

Plan de Valor Mínimo (MVPhd) Lista de Beneficios

Nota: Todos los empleados son elegibles para el Plan MVPhd. Por favor llamar a Benefits In A Card al 800-497-4856 para más información o para inscribirse. Si se inscribe, la cobertura entrará en vigencia el primer mes después de 59 días a partir de la fecha de su primer cheque de pago más 30 horas semanales. MVPhd es un plan medica integral con programa de medicina que ofrece beneficios para proveedores fuera y dentro de la red, después de que usted cumpla con el deducible aplicable. Con el plan de MVPhd, los empleados pueden evitar las sanciones individuales de la ACA.

PPO de red: MultiPlan	Dentro la Red	Fuera de la Red
Deducible (por participante / familia)	\$6,500/\$14,700	\$10,000/\$20,000
Fuera de bolsillo máximo (por participante / familia)	\$6,500/\$14,700	Sin Máximo / Sin Máximo
Coseguro pagado por el plan	100%	50%
Visita al consultorio Atención primaria / Especialista (incluido MHSA) El copago por visita a la oficina de la red es para la visita a la consulta (consulta) solamente. Todos los otros servicios están sujetos a deducible y coseguro.	\$15 primario / \$30 especialista	50% después del deducible
Quimioterapia	No cubiertos	No cubiertos
Medicamentos especializados médicos	No cubiertos	No cubiertos
Beneficios de Sala de Emergencia (Visitas a la Sala de Emergencia que no se consideran una emergencia médica sólo se pagarán al 50% después del deducible)	100% después del deducible	50% después del deducible
Atención de urgencias	100% después del deducible	50% después del deducible
Hospitalización de pacientes internos (incluido MHSA)	100% después del deducible	50% después del deducible
Visita médica para pacientes internos	100% después del deducible	50% después del deducible
Hospitalización y visitas médicas ambulatorias	100% después del deducible	50% después del deducible
Cuota de médico / cirujano / anesthesiólogo (IP / OP)	100% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria	100% después del deducible	50% después del deducible
Pruebas de diagnóstico y laboratorios	100% después del deducible	50% después del deducible
Cuidado preventivo	100%	50% después del deducible
Quiropráctica	No cubiertos	No cubiertos
Servicio de ambulancia por tierra	100% después del deducible	50% después del deducible
Imaging avanzada	100% después del deducible	50% después del deducible
Diálisis	100% después del deducible	50% después del deducible
Cuidados de salud en el hogar, rehabilitación (Cardíaca, PT, OT, ST), SNF (Centro de enfermería especializada), Hospicio	100% después del deducible	50% después del deducible
Terapia de radiación	100% después del deducible	50% después del deducible
Equipo médico duradero	100% después del deducible	50% después del deducible
Medicina La marca y los no preferidos sólo estarán cubiertos cuando no se disponga de un medicamento genérico	Al por menor: Genérico - Sujeto a deducible Marca Preferida - Sujeto a deducible Marca No Preferida - No cubiertos Por correo: Genérico - Sujeto a deducible Marca Preferida - Sujeto a deducible Marca No Preferida - No cubiertos *BioTech y especializadas Las drogas no están cubiertos.	

Primas Mensuales

Empleado	\$529.31
Empleado/Cónyuge	\$1,001.05
Empleado/Hijos	\$863.09
Familia	\$1,352.63

Las tasas de cobertura individual son asequibles para usted, ya que se basan en su salario. Para su tasa de cobertura única, vea la tabla de tasas por separado o llame a su departamento de beneficios al 315-870-4861. Los empleados de esta compañía no califican para asistencia premium a través del Mercado, ya que esta compañía ofrece a todos los empleados una cobertura de valor mínimo asequible.

El beneficio de cuidado preventivo cubre exámenes de rutina, cuidado infantil adecuado, vacunas, papanicolau, mamografías, exámenes colorrectales, exámenes de próstata y otros servicios requeridos por la ley si los proporciona un proveedor de la red. Se puede acceder a una lista actualizada de la atención preventiva requerida en <http://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention/recommendations.html>

Este plan excluye medicamentos especializados, medicamentos de marca no preferidos, cargos quiroprácticos, acupuntura, cirugía bariátrica, cirugía estética, cuidado dental, tratamiento de la infertilidad, cuidado a largo plazo, cuidado no de emergencia fuera de los US., Enfermería privada, cuidado oftalmológico de rutina, pie de rutina atención, programas de pérdida de peso, cualquier beneficio que no esté específicamente enumerado y las exclusiones y límites que se aplican a otro Stay Healthy (MEC) / MVP también se aplican a este beneficio.

Hoja de tarifas del plan de valor mínimo (MVP)

Plan de valor mínimo				
Costo semanal por tarifa de pago por hora				
	Tarifa de pago por hora \$7.25 a \$11.99	Tarifa de pago por hora \$12 a \$14.99	Tarifa de pago por hora \$15 a \$19.99	Tarifa de pago por hora \$20 y arriba
Empleado Solamente	\$21.27	\$35.20	\$44.01	\$58.68
Empleado + Cónyuge	\$231.02	\$231.02	\$231.02	\$231.02
Empleado + Hijo (s)	\$199.19	\$199.19	\$199.19	\$199.19
Empleado + Familia	\$312.15	\$312.15	\$312.15	\$312.15