

Plan de copago de Polaris Industries, Inc.

1.º de enero de 2023

	Dentro de la red* Bluecard PPO	Fuera de la red**
Deducible por año calendario Los máximos dentro y fuera de la red se acumulan en forma conjunta. No se aplica la transferencia del deducible	Médico solamente Individual: \$800 Familiar: \$1,600	Médico solamente Individual: \$1,600 Familiar: \$3,200
coseguro	Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro	Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro
Desembolso directo máximo por año calendario Los desembolsos directos máximos dentro y fuera de la red se acumulan en forma conjunta. Los cargos no cubiertos y los cargos en exceso del monto permitido no se aplican a los desembolsos directos máximos.	Médico y farmacia Individual: \$4,350 Familiar: \$8,700	Médico y farmacia Individual: \$8,700 Familiar: \$17,400
Niveles de pagos de beneficios	Pago para los proveedores de la red participantes según lo descrito. La mayoría de los pagos se basa en el monto permitido.	Si se cubren los servicios de un proveedor no participante, usted es responsable de la diferencia entre los cargos facturados y el monto permitido. La mayoría de los pagos se basa en el monto permitido.
Atención preventiva <ul style="list-style-type: none"> Atención de bienestar infantil para niños de hasta 6 años Atención prenatal Evaluaciones médicas preventivas para niños de 6 años y mayores Prueba de detección de cáncer Exámenes preventivos de audición y vista Inmunizaciones y vacunas 	100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 %	Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro
Servicios médicos <ul style="list-style-type: none"> Visitas electrónicas Visitas médicas en el hospital Cirugía y anestesia Servicios profesionales de laboratorio Visitas al consultorio debido a enfermedad o lesión Visita al consultorio del especialista Atención de urgencia (en la clínica) Clínica de salud minorista Diagnóstico profesional por imágenes Inyecciones y suero para alergias 	Copago de \$25; sin deducible Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Copago de \$25; sin deducible Copago de \$25; sin deducible Copago de \$25; sin deducible Copago de \$25; sin deducible Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro 100 %, sin deducible	Sin cobertura Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro
Otros servicios profesionales <ul style="list-style-type: none"> Manipulación quiropráctica Terapia quiropráctica Atención médica a domicilio Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla 	Copago de \$25; sin deducible Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro	Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro	Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro

	Dentro de la red* Bluecard PPO	Fuera de la red**
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico por imágenes en el centro • Servicios de laboratorio en el centro • Quimioterapia y radioterapia • Terapia física, ocupacional y del habla • Cirugía programada para pacientes ambulatorios • Atención de urgencia (en el hospital) 	Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro	Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro
Atención de emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Sala de emergencias • Cargos del médico • Ambulancia (transporte debido a necesidad médica al centro más cercano equipado para tratar la afección) 	Copago de \$150; luego, el 100 % Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro	
Suministros médicos	Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro	Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro
Cirugía bariátrica	Blue Distinction Center: Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro	Centro que no es de Blue Distinction Center: Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Fuera de la red: Sin cobertura
Tratamientos de reproducción	Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro	Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro
Salud del comportamiento (atención de salud mental y dependencia de sustancias químicas) <ul style="list-style-type: none"> • Atención de pacientes hospitalizados • Atención para pacientes ambulatorios • Atención médica profesional 	Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 20 % de coseguro Copago de \$25; sin deducible	Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro Deducible, luego usted paga un 40 % de coseguro
Medicamentos con receta médica: Lista de medicamentos aprobados abierta de Select Network/FlexRx <ul style="list-style-type: none"> • Minoristas (limitación de 34 días) <ul style="list-style-type: none"> • Genéricos • De marca preferidos • No preferidos • Especialidad • Farmacia de pedido por correo: 90dayRx (limitación de 102 días) <ul style="list-style-type: none"> • genéricos • De marca preferidos • No preferidos 	Usted paga un 20 % de coseguro; copago mínimo de \$15 y un copago máximo de \$40 Usted paga un 20 % de coseguro; copago mínimo de \$30 y un copago máximo de \$70 Usted paga un 25 % de coseguro; copago mínimo de \$45 y un copago máximo de \$120 Usted paga un 25 % de coseguro hasta \$150. Usted paga un 20 % de coseguro; copago mínimo de \$30 y un copago máximo de \$80 Usted paga un 20 % de coseguro; copago mínimo de \$60 y un copago máximo de \$140 Usted paga un 25 % de coseguro; copago mínimo de \$90 y un copago máximo de \$240	Sin cobertura Sin cobertura
	El programa 90dayRx se aplica únicamente a las farmacias participantes minoristas o con servicio por correo. Los medicamentos especializados identificados y comprados mediante un proveedor de la red de farmacias especializadas son elegibles para la cobertura (sin cobertura para los medicamentos especializados comprados a través de un proveedor de farmacias especializadas no participante).	

	Dentro de la red* Bluecard PPO	Fuera de la red**
	La lista de medicamentos utiliza un programa de terapia de pasos. Inicie sesión en bluecrossmnonline.com y seleccione "Prescriptions" (Recetas) y luego vea "Frequently asked questions" (Preguntas frecuentes).	

Sus costos de desembolso directo dependen del estado de la red de su proveedor. Para verificar dicho estado, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Blue Cross o visite bluecrossmnonline.com.

* **Costos de desembolso directo más bajos:** proveedores de la red.

** **Costos de desembolso directo más altos:** Proveedores participantes fuera de la red.

Costos de desembolso directo más altos: Proveedores **no participantes** fuera de la red. (Usted es responsable de la diferencia entre el monto permitido de Blue Cross y el monto facturado por los proveedores no participantes. Esto es además de cualquier deducible, copago o coseguro aplicable. Los pagos de los beneficios se calculan según el monto permitido de Blue Cross, que generalmente es inferior al monto facturado por el proveedor).

Esto es solo un resumen. Lea su folleto de beneficios para obtener más información acerca de qué está o no está cubierto. Los servicios que no están cubiertos incluyen aquellos que son cosméticos, que están en investigación, que no son por necesidad médica ni están cubiertos por la Ley de Compensación del Trabajador o por un seguro a todo riesgo.

Para recibir más información, visite bluecrossmnonline.com, o bien, llame al Servicio de Atención al Cliente de Blue Cross al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Deducible integrado: el plan comienza a pagar beneficios que requieren ser compartidos por el primer miembro de la familia que alcanza el deducible individual. Entonces, el deducible familiar debe ser alcanzado por uno o más de los miembros de la familia restantes y, luego, el plan paga los beneficios para todos los miembros cubiertos de la familia.

