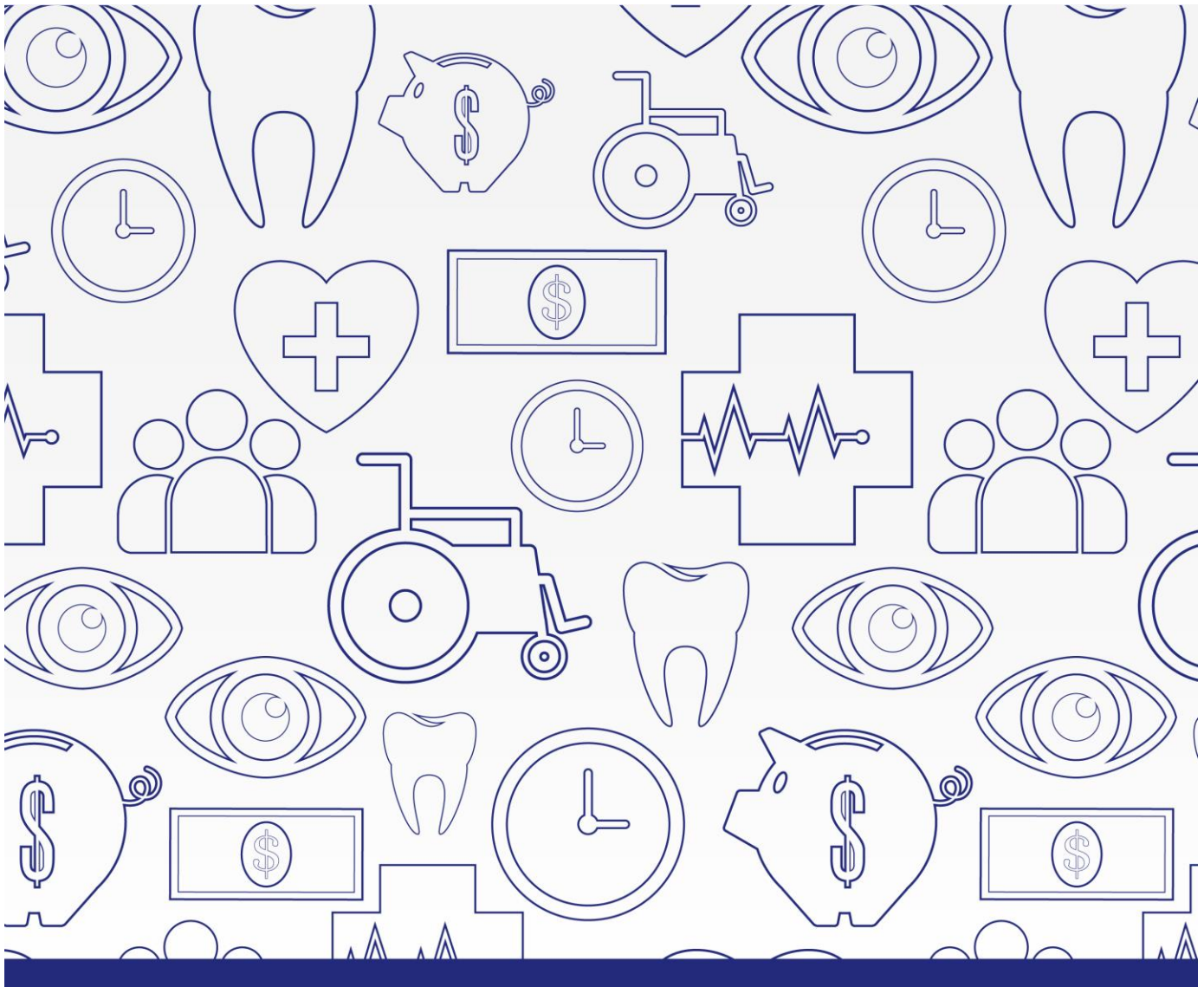


# **BENEFITS**

**Staff (ACA)**

**Open Enrollment**

**September 1<sup>st</sup> – September 15<sup>th</sup>**



**Effective October 1, 2022 through September 30, 2023**

## PICK THE BEST BENEFITS FOR YOU AND YOUR FAMILY



Absolute HCBS offers all eligible employees and their eligible family members a comprehensive and robust benefits program. These benefits include Medical, Dental, and Vision coverage. We encourage you to take the time to educate yourself about your options and choose the best coverage for you and your family.

### WHO IS ELIGIBLE?

All employees who are active full-time employees working a minimum of 30 hours per week are eligible.

### WHEN DOES COVERAGE BEGIN & END?

#### ANNUAL OPEN ENROLLMENT

The elections you make during Annual Open Enrollment are effective on October 1, 2022 and will remain effective until September 30, 2023. Due to IRS regulations, once you have made your choices for the plan year you can't change your benefits until the next enrollment period unless you have a qualifying life event.

#### NEW HIRE

If you are a new hire you are eligible after a 12 month lookback period, then on the first day of the month following 30 calendar days of that 12 month eligibility.

#### YOUR ELIGIBLE DEPENDENTS

- Your legal spouse
- Your domestic partner
- Your dependent children up to age 26 (includes stepchildren and legally adopted children)
- Your dependent child, regardless of age, provided he or she is incapable of self-support due to a mental or physical disability, is fully dependent on you for the support as indicated on your federal tax return, and is approved by your medical plan to continue coverage past age 26.



#### COVERAGE TERMINATION

Plan coverage will terminate at the end of the month in which the Employee terminates employment or is no longer an eligible Employee under the Plan's provisions for Medical, Dental, and Vision.

### HOW TO MAKE CHANGES (QUALIFYING LIFE EVENTS)

Unless you experience a life-changing qualifying event you cannot make changes to your benefits until the next open enrollment period. Qualifying events include things like:

- Marriage, divorce, or legal separation
- Birth or adoption of a child
- Change in child's dependent status
- Death of a spouse, child, or other qualified dependent
- Change in residence
- Change in employment status or a change in coverage under another employer-sponsored plan

**You have 30 calendar days to notify Human Resources of your change in status if it impacts your benefits status. Your new coverage becomes effective on the date of change or the first of the following month. Make sure you provide Human Resources with verification of the qualifying event.**

## MEDICAL AND PRESCRIPTION DRUGS

Absolute HCBS offers medical coverage through Blue Cross Blue Shield of Arizona. We offer four medical plan options so you can choose the plan that best fits you and your family's needs.

The National Network (also known as Statewide Network) is BCBS's largest network of doctors, hospitals, and facilities. The Alliance Network is BCBS's smaller value network (which also includes National options if traveling or children live in other states).

Blue Cross Blue Shield of Arizona				
Plan Design	PPO \$5,000 70%/50% - Alliance Network		HSA \$2,800 90%/50% - National Network	
Benefit Highlights	In-Network	Out-of-Network <sup>^</sup>	In-Network	Out-of-Network <sup>^</sup>
<b>Deductible</b>				
Individual	\$5,000	\$10,000	\$2,800	\$5,600
Family	\$10,000	\$20,000	\$5,600	\$11,200
<b>Coinsurance</b>				
Coinsurance	70%	50%	90%	50%
<b>Maximum out-of-pocket (includes deductible)</b>				
Individual	\$6,600	\$13,200	\$5,250	\$10,500
Family	\$13,200	\$26,400	\$10,500	\$21,000
<b>Office Visits</b>				
Preventive	100% deductible waived	50% after deductible	100% deductible waived	50% after deductible
Telehealth through BlueCare Anywhere (MD)	\$0 copay	n/a	Approx. \$49 (subject to change)	n/a
Primary Care	\$25 copay	50% after deductible	90% after deductible	50% after deductible
Specialists	\$75 copay	50% after deductible	90% after deductible	50% after deductible
<b>Diagnostic Care</b>				
Diagnostic Lab	70% after deductible	50% after deductible	90% after deductible	50% after deductible
Diagnostic X-ray	70% after deductible	50% after deductible	90% after deductible	50% after deductible
<b>Emergency Services</b>				
Urgent Care Services	\$75 copay	50% after deductible	90% after deductible	50% after deductible
Emergency Room	\$450 copay	\$450 copay	90% after deductible	90% after deductible
<b>Hospitalization</b>				
In-Patient	70% after deductible	50% after deductible	90% after deductible	50% after deductible
Out-Patient	70% after deductible	50% after deductible	90% after deductible	50% after deductible
<b>Prescription Drugs</b>				
Prescription Drugs	Level 1: \$15 Level 2: \$55 Level 3: \$85 Level 4: \$150	Level 1: \$15 Level 2: \$55 Level 3: \$85 Level 4: \$150	90% after deductible	50% after deductible
Specialty Drugs	Level A: \$60 Level B: \$110 Level C: \$160 Level D: \$210	Not Covered	90% after deductible	Not Covered
<b><sup>^</sup> There may be balance billing on all out-of-network services</b>				

More medical plan options on next page

## MEDICAL AND PRESCRIPTION DRUGS (CONTINUED)

Blue Cross Blue Shield of Arizona				
Plan Design	PPO \$3,000 70%/50% - Alliance Network		PPO \$3,000 70%/50% - National Network	
Benefit Highlights	In-Network	Out-of-Network <sup>^</sup>	In-Network	Out-of-Network <sup>^</sup>
<b>Deductible</b>				
Individual	\$3,000	\$6,000	\$3,000	\$6,000
Family	\$6,000	\$12,000	\$6,000	\$12,000
<b>Coinsurance</b>				
Coinsurance	70%	50%	70%	50%
<b>Maximum out-of-pocket (includes deductible)</b>				
Individual	\$6,350	\$12,700	\$6,350	\$12,700
Family	\$12,700	\$25,400	\$12,700	\$25,400
<b>Office Visits</b>				
Preventive	100% deductible waived	50% after deductible	100% deductible waived	50% after deductible
Telehealth through BlueCare Anywhere (MD)	\$0 copay	n/a	\$0 copay	n/a
Primary Care	\$25 copay	50% after deductible	\$25 copay	50% after deductible
Specialists	\$60 copay	50% after deductible	\$60 copay	50% after deductible
<b>Diagnostic Care</b>				
Diagnostic Lab	70% after deductible	50% after deductible	70% after deductible	50% after deductible
Diagnostic X-ray	70% after deductible	50% after deductible	70% after deductible	50% after deductible
<b>Emergency Services</b>				
Urgent Care Services	\$60 copay	50% after deductible	\$60 copay	50% after deductible
Emergency Room	\$400 copay	\$400 copay	\$400 copay	\$400 copay
<b>Hospitalization</b>				
In-Patient	70% after deductible	50% after deductible	70% after deductible	50% after deductible
Out-Patient	70% after deductible	50% after deductible	70% after deductible	50% after deductible
<b>Prescription Drugs</b>				
Prescription Drugs	Level 1: \$15 Level 2: \$55 Level 3: \$85 Level 4: \$150	Level 1: \$15 Level 2: \$55 Level 3: \$85 Level 4: \$150	Level 1: \$15 Level 2: \$55 Level 3: \$85 Level 4: \$150	Level 1: \$15 Level 2: \$55 Level 3: \$85 Level 4: \$150
Specialty Drugs	Level A: \$60 Level B: \$110 Level C: \$160 Level D: \$210	Not Covered	Level A: \$60 Level B: \$110 Level C: \$160 Level D: \$210	Not Covered
<b><sup>^</sup> There may be balance billing on all out-of-network services</b>				

## IN-NETWORK VS OUT-OF-NETWORK

### Stay In-Network and Save!

Each insurance company/carrier has contracted with a vast number of providers on your behalf to get services at discounted rates in their networks. In return, these health care, dental, and/or vision providers have higher volumes of patients and a consistent flow of insured patients. These providers are designated as being “in-network” because of their pre-selection to provide quality care at a contracted rate. **The main advantage in using an in-network provider is that you receive this negotiated discounted rate for their services and you are not balance billed.**



## FINDING IN-NETWORK PROVIDERS & FACILITIES WITH BCBS

1. Go to [www.azblue.com](http://www.azblue.com) and register for your account and search through your portal. If you are not yet a member select “Find a Doctor” – then choose “I am NOT yet a member ... but might get a BCBSAZ health plan through my employer”
2. Where it says “Choose a Network”
  - Alliance Network Plans: select “**Alliance PPO/EPO**”,
  - National Network Plans: select “**Statewide/National PPO**” (on the next page the network will show as National PPO/EPO (**this also includes the National HSA plan as well**))

## YOUR MEDICAL COST IN 2022 – 2023, EFFECTIVE OCTOBER 1, 2022

Absolute HCBS contributes to the cost of employee’s medical coverage. Semi-monthly (each paycheck) payroll deductions are as shown below. These deductions are made pretax.

Payroll Deductions (each paycheck)				
	Employee Only	Employee & Spouse	Employee & Child(ren)	Employee & Family
<b>PPO \$5,000</b> Alliance Network	\$79.96	\$450.61	\$357.95	\$759.48
<b>HSA \$2,800</b> National Network	\$178.19	\$666.71	\$544.58	\$1,073.81
<b>PPO \$3,000</b> Alliance Network	\$112.51	\$522.22	\$419.79	\$863.64
<b>PPO \$3,000</b> National Network	\$162.48	\$632.14	\$514.72	\$1,023.52

## HSA CONTRIBUTIONS FOR 2022 - 2023, EFFECTIVE OCTOBER 1, 2022

A Health Savings Account (HSA) is tax-exempt bank account that is set up with a qualified HSA trustee/bank (MyBlue Savings) to allow you to pay for or reimburse for certain qualified medical, dental, and vision expenses you incur. **You are able to contribute pre-tax dollars to your HSA bank account up to a certain limit. You must be enrolled on a high deductible health plan (HDHP) or HSA plan** outlined in the previous pages to contribute to this account. The contribution limits for each year are those set by the IRS. Please see the table below for IRS annual contribution limits.

HSA Contribution Limits	2022 (Jan - Dec)	2023 (Jan - Dec)
Individual (enrolled as EE only)	\$3,650	\$3,850
Family (EE & Spouse, EE & Child(ren), EE & Family)	\$7,300	\$7,750
“Catch Up” contributions	Age 55 or older, \$1,000	Age 55 or older, \$1,000

## DENTAL

Absolute HCBS offers dental coverage through Blue Cross Blue Shield of Arizona. To find an in-network provider go to [www.azblue.com](http://www.azblue.com), hover over “Find a Doctor/Rx” and select “Dental Directories”. Choose Plan “BlueDental PPO (BluePreferred Dental)” For questions call 888.271.7806. The following chart briefly outlines the dental benefits.

Dental Benefits			
	Services	In-Network Provider	Out-of-Network <sup>^</sup> Provider
<b>Preventative Services</b>	Exams, cleanings, x-rays	100%	100%
<b>Deductible</b>	Applies to Basic and Major Services only - Individual - Family	\$50 \$150	\$50 \$150
<b>Basic Services</b> No waiting period	Fillings, Simple Extractions, Oral Surgery, Endodontics (nonsurgical), Periodontics	80%	80%
<b>Major Services</b> No waiting period	Crowns, Bridges, Dentures, Implants	50%	50%
<b>Orthodontia (child only to age 19)</b> No waiting period	Covered at 50% to lifetime max	\$1,000	\$1,000
<b>Annual Maximum</b>	The maximum amount the plan pays per year per covered person	\$1,500	\$1,500

<sup>^</sup> There may be balance billing on all out-of-network services. Reimbursement is at the 90<sup>th</sup> %.

## YOUR DENTAL COST IN 2022 - 2023, EFFECTIVE OCTOBER 1, 2022

Absolute HCBS contributes to the cost of employee’s dental coverage. Semi-monthly (each paycheck) payroll deductions are as shown below. These deductions are made pretax.

Payroll Deductions (each paycheck)				
	Employee Only	Employee & Spouse	Employee & Child(ren)	Employee & Family
<b>Dental</b>	\$8.51	\$25.52	\$38.96	\$55.12

## VOLUNTARY VISION

Absolute HCBS offers vision benefits through EyeMed, using the Insight Network. To find an in-network provider go to [www.eyemed.com](http://www.eyemed.com) and click on "Find an eye doctor". Your network is "Insight". For questions call 866.605.4242. The following chart briefly outlines the vision benefits.

Vision Benefits		
Services	In-Network	Out-of-Network
<b>Exam</b> - at PLUS Providers - Exam	\$0 copay \$10 copay	Plan pays up to \$40 Plan pays up to \$40
<b>Frames</b> - at PLUS Providers - Frame	\$230 allowance \$180 allowance	Plan pays up to \$75 Plan pays up to \$75
<b>Single Lenses</b> <b>Lined Bifocal Lenses</b> <b>Lined Trifocal Lenses</b>	\$10 copay \$10 copay \$10 copay	Plan pays up to \$30 Plan pays up to \$50 Plan pays up to \$70
<b>Contacts:</b> -Standard Fit and Follow-up -Elective	Up to \$40 \$180 allowance	Not applicable Plan pays up to \$126
<b>Frequency</b> (based on plan year Oct - Sept)	Exam: 1 per plan year   Lenses (in lieu of contacts): 1 per plan year Frames: 1 per plan year   Contact Lenses (in lieu of Lenses): 1 per plan year	

## YOUR VISION COST IN 2022 - 2023, EFFECTIVE OCTOBER 1, 2022

Semi-monthly (each paycheck) payroll deductions are as shown below. These deductions are made pretax.

Payroll Deductions (each paycheck)				
	Employee Only	Employee & Spouse	Employee & Child(ren)	Employee & Family
<b>Vision</b>	\$4.39	\$8.33	\$8.77	\$12.89

The information in this Enrollment Guide is presented for illustrative purposes and is based on information provided by your employer. The text contained in this Guide was taken from various summary plan descriptions and benefit information. While every effort was taken to accurately report your benefits, discrepancies or errors are always possible. In case of discrepancy between this Guide and the actual plan documents, the actual plan documents will prevail. All information is confidential, pursuant to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. If you have any questions about your Guide, contact Human Resources.

Under ERISA, the Plan Administrator of the group health plan may have fiduciary responsibilities regarding distribution of dividends, demutualization and use of the Medical Loss Ratio rebates from group health insurers. Some or all of any rebate may be an asset of the plan, which must be used for the benefit of the participants covered by the policy. Participants should contact the Plan Administrator directly for information on how the rebate will be used.

The Employer has the right to modify or amend the plan with a 60-day written notice. This document is also serving as your SPD. All our plans are 501 ERISA Plans.

4745 N 7<sup>th</sup> Street, Suite 120 | Phoenix, AZ 85014 | Tax ID: 26-4127668



## Need help with your coverage and Plan?

### START WITH THE CARRIER

- ✓ Get your ID card and information
- ✓ Find an in-network doctor, lab, urgent care, pharmacy, dentist, etc.
- ✓ Learn how your coverage works and get answers to all your health care and dental plan questions

### Medical: Blue Cross Blue Shield of Arizona

- Group Number: 030903
- Customer Service: 602.864.4197 and say “I’m a member”
- Website: [www.azblue.com](http://www.azblue.com)
- In-network provider search: Network: “Alliance PPO” or “National PPO”

### Dental: Blue Cross Blue Shield of Arizona

- Group Number: 030903
- Customer Service: 888.271.7806
- Website: [www.azblue.com](http://www.azblue.com)
- In-network provider search: Network: “BlueDental PPO (BluePreferred Dental)”

### Vision: EyeMed

- Group Number: 1034277
- Customer Service: 866.605.4242
- Website: [www.eyemed.com/en-us/member](http://www.eyemed.com/en-us/member)
- In-network provider search: Network “Insight Network”

## Still need help?

### Contact our benefit consultants at FBC Insurance, Benefits & Consulting

- **Your Benefit Advocate: Ricky Sillman: 480.398.2909 | [Questions@fbcserv.com](mailto:Questions@fbcserv.com)**
  - ✓ I’m not found in the system
  - ✓ BCBS/EyeMed gave me the run around
  - ✓ I’m having trouble logging in to Employee Navigator and making elections
  - ✓ I’m just not sure where to start...



## Need to talk to HR?

- **Contact:** Kendra Verdoni
- **Email:** [kendra@absolutehcbs.com](mailto:kendra@absolutehcbs.com)

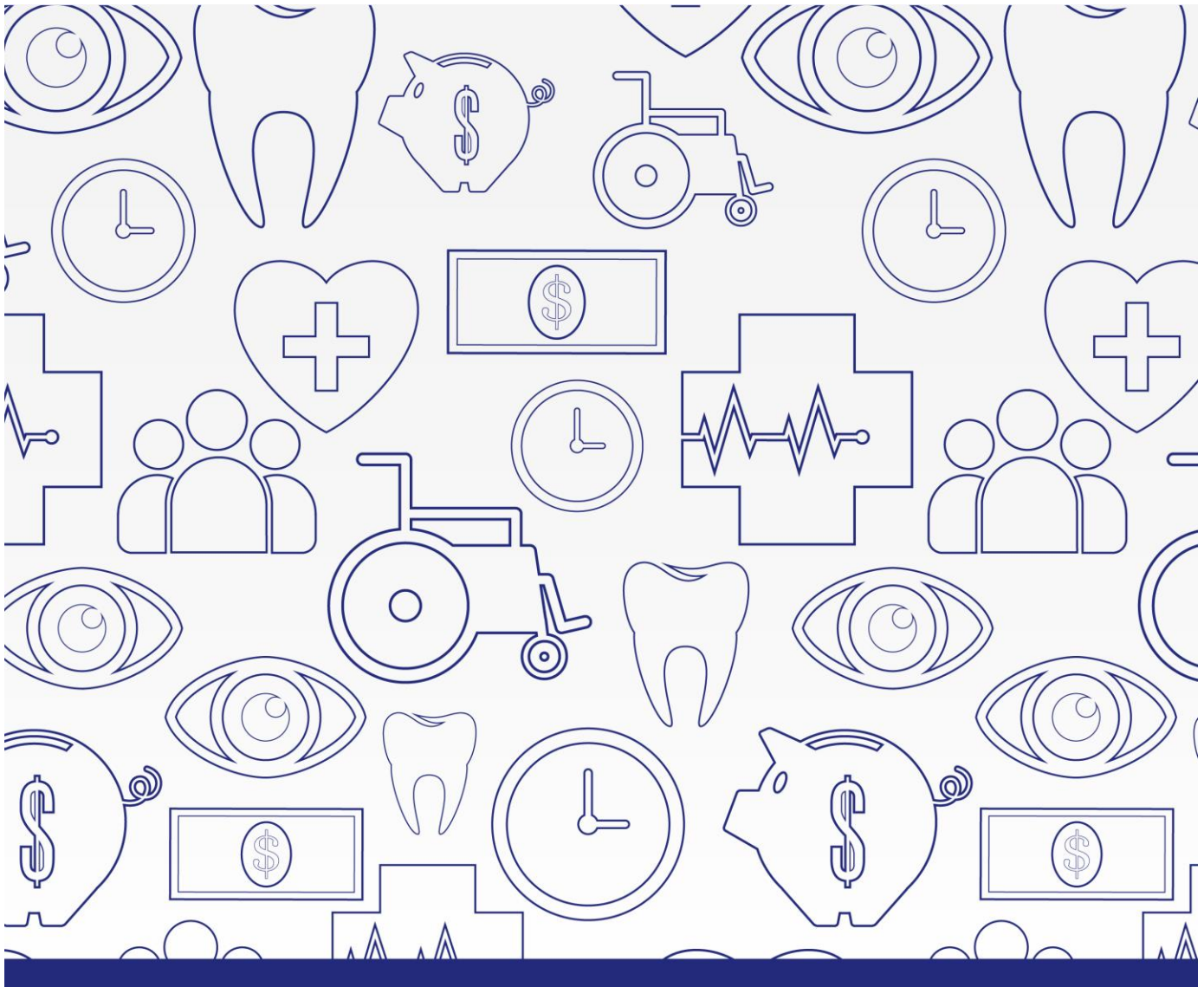


# BENEFICIOS

Staff (ACA)

Inscripción abierta

1 de septiembre – 15 de septiembre



**Desde el 1 de octubre de 2022 hasta el 30 de septiembre de 2023**

## ELIJA LOS MEJORES BENEFICIOS PARA USTED Y SU FAMILIA



Absolute HCBS ofrece a todos los empleados elegibles y a sus familiares elegibles un programa de beneficios integral y sólido. Estos beneficios incluyen cobertura médica, dental y de la vista. Lo alentamos a que se tome el tiempo para informarse sobre sus opciones y elegir la mejor cobertura para usted y su familia.

### ¿QUIÉN ES ELEGIBLE?

Todos los empleados que son empleados activos a tiempo completo que trabajan un mínimo de 30 horas por semana son elegibles.

### ¿CUÁNDO COMIENZA Y TERMINA LA COBERTURA?

#### INSCRIPCIÓN ABIERTA ANUAL

Las elecciones que realice durante la Inscripción Abierta Anual entrarán en vigencia el 1 de octubre de 2022 y permanecerán vigentes hasta el 30 de septiembre de 2023. Debido a las regulaciones del IRS, una vez que haya tomado sus decisiones para el año del plan, no puede cambiar sus beneficios hasta el próximo período de inscripción a menos que tenga un evento de vida que califique.

#### NUEVA CONTRATACIÓN

Si es un empleado nuevo, es elegible después de un período retrospectivo de 12 meses, luego el primer día del mes siguiente a los 30 días calendario de esa elegibilidad de 12 meses.

#### SUS DEPENDIENTES ELEGIBLES

- Su cónyuge legal
- Su pareja doméstica
- Sus hijos dependientes hasta los 26 años (incluye hijastros e hijos legalmente adoptados)
- Su hijo dependiente, independientemente de su edad, siempre que sea incapaz de autosuficiencia debido a una discapacidad mental o física, dependa completamente de usted para el apoyo como se indica en su declaración de impuestos federales y esté aprobado por su plan médico para continuar la cobertura después de los 26 años.



#### TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del plan terminará al final del mes en que el Empleado termine su empleo o ya no sea un Empleado elegible bajo las disposiciones del Plan para Médico, Dental y Visión.

### CÓMO HACER CAMBIOS (EVENTOS DE LA VIDA QUE CALIFICAN)

A menos que experimente un evento que cambie su vida, no puede hacer cambios en sus beneficios hasta el próximo período de inscripción abierta. Los eventos clasificatorios incluyen cosas como:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción de un niño
- Cambio en el estado de dependencia del niño
- Muerte de un cónyuge, hijo u otro dependiente calificado
- Cambio de residencia
- Cambio en el estado de empleo o un cambio en la cobertura bajo otro plan patrocinado por el empleador

**Tiene 30 días calendario para notificar a Recursos Humanos de su cambio de estado si afecta su estado de beneficios. Su nueva cobertura entra en vigencia en la fecha del cambio o el primero del mes siguiente. Asegúrese de proporcionar a Recursos Humanos la verificación del evento calificado.**

## MEDICAMENTOS Y MEDICAMENTOS RECETADOS

Absolute HCBS ofrece cobertura médica a través de Blue Cross Blue Shield of Arizona. Ofrecemos cuatro opciones de planes médicos para que pueda elegir el plan que mejor se adapte a sus necesidades y las de su familia.

La Red Nacional (también conocida como Red Estatal) es la red más grande de médicos, hospitales e instalaciones de BCBS. La Red de la Alianza es la red de menor valor de BCBS (que también incluye opciones nacionales si viaja o los niños viven en otros estados).

<b>Escudo Azul Cruz Azul de Arizona</b>				
<b>Diseño del plan</b>	<b>PPO \$5,000</b> 70%/50% - Red de Alianzas		<b>HSA \$2,800</b> 90%/50% - Red Nacional	
<b>Aspectos destacados de los beneficios</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red<sup>^</sup></b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red<sup>^</sup></b>
<b>Deducible</b>				
Individual	\$5,000	\$10,000	\$2,800	\$5,600
Familia	\$10,000	\$20,000	\$5,600	\$11,200
<b>Coaseguro</b>				
Coaseguro	70%	50%	90%	50%
<b>Desembolso máximo de su bolsillo (incluye deducible)</b>				
Individual	\$6,600	US\$ 13,200	\$5,250	\$10,500
Familia	\$13,200	US\$ 26,400	\$10,500	\$21,000
<b>Visitas al consultorio</b>				
Preventivo	100% deducible exento	50% después del deducible	100% deducible exento	50% después del deducible
Telesalud a través de BlueCare Anywhere (MD)	Copago de \$0	n/a	Aprox. \$49 (sujeto a cambios)	n/a
Atención Primaria	Copago de \$25	50% después del deducible	90% después del deducible	50% después del deducible
Especialistas	Copago de \$75	50% después del deducible	90% después del deducible	50% después del deducible
<b>Atención diagnóstica</b>				
Laboratorio de diagnóstico	70% después del deducible	50% después del deducible	90% después del deducible	50% después del deducible
Radiografía diagnóstica	70% después del deducible	50% después del deducible	90% después del deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de Emergencia</b>				
Servicios de atención de urgencia	Copago de \$75	50% después del deducible	90% después del deducible	50% después del deducible
Sala de emergencias	Copago de \$450	Copago de \$450	90% después del deducible	90% después del deducible
<b>Hospitalización</b>				
Paciente hospitalizado	70% después del deducible	50% después del deducible	90% después del deducible	50% después del deducible
Paciente ambulatorio	70% después del deducible	50% después del deducible	90% después del deducible	50% después del deducible
<b>Medicamentos recetados</b>				
Medicamentos recetados	Nivel 1: \$15 Nivel 2: \$55 Nivel 3: \$85 Nivel 4: \$150	Nivel 1: \$15 Nivel 2: \$55 Nivel 3: \$85 Nivel 4: \$150	90% después del deducible	50% después del deducible
Medicamentos especializados	Nivel A: \$60 Nivel B: \$110 Nivel C: \$160 Nivel D: \$210	No cubierto	90% después del deducible	No cubierto
<b><sup>^</sup> Puede haber facturación de saldo en todos los servicios fuera de la red</b>				

# MEDICAMENTOS Y MEDICAMENTOS RECETADOS (CONTINUACIÓN)

Escudo Azul Cruz Azul de Arizona				
Diseño del plan	PPO \$3,000 70%/50% - Red de Alianzas		PPO \$3,000 70%/50% - Red Nacional	
Aspectos destacados de los beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red <sup>^</sup>	Dentro de la red	Fuera de la red <sup>^</sup>
<b>Deducible</b>				
Individual	\$3,000	\$6,000	US\$ 3,000	US\$ 6,000
Familia	\$6,000	\$12,000	US\$ 6,000	US\$ 12,000
<b>Coaseguro</b>				
Coaseguro	70%	50%	70%	50%
<b>Desembolso máximo de su bolsillo (incluye deducible)</b>				
Individual	\$6,350	US\$ 12,700	\$6,350	\$12,700
Familia	\$12,700	US\$ 25,400	\$12,700	\$25,400
<b>Visitas al consultorio</b>				
Preventivo	100% deducible exento	50% después del deducible	100% deducible exento	50% después del deducible
Telesalud a través de BlueCare Anywhere (MD)	Copago de \$0	n/a	Copago de \$0	n/a
Atención Primaria	Copago de \$25	50% después del deducible	Copago de \$25	50% después del deducible
Especialistas	Copago de \$60	50% después del deducible	Copago de \$60	50% después del deducible
<b>Atención diagnóstica</b>				
Laboratorio de diagnóstico	70% después del deducible	50% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible
Radiografía diagnóstica	70% después del deducible	50% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de Emergencia</b>				
Servicios de atención de urgencia	Copago de \$60	50% después del deducible	Copago de \$60	50% después del deducible
Sala de emergencias	Copago de \$400	Copago de \$400	Copago de \$400	Copago de \$400
<b>Hospitalización</b>				
Paciente hospitalizado	70% después del deducible	50% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible
Paciente ambulatorio	70% después del deducible	50% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible
<b>Medicamentos recetados</b>				
Medicamentos recetados	Nivel 1: \$15 Nivel 2: \$55 Nivel 3: \$85 Nivel 4: \$150	Nivel 1: \$15 Nivel 2: \$55 Nivel 3: \$85 Nivel 4: \$150	Nivel 1: \$15 Nivel 2: \$55 Nivel 3: \$85 Nivel 4: \$150	Nivel 1: \$15 Nivel 2: \$55 Nivel 3: \$85 Nivel 4: \$150
Medicamentos especializados	Nivel A: \$60 Nivel B: \$110 Nivel C: \$160 Nivel D: \$210	No cubierto	Nivel A: \$60 Nivel B: \$110 Nivel C: \$160 Nivel D: \$210	No cubierto
<b><sup>^</sup> Puede haber facturación de saldo en todos los servicios fuera de la red</b>				

## DENTRO DE LA RED VS FUERA DE LA RED

### ¡Permanezca dentro de la red y ahorre!

Cada compañía de seguros / compañía ha contratado con una gran cantidad de proveedores en su nombre para obtener servicios a tarifas con descuento en sus redes. A cambio, estos proveedores de atención médica, dentales y / o de la vista tienen mayores volúmenes de pacientes y un flujo constante de pacientes asegurados. Estos proveedores son designados como "dentro de la red" debido a su preselección para proporcionar atención de calidad a una tarifa contratada. **La principal ventaja de usar un proveedor dentro de la red es que recibe esta tarifa con descuento negociada por sus servicios y no se le factura el saldo.**



## ENCONTRAR PROVEEDORES E INSTALACIONES DENTRO DE LA RED CON BCBS

1. Vaya a [www.azblue.com](http://www.azblue.com) y regístrese para obtener su cuenta y busque a través de su portal. Si aún no es miembro, seleccione "Find a Doctor" y luego elija "Find a Doctor" – then choose "I am NOT yet a member ... but might get a BCBSAZ health plan through my employer"
2. Donde dice "Elija una red"
  - Alliance Network Plans: seleccione "**Alliance PPO/EPO**",
  - Planes de red nacional: seleccione "**PPO Statewide / National**" (en la página siguiente, la red se mostrará como PPO / EPO National (**esto también incluye el plan nacional de HSA**))

## SU COSTO MÉDICO EN 2022 – 2023, A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2022

Absolute HCBS contribuye al costo de la cobertura médica del empleado. Las deducciones de nómina semestrales (cada cheque de pago) son las que se muestran a continuación. Estas deducciones se realizan antes de impuestos.

Deducciones de nómina (cada cheque de pago)				
	Solo para empleados	Empleado y cónyuge	Empleado e Hijo(s)	Empleado y familia
<b>PPO \$5,000</b> Red de Alianzas	\$79.96	\$450.61	\$357.95	\$759.48
<b>HSA \$2,800</b> Red Nacional	\$178.19	\$666.71	\$544.58	\$1,073.81
<b>PPO \$3,000</b> Red de Alianzas	\$112.51	\$522.22	\$419.79	\$863.64
<b>PPO \$3,000</b> Red Nacional	\$162.48	\$632.14	\$514.72	\$1,023.52

## CONTRIBUCIONES DE HSA PARA 2022 - 2023, A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2022

Una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA, por sus siglas en inglés) es una cuenta bancaria exenta de impuestos que se establece con un fideicomisario/banco calificado de HSA (MyBlue Savings) para permitirle pagar o reembolsar ciertos gastos médicos, dentales y de visión calificados en los que incurra. **Puede contribuir con dólares antes de impuestos a su cuenta bancaria de HSA hasta un cierto límite. Debe estar inscrito en un plan de salud de deducible alto (HDHP) o en un plan HSA** descrito en las páginas anteriores para contribuir a esta cuenta. Los límites de contribución para cada año son los establecidos por el IRS. Consulte la tabla a continuación para conocer los límites de contribución anual del IRS.

Límites de contribución de HSA	2022 (Ene - Dic)	2023 (Ene - Dic)
Individual (inscrito como EE solamente)	US\$ 3,650	US\$ 3,850
Familia (EE & Spouse, EE & Child(s), EE & Family)	US\$ 7,300	US\$ 7,750
Contribuciones "Catch Up"	55 años o más, \$1,000	55 años o más, \$1,000

## DENTAL

Absolute HCBS ofrece cobertura dental a través de Blue Cross Blue Shield of Arizona. Para encontrar un proveedor dentro de la red, vaya a [www.azblue.com](http://www.azblue.com), coloque el cursor sobre "Buscar un médico / Rx" y seleccione "Directorios dentales". Elija el plan "BlueDental PPO (BluePreferred Dental)" Para preguntas llame al 888.271.7806. La siguiente tabla describe brevemente los beneficios dentales s.

Beneficios dentales			
Servicios		Dentro de la red Proveedor	Fuera de la red <sup>^</sup> Proveedor
Servicios Preventivos	Exámenes, limpiezas, radiografías	100%	100%
Deducible	Se aplica solo a los Servicios Básicos y Principales		
	- Individual	\$50	\$50
	- Familia	\$150	\$150
Servicios Básicos Sin período de espera	Empastes, Extracciones Simples, Cirugía Oral, Endodoncia (no quirúrgica), Periodoncia	80%	80%
Principales servicios Sin período de espera	Coronas, Puentes, Dentaduras Postizas, Implantes	50%	50%
Ortodoncia (solo para niños hasta los 19 años) Sin período de espera	Cubierto al 50% hasta el máximo de por vida	\$1,000	\$1,000
Máximo anual	La cantidad máxima que el plan paga por año por persona cubierta	\$1,500	\$1,500

<sup>^</sup> Puede haber facturación de saldo en todos los servicios fuera de la red. El reembolso es del 90%.

## SU COSTO DENTAL EN 2022 - 2023, A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2022

Absolute HCBS contribuye al costo de la cobertura dental del empleado. Las deducciones de nómina semestrales (cada cheque de pago) son las que se muestran a continuación. Estas deducciones se realizan antes de impuestos.

Deducciones de nómina (cada cheque de pago)				
	Solo para empleados	Empleado y cónyuge	Empleado e Hijo(s)	Empleado y familia
Dental	\$8.51	\$25.52	\$38.96	\$55.12

## VISIÓN VOLUNTARIA

Absolute HCBS ofrece beneficios para la visión a través de EyeMed, utilizando Insight Network. Para encontrar un proveedor dentro de la red, vaya a [www.eyemed.com](http://www.eyemed.com) y haga clic en "Buscar un oftalmólogo". Su red es "Insight". Para preguntas llame al 866.605.4242. La siguiente tabla describe brevemente los beneficios de la visión.

Beneficios de la visión		
Servicios	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Examen</b> - en PLUS Providers - Examen	Copago de \$0 Copago de \$10	El plan paga hasta \$40 El plan paga hasta \$40
<b>Marcos</b> - en PLUS Providers - Marco	Asignación de \$230 Asignación de \$180	El plan paga hasta \$75 El plan paga hasta \$75
<b>Lentes individuales</b>	Copago de \$10	El plan paga hasta \$30
<b>Lentes bifocales forradas</b>	Copago de \$10	El plan paga hasta \$50
<b>Lentes trifocales forradas</b>	Copago de \$10	El plan paga hasta \$70
<b>Contactos:</b> -Ajuste y seguimiento estándar -Electivo	Hasta \$40 Asignación de \$180	No aplicable El plan paga hasta \$126
<b>Frecuencia</b> (basado en el año del plan de octubre a septiembre)	Examen: 1 por año del plan   Lentes (en lugar de lentes de contacto): 1 por año del plan Marcos: 1 por año de plan   Lentes de contacto (en lugar de lentes): 1 por año de plan	

## SU COSTO DE VISIÓN EN 2022 - 2023, A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2022

Las deducciones de nómina semestrales (cada cheque de pago) son las que se muestran a continuación. Estas deducciones se realizan antes de impuestos.

Deducciones de nómina (cada cheque de pago)				
	Solo para empleados	Empleado y cónyuge	Empleado e Hijo(s)	Empleado y familia
<b>Visión</b>	\$4.39	\$8.33	\$8.77	\$12.89

La información en esta Guía de inscripción se presenta con fines ilustrativos y se basa en la información proporcionada por su empleador. El texto contenido en esta Guía fue tomado de varias descripciones resumidas de planes e información sobre beneficios. Si bien se hizo todo lo posible para informar con precisión sus beneficios, las discrepancias o errores siempre son posibles. En caso de discrepancia entre la presente Guía y los documentos reales del plan, prevalecerán los documentos reales del plan. Toda la información es confidencial, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. Si tiene alguna pregunta sobre su Guía, comuníquese con Recursos Humanos.

Bajo ERISA, el Administrador del Plan del plan de salud grupal puede tener responsabilidades fiduciarias con respecto a la distribución de dividendos, la desmutualización y el uso de los reembolsos de la Relación de Pérdida Médica de las aseguradoras de salud del grupo. Parte o la totalidad de cualquier reembolso puede ser un activo del plan, que debe usarse para el beneficio de los participantes cubiertos por la póliza. Los participantes deben comunicarse directamente con el Administrador del Plan para obtener información sobre cómo se utilizará el reembolso.

El Empleador tiene el derecho de modificar o enmendar el plan con un aviso por escrito de 60 días. Este documento también sirve como su SPD. Todos nuestros planes son Planes 501 ERISA.

4745 N 7<sup>th</sup> Street, Suite 120 | Phoenix, AZ 85014 | RUC 26-4127668



## ¿Necesita ayuda con su cobertura y plan?

### COMIENCE CON EL TRANSPORTISTA

- ✓ Obtenga su tarjeta de identificación e información
- ✓ Encuentre un médico dentro de la red, laboratorio, atención de urgencia, farmacia, dentista, etc.
- ✓ Conozca cómo funciona su cobertura y obtenga respuestas a todas sus preguntas sobre el cuidado de la salud y el plan dental

### Médico: Blue Cross Blue Shield of Arizona

- Número de grupo: 030903
- Servicio al cliente: 602.864.4197 y decir "Soy miembro"
- Sitio web: [www.azblue.com](http://www.azblue.com)
- Búsqueda de proveedores dentro de la red: Red: "Alliance PPO" o "National PPO"

### Dental: Blue Cross Blue Shield of Arizona

- Número de grupo: 030903
- Servicio al cliente: 888.271.7806
- Sitio web: [www.azblue.com](http://www.azblue.com)
- Búsqueda de proveedores dentro de la red: Red: "BlueDental PPO (BluePreferred Dental)"

### Visión: EyeMed

- Número de grupo: 1034277
- Servicio al cliente: 866.605.4242
- Sitio web: [www.eyemed.com/en-us/member](http://www.eyemed.com/en-us/member)
- Búsqueda de proveedores dentro de la red: Red "Insight Network"

## ¿Todavía necesitas ayuda?

Póngase en contacto con nuestros consultores de beneficios en FBC Insurance, Benefits & Con

- Su Defensor de Beneficios: **Ricky Sillman**: 480.398.2909 | [Questions@fbcserv.com](mailto:Questions@fbcserv.com)
  - ✓ No me encuentran en el sistema
  - ✓ BCBS/EyeMed me dio la vuelta
  - ✓ Tengo problemas para iniciar sesión en Employee Navigator y hacer elecciones
  - ✓ Simplemente no estoy seguro de por dónde empezar ...



## ¿Necesita hablar con Recursos Humanos?

- **Contacto:** Kendra Verdoni
- **Correo electrónico:** [kendra@absolutehcb.com](mailto:kendra@absolutehcb.com)