



INTEGRITY CABINETS

Fechas de Vigencia: Comienzo de la Cobertura A Partir o Después del 1 de Septiembre de 2026

Anexo A del Certificado de Cobertura

A continuación, se enumeran los Servicios y beneficios del plan, con sus copagos, coseguros 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 coseguro, además del costo compartido de la visita al consultorio, dependiendo del tipo de servicio recibido.** Esta es solamente una lista breve. Para obtener más información, las directrices del plan y las exclusiones, por favor consulte el Certificado de Cobertura.

Por favor, conserve este Anexo A para sus registros.

BENEFICIOS MÉDICOS	COBERTURA
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO: Se aplica ÚNICAMENTE a aquellos beneficios con cobertura de coseguro cuando el Asegurado paga un porcentaje fijo del costo. No se aplica a beneficios con un copago. No se aplica a los Medicamentos Especializados solicitados a través de Express Scripts, pero si se aplicará a dichos medicamentos cuando los proporcione directamente un médico u hospital. Los importes de los cupones del fabricante o programas de asistencia similares utilizados para satisfacer los Copagos o Coseguros del Asegurado no se tendrán en cuenta para el Deducible.	\$4,750/Persona; \$9,500/Familia
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO POR AÑO CALENDARIO: Es lo máximo que un Asegurado pagará por Año Calendario por servicios médicos, mentales y de trastornos por uso de sustancias, medicamentos recetados y Medicamentos Especializados calificados. El máximo incluye deducibles, copagos y coseguros 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 plan de año 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 Coseguros del Asegurado no se tienen en cuenta para el Máximo de Gastos de Bolsillo.	\$7,900/Persona; \$15,800/Familia
CUIDADO PREVENTIVO: - Cuidado del Bebé Sano (Niños menores de 3 años) - Exámenes Físicos de Rutina (Uno por Año Calendario para mayores de 3 años) - Vacunas Cubiertas - Visita Preventiva de Obstetricia y Ginecología (Una por Año Calendario) - Atención Prenatal Preventiva - Visitas Preventivas al Nutricionista (Hasta 3 por Año Calendario con un Dietista o Nutricionista Registrado) - Otros servicios y artículos preventivos. Consulte el Certificado de Cobertura para obtener más información	100% de Cobertura
OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: - Servicios Quirúrgicos y Médicos - Exámenes Auditivos - Enfermedad y Lesión	\$40 Copago por visita
ATENCIÓN ESPECIALIZADA: <i>(No se Requiere Remisión del PCP, médico de atención primaria)</i> - Servicios Médicos - Servicios de Obstetricia/Ginecología - Enfermedad y Lesión	\$60 Copago por visita
SERVICIOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS: - Servicios Médicos - Enfermedad y Lesión	\$60 Copago por visita
SERVICIOS DE TELESALUD DE TELADOC: - Consultas de Atención Primaria/Urgente - Consultas de Salud Conductual	\$40 por consulta \$60 por consulta
SERVICIOS DE LABORATORIO: - Procedimientos de Laboratorio - Pruebas Genéticas Cubiertas	60% de Cobertura
CUIDADO OFTALMOLÓGICO: <i>(No se Requiere Remisión del PCP, médico de atención primaria)</i> - Un examen oftalmológico rutinario por Año Calendario - Otras visitas al consultorio de atención oftalmológica	\$60 Copago por visita
SERVICIOS DE ALERGIA: <i>(No se Requiere Remisión del PCP, médico de atención primaria)</i> - Servicios Médicos - Pruebas y Tratamiento	\$60 Copago por visita 60% de Cobertura
MANTENIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA CRÓNICA: <i>(Incluyendo, pero sin limitarse a, diálisis, radioterapia, cuidado de heridas y terapia para heridas).</i>	60% de Cobertura
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO: - Radiografías - Otros Servicios de Diagnóstico <i>(Incluyendo, pero sin limitarse a, Tomografía Computarizada, Resonancia Magnética, PET/SPECT, ERCP)</i>	\$10 Copago por imagen 60% de Cobertura
SERVICIOS AMBULATORIOS: Cirugía y Otros Servicios Ambulatorios	60% de Cobertura
SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS: Servicios Médicos y de Instalaciones	60% de Cobertura

Fechas de Vigencia: Comienzo de la Cobertura A Partir o Después del 1 de Septiembre de 2026

Anexo A del Certificado de Cobertura

BENEFICIOS MÉDICOS	COBERTURA
SERVICIOS DE LA SALA DE EMERGENCIAS:	\$500 Copago por visita
SERVICIOS DE AMBULANCIA DE EMERGENCIA: <i>(Debe ser Médicamente Necesaria)</i>	60% de Cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS Y DISPOSITIVOS PRÓTESICOS:	60% de Cobertura
SERVICIOS DE CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA: <i>(100 días durante todo el Periodo de Vigencia)</i>	60% de Cobertura
SERVICIOS DE NUTRICIÓN MÉDICA: <i>(Hasta 6 visitas/Año Calendario con un Dietista o Nutricionista Registrado)</i>	\$60 Copago por visita
EDUCACIÓN EN EL AUTOCONTROL DE LA DIABETES:	\$60 Copago por visita
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS: <i>Insulina cubierta bajo la cláusula adicional de medicamentos recetados. Para Suministros para Diabéticos, llame a VIVA HEALTH.</i>	60% de Cobertura
SERVICIOS DE MATERNIDAD: <i>(Cubierto para el empleado y su cónyuge; no cubierto para hijos dependientes, salvo lo dispuesto en la sección de Atención Preventiva)</i>	
• Servicios Médicos <i>(Atención prenatal, parto y posparto)</i>	\$60 de Copago/parto
• Hospitalización por Maternidad	60% de Cobertura
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.	
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN: <i>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).</i>	60% de Cobertura
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO: <i>(Limitado a 60 visitas por Año Calendario)</i>	60% de Cobertura
SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS: <i>(No se Requiere Remisión del PCP, médico de atención primaria; Con cobertura de hasta 25 visitas por Año Calendario)</i>	\$60 Copago por visita
TRASTORNO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR:	\$60 Copago por visita
TRASTORNOS DEL SUEÑO:	\$60 Copago por visita
• Estudio del Sueño	60% de Cobertura/estudio del sueño
SERVICIOS DE TRASPLANTE:	60% de Cobertura
SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS:	
• Servicios para Pacientes Hospitalizados	60% de Cobertura
• Servicios Ambulatorios	\$60 Copago por visita

BENEFICIOS FARMACÉUTICOS	COBERTURA
MEDICAMENTOS CON RECETA CUBIERTOS¹:	
• Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos)	
o Desde una Farmacia Participante	\$5 Copago por 30 días de suministro (\$15 por suministro de 90 días ²)
o Pedido por correo	\$12 Copago por 90 días de suministro ²
• Nivel 2 (Medicamentos Genéricos No Preferidos)	
o Desde una Farmacia Participante	\$20 Copago por 30 días de suministro (\$60 por suministro de 90 días ²)
o Pedido por correo	\$43 Copago por 90 días de suministro ²
• Nivel 3 (Medicamentos de Patente Preferidos y Medicamentos Genéricos No Preferidos)	
o Desde una Farmacia Participante	\$60 Copago por 30 días de suministro (\$180 por 90 días de suministro ²)
o Pedido por correo	\$150 Copago por 90 días de suministro ²
• Nivel 4 (Medicamentos de Patente y Genéricos No Preferidos)	
o Desde una Farmacia Participante	\$80 Copago por 30 días de suministro (\$240 por 90 días de suministro ²)
o Pedido por correo	\$200 Copago por 90 días de suministro ²
• Nivel 5 (Medicamentos Especializados³ y Medicamentos No Preferidos)	60% de Cobertura
• Anticonceptivos Orales	\$0 Copago por medicamentos genéricos y de patente seleccionados; Copago Aplicable por otros medicamentos de patente.
	100% de Cobertura
• Suministros para Pruebas de Diabetes:	
o Medidores de glucosa en sangre, determinadas tiras reactivas para glucosa y lancetas/dispositivos para lancetas de cualquier marca	\$60 Copago por 30 días de suministro (\$180 por 90 días de suministro ²) desde una farmacia participante
o Monitores continuos de glucosa (para personas con diabetes con autorización previa)	

¹Algunos 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. ²El 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. ³Se 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.

Cuando hay un genérico disponible, el Asegurado debe pagar la diferencia entre el precio del genérico y el de patente ("carga adicional"), más el Copago. Los cargos adicionales no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo. Consulte con su farmacia participante para saber si está autorizada para ofrecer 90 días de suministro para venta 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	
Política de Condiciones Preexistentes:	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.