N/A	\$100	N/A	\$135	N/A	\$135	N/A
Deducible de medicamentos recetados de nivel 4	De 25% a \$250	N/A	De 25% a \$250	N/A	De 25% a \$250	N/A	De 25% a \$500	N/A
Especialidad	Varía según el nivel	N/A	Varía según el nivel	N/A	Varía según el nivel	N/A	Varía según el nivel	N/A

## Primas mensuales del plan médico 2024

Select Plus PPO Platinum <small>Código del plan: DH-99 Código del plan RX: P56S</small>															
Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa
<15	\$422.88	20	\$536.21	27	\$579.32	33	\$662.24	40	\$706.47	46	\$829.19	53	\$1,127.69	59	\$1,438.91
15	\$460.47	21	\$552.79	28	\$600.88	34	\$671.09	41	\$719.73	47	\$864.01	54	\$1,180.21	60	\$1,500.27
16	\$474.85	22	\$552.79	29	\$618.57	35	\$675.51	42	\$732.45	48	\$903.81	55	\$1,232.72	61	\$1,553.34
17	\$489.22	23	\$552.79	30	\$627.42	36	\$679.93	43	\$750.14	49	\$943.06	56	\$1,289.66	62	\$1,588.17
18	\$504.70	24	\$552.79	31	\$640.68	37	\$684.35	44	\$772.25	50	\$987.28	57	\$1,347.15	63	\$1,631.84
19	\$520.18	25	\$555.00	32	\$653.95	38	\$688.78	45	\$798.23	51	\$1,030.95	58	\$1,408.51	64+	\$1,658.37
		26	\$566.06			39	\$697.62			52	\$1,079.05				

Select Plus PPO Gold <small>Código del plan: DI-AJ Código del plan RX: L40S</small>															
Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa
<15	\$353.73	20	\$448.52	27	\$484.58	33	\$553.94	40	\$590.93	46	\$693.59	53	\$943.28	59	\$1,203.60
15	\$385.17	21	\$462.39	28	\$502.62	34	\$561.34	41	\$602.03	47	\$722.72	54	\$987.20	60	\$1,254.93
16	\$397.19	22	\$462.39	29	\$517.41	35	\$565.04	42	\$612.67	48	\$756.01	55	\$1,031.13	61	\$1,299.32
17	\$409.22	23	\$462.39	30	\$524.81	36	\$568.74	43	\$627.46	49	\$788.84	56	\$1,078.76	62	\$1,328.45
18	\$422.16	24	\$462.39	31	\$535.91	37	\$572.44	44	\$645.96	50	\$825.83	57	\$1,126.84	63	\$1,364.98
19	\$435.11	25	\$464.24	32	\$547.01	38	\$576.14	45	\$667.69	51	\$862.36	58	\$1,178.17	64+	\$1,387.17
		26	\$473.49			39	\$583.54			52	\$902.59				

Select Plus PPO Silver <small>Código del plan: DI-AH Código del plan RX: L41S</small>															
Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa
<15	\$317.33	20	\$402.37	27	\$434.72	33	\$496.94	40	\$530.13	46	\$622.22	53	\$846.21	59	\$1,079.75
15	\$345.54	21	\$414.81	28	\$450.90	34	\$503.58	41	\$540.08	47	\$648.35	54	\$885.62	60	\$1,125.79
16	\$356.32	22	\$414.81	29	\$464.17	35	\$506.90	42	\$549.62	48	\$678.21	55	\$925.03	61	\$1,165.62
17	\$367.11	23	\$414.81	30	\$470.81	36	\$510.22	43	\$562.90	49	\$707.67	56	\$967.75	62	\$1,191.75
18	\$378.72	24	\$414.81	31	\$480.76	37	\$513.53	44	\$579.49	50	\$740.85	57	\$1,010.89	63	\$1,224.52
19	\$390.34	25	\$416.47	32	\$490.72	38	\$516.85	45	\$598.99	51	\$773.62	58	\$1,056.94	64+	\$1,244.43
		26	\$424.77			39	\$523.49			52	\$809.71				

Select Plus PPO HDHP Bronze* <small>Código del plan: DI-AA Código del plan RX: L42S</small>															
Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa
<15	\$291.12	20	\$369.13	27	\$398.82	33	\$455.90	40	\$486.34	46	\$570.83	53	\$776.32	59	\$990.57
15	\$317.00	21	\$380.55	28	\$413.66	34	\$461.99	41	\$495.48	47	\$594.80	54	\$812.47	60	\$1,032.81
16	\$326.89	22	\$380.55	29	\$425.84	35	\$465.03	42	\$504.23	48	\$622.20	55	\$848.63	61	\$1,069.35
17	\$336.79	23	\$380.55	30	\$431.92	36	\$468.08	43	\$516.41	49	\$649.22	56	\$887.82	62	\$1,093.32
18	\$347.44	24	\$380.55	31	\$441.06	37	\$471.12	44	\$531.63	50	\$679.66	57	\$927.40	63	\$1,123.38
19	\$358.10	25	\$382.07	32	\$450.19	38	\$474.17	45	\$549.51	51	\$709.73	58	\$969.64	64+	\$1,141.65
		26	\$389.68			39	\$480.25			52	\$742.83				

\*La contribución total del empleado de Select Plus PPO HDHP Bronze cuando está inscrito en el nivel Solo para empleados (sin dependientes) tiene un límite del 8.0 % del salario anual del empleado.

## Resumen de beneficios dentales y de la vista de 2024

DENTAL: DENTAL GUARD PREFERRED			
	En la red	Fuera de la red	Prima mensual
Deducible individual	\$50	\$50	Empleado \$27.59
Deducible familiar	\$150	\$150	
Preventivo	El plan paga el 100 %	El plan paga el 100 %	Empleado + cónyuge \$56.00
Básico	El plan paga el 80 %	El plan paga el 80 %	
Completo	El plan paga el 50 %	El plan paga el 50 %	
Coseguro de ortodoncia	No cubierto		
Máximo anual	\$1,000 por persona		
Máximo de la porción anual no utilizado traspasable para servicios futuros	Sí		Empleado + hijo \$67.97
Límite de la porción anual no utilizado traspasable para servicios futuros	\$500		
Monto de la porción anual no utilizado traspasable para servicios futuros	\$250		Empleado + familia \$102.60
Monto de la porción anual no utilizado traspasable para servicios futuros en la red	\$350		
Límite de cuenta de la porción anual no utilizado traspasable para servicios futuros	\$1,000		

VISTA: DAVIS VISION			
	En la red	Fuera de la red	Prima mensual
Examen de la vista	Copago de \$10	Copago de \$10 (luego los planes pagan hasta \$50)	Empleado \$7.59
Recetas de anteojos	Copago de \$25	Copago de \$25	
Lentes	Visión simple Bifocal con línea divisoria Trifocal con línea divisoria Lenticular	El plan paga \$48 El plan paga \$67 El plan paga \$86 El plan paga \$126	Empleado + cónyuge \$14.36
	Incluido en los anteojos Copago cada año calendario	Incluido en los anteojos Copago cada año calendario	
Asignación de armazones	\$130 Cada 24 meses	El plan paga \$48 Cada 24 meses	Empleado + hijo \$14.63
Lentes de contacto (en lugar de armazones y lentes)	\$130 Cada año calendario	\$130 Cada año calendario	
			Empleado + familia \$23.15