

**Fechas de Vigencia: Comienzo de la Cobertura A Partir o Después del 1 de Septiembre de 2025**

## Anexo A del Certificado de Cobertura

A continuación, se enumeran los servicios y beneficios del Plan, con sus copagos, coaseguros y algunas de sus limitaciones. **Los servicios recibidos en un consultorio de atención primaria, especializada o de urgencias pueden estar sujetos a un copago o coaseguro, además del costo compartido de la visita al consultorio, dependiendo del tipo de servicio recibido.** Recuerde que esta es solo una lista breve. Para obtener más información, las directrices del plan y las exclusiones, consulte el Certificado de Cobertura.

**Por favor, conserve este Anexo A para sus registros.**

PRESTACIONES MÉDICAS	COBERTURA
<p><b>DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO:</b> Se aplica ÚNICAMENTE a aquellos beneficios con cobertura de coaseguro cuando el miembro paga un porcentaje fijo del costo. No se aplica a prestaciones con copago. No se aplica a los Productos Farmacéuticos Biológicos, Biotecnológicos y Especializados solicitados a través de Express Scripts, pero sí se aplicará a dichos medicamentos cuando los proporcione directamente un médico o un hospital. Los importes de los cupones del fabricante o programas de asistencia similares utilizados para satisfacer los copagos o coaseguros del miembro no se tendrán en cuenta a efectos del deducible.</p>	\$4,750 por persona; \$9,500 por familia
<p><b>MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO POR AÑO NATURAL:</b> Es lo máximo que un Asegurado pagará por año calendario por servicios médicos, de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, medicamentos recetados y medicamentos especializados. El máximo incluye deducibles, copagos y coaseguros pagados por el Asegurado por servicios calificados, pero no incluye primas, cargos adicionales ni cargos fuera de la red que excedan el límite máximo de pago. Si tiene un año de plan no calendario, el límite máximo puede cambiar durante el transcurso de un año calendario. Si el límite aumenta con un nuevo año del plan, es posible que deba nuevamente el costo compartido hasta el monto del aumento, incluso si alcanzó el límite antes en el Año Calendario. Consulte el Certificado de Cobertura para obtener más detalles. Los importes de los cupones del fabricante o programas de asistencia similares utilizados para satisfacer los Copagos o Coaseguros del Miembro no se tienen en cuenta para el Máximo de Gastos de Bolsillo.</p>	\$7,900 por persona; \$15,800 por familia
<p><b>CUIDADO PREVENTIVO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado del Bebé Sano (Niños menores de 3 años)</li> <li>Exámenes Físicos de Rutina (Uno por Año Calendario para mayores de 3 años)</li> <li>Vacunas Cubiertas</li> <li>Visita Preventiva de Obstetricia y Ginecología (Una por Año Calendario)</li> <li>Atención Prenatal Preventiva</li> <li>Visitas Preventivas al Nutricionista (Hasta 3 por Año Calendario con un Dietista o Nutricionista Registrado)</li> <li>Otros servicios y artículos preventivos. Consulte el Certificado de Cobertura para obtener más información</li> </ul>	100% de Cobertura
<p><b>OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios Quirúrgicos y Médicos</li> <li>Exámenes Auditivos</li> <li>Enfermedad y Lesión</li> </ul>	\$40 Copago por visita
<p><b>ATENCIÓN ESPECIALIZADA:</b> <i>(No se Requiere Remisión del PCP, médico de atención primaria)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios Médicos</li> <li>Servicios de Obstetricia/Ginecología</li> <li>Enfermedad y Lesión</li> </ul>	\$60 Copago por visita
<p><b>SERVICIOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios Médicos</li> <li>Enfermedad y Lesión</li> </ul>	\$60 Copago por visita
<p><b>SERVICIOS DE TELESALUD DE TELADOC:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultas de Atención Primaria/Urgente</li> <li>Consultas de Salud Conductual</li> </ul>	\$55 por consulta \$60 por consulta
<p><b>SERVICIOS DE LABORATORIO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos de Laboratorio</li> <li>Pruebas Genéticas Cubiertas</li> </ul>	60% Cobertura
<p><b>CUIDADO DE LA VISTA:</b> <i>(No se Requiere Remisión del PCP, médico de atención primaria)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un examen oftalmológico rutinario por Año Calendario</li> <li>Otras visitas al consultorio de atención oftalmológica</li> </ul>	\$60 Copago por visita
<p><b>SERVICIOS DE ALERGIAS:</b> <i>(No se Requiere Remisión del PCP, médico de atención primaria)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios Médicos</li> <li>Pruebas y Tratamiento</li> </ul>	\$60 Copago por visita 60% Cobertura
<p><b>MANTENIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA CRÓNICA:</b> <i>(Incluyendo, pero sin limitarse a, diálisis, radioterapia, cuidado de heridas y terapia para heridas).</i></p>	60% Cobertura
<p><b>SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Radiografías</li> <li>Otros Servicios de Diagnóstico <i>(Incluyendo, pero sin limitarse a, Tomografía Computarizada, Resonancia Magnética, PET/SPECT, ERCP)</i></li> </ul>	\$10 Copago por imagen 60% Cobertura
<p><b>SERVICIOS AMBULATORIOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía y Otros Servicios Ambulatorios</li> </ul>	60% Cobertura
<p><b>SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios Médicos y de Instalaciones</li> </ul>	60% Cobertura
<p><b>SERVICIOS DE LA SALA DE URGENCIAS:</b></p>	\$500 Copago por visita
<p><b>SERVICIOS DE AMBULANCIA DE EMERGENCIA:</b> <i>(Debe ser Médicamente Necesaria)</i></p>	60% Cobertura
<p><b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS Y DISPOSITIVOS PRÓTESICOS:</b></p>	60% Cobertura
<p><b>SERVICIOS DE CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA:</b> <i>(100 días durante todo el Periodo de Vigencia)</i></p>	60% Cobertura
<p><b>SERVICIOS DE NUTRICIÓN MÉDICA:</b> <i>(Limitado a 6 visitas por Año Calendario con un Dietista o Nutricionista Registrado)</i></p>	\$60 Copago por visita

**Fechas de Vigencia: Comienzo de la Cobertura A Partir o Después del 1 de Septiembre de 2025**

## Anexo A del Certificado de Cobertura

PRESTACIONES MÉDICAS	COBERTURA
<b>EDUCACIÓN EN EL AUTOCONTROL DE LA DIABETES:</b>	\$60 Copago por visita
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS:</b> Insulina cubierta bajo la cláusula adicional de medicamentos recetados. Para suministros para diabéticos, llame a VIVA HEALTH.	60% Cobertura
<b>SERVICIOS DE MATERNIDAD:</b> Cubierto para el empleado y su cónyuge; no cubierto para hijos dependientes, salvo lo dispuesto en la sección de Atención Preventiva. <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios Médicos (Atención prenatal, parto y posparto)</li> <li>Hospitalización por Maternidad</li> </ul> <b>El bebé elegible debe estar inscrito en el plan dentro de los 30 días posteriores al nacimiento o la adopción para que la atención esté cubierta.</b>	\$60 Copago por parto 60% Cobertura
<b>SERVICIOS DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN:</b> Terapia Física, del Habla y Ocupacional y Análisis de Comportamiento Aplicado (Limitado a un total de 60 días de hospitalización y 30 visitas ambulatorias por Año Calendario para diagnósticos médicos).	60% Cobertura
<b>SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR:</b> (Limitado a 60 visitas por Año Calendario)	60% Cobertura
<b>SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS:</b> (No se Requiere Remisión del PCP, médico de atención primaria; Con cobertura de hasta 25 visitas por Año Calendario)	\$60 Copago por visita
<b>TRASTORNO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR:</b>	\$60 Copago por visita
<b>TRASTORNOS DEL SUEÑO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio del Sueño</li> </ul>	\$60 Copago por visita 60% Cobertura por estudio del sueño
<b>SERVICIOS DE TRASPLANTE:</b>	60% Cobertura
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios para Pacientes Hospitalizados</li> <li>Servicios Ambulatorios</li> </ul>	60% Cobertura \$60 Copago por visita

PRESTACIONES FARMACÉUTICAS	COBERTURA
<b>MEDICAMENTOS CON RECETA CUBIERTOS <sup>1</sup>:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>De una Farmacia Participante</li> <li>Pedido por correo</li> <li>Farmacia Participante</li> </ul> </li> <li><b>Nivel 2 (Medicamentos Genéricos No Preferidos)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>De una Farmacia Participante</li> <li>Pedido por correo</li> <li>Farmacia Participante</li> </ul> </li> <li><b>Nivel 3 (Medicamentos de Patente Preferidos y Medicamentos Genéricos No Preferidos)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>De una Farmacia Participante</li> <li>Pedido por correo</li> <li>Farmacia Participante</li> </ul> </li> <li><b>Nivel 4 (Medicamentos de Patente y Genéricos No Preferidos)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>De una Farmacia Participante</li> <li>Pedido por correo</li> <li>Farmacia Participante</li> </ul> </li> </ul>	\$5 Copago por 30 días de suministro \$12 Copago por 90 días de suministro <sup>2</sup> \$15 Copago por 90 días de suministro <sup>2</sup>  \$20 Copago por 30 días de suministro \$43 Copago por 90 días de suministro <sup>2</sup> \$60 Copago por 90 días de suministro <sup>2</sup>  \$60 Copago por 30 días de suministro \$150 Copago por 90 días de suministro <sup>2</sup> \$180 Copago por 90 días de suministro <sup>2</sup>  \$80 Copago por 30 días de suministro \$200 Copago por 90 días de suministro <sup>2</sup> \$240 Copago por 90 días de suministro <sup>2</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Nivel 5 (Medicamentos Biológicos, Medicamentos Biotecnológicos y Medicamentos Especializados <sup>3</sup> y Medicamentos No Preferidos)</b></li> </ul>	60% Cobertura
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Anticonceptivos Orales</b></li> </ul>	\$0 Copago por medicamentos genéricos y de patente seleccionados; Copago Aplicable por otros medicamentos de patente.
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Suministros para Pruebas de Diabetes</b>(Medidores de glucosa OneTouch y Freestyle (excepto Libre), tiras reactivas para glucosa OneTouch y Freestyle, y cualquier marca de lancetas/dispositivos de lancetas)</li> </ul>	100% Cobertura

<sup>1</sup> Algunos medicamentos pueden requerir autorización previa de VIVA HEALTH. Para obtener más información, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente en el número de teléfono que se indica a continuación. <sup>2</sup>El suministro para 90 días se corresponde con lo indicado por el proveedor, a menos que se ajuste en función del tamaño del envase del fabricante del medicamento o de los límites de suministro. <sup>3</sup>Se puede administrar en el hogar, en el consultorio del médico o de forma ambulatoria. Si recibe estos medicamentos a través de Express Scripts, debe solicitarlos llamando al 1-800-803-2523. Para obtener una lista de los medicamentos de esta categoría, consulte [www.vivahealth.com/Group/plans/INCA](http://www.vivahealth.com/Group/plans/INCA).

**Cuando hay un genérico disponible, el Asegurado debe pagar la diferencia entre el precio del genérico y el de patente ("cargo adicional"), más el Copago. Los cargos adicionales no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo. Consulte con su farmacia participante para saber si es elegible para ofrecer un suministro de 90 días al por menor.**

**Servicio de Atención al Cliente de VIVA HEALTH: (205) 558-7474 o 1-800-294-7780 | Visite nuestro sitio web en [www.vivahealth.com](http://www.vivahealth.com)**

**Política de Condición Preexistente:** Sin exclusiones de condiciones preexistentes o periodo de espera.  
**Dependiente elegible:** El cónyuge legal del Empleado Elegible y los hijos menores de 26 años o dependientes discapacitados del Empleado Elegible que cumplan los criterios de elegibilidad. Los dependientes cuyo apellido sea diferente al del empleado deben acreditar su elegibilidad mediante la presentación de un certificado de matrimonio o de nacimiento junto con la solicitud de inscripción.