

|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| Nombre del empleador:              |            |
| Estado de ubicación del empleador: |            |
| Nombre del emisor:                 | Monogram A |
| Nombre del plan de mercadeo:       |            |
| Año del plan:                      |            |

**Diez (10) categorías de beneficios esenciales de salud (Es**

- Servicios para pacientes ambulatorios (atención ambulatoria que recibe sin que le hayan dado ingreso en un hospital)
- Servicios de emergencia
- Hospitalización (como cirugía y estancias nocturnas)
- Servicios de laboratorio
- Servicios de salud mental (Mental Health, MH) y trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorders)
- Asesoramiento y psicoterapia)
- Servicios pediátricos, incluida la atención bucal y de la vista (pero la cobertura dental y de la vista para adultos)
- Embarazo, maternidad y atención al recién nacido (tanto antes como después del nacimiento)
- Medicamentos con receta
- Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (servicios y dispositivos para ayudar a las personas con discapacidades mentales y físicas)

| Listado de beneficios esenciales de salud de Illinois (EHB) |                                                                                                             |                         |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Ítem                                                        | Beneficios de EHB                                                                                           | Categorías de EHB       |
| 1                                                           | Lesión accidental - Dental                                                                                  | Ambulatorio             |
| 2                                                           | Inyecciones y pruebas de alergia                                                                            | Ambulatorio             |
| 3                                                           | Audífonos osteointegrados                                                                                   | Ambulatorio             |
| 4                                                           | Equipo médico duradero                                                                                      | Ambulatorio             |
| 5                                                           | Cuidados paliativos                                                                                         | Ambulatorio             |
| 6                                                           | Tratamientos para la infertilidad (fertilidad)                                                              | Ambulatorio             |
| 7                                                           | Tarifa del centro para pacientes ambulatorios (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)                  | Ambulatorio             |
| 8                                                           | Médico de cirugía para pacientes ambulatorios/Servicios quirúrgicos (servicios para pacientes ambulatorios) | Ambulatorio             |
| 9                                                           | Enfermería privada                                                                                          | Ambulatorio             |
| 10                                                          | Prótesis/órtesis                                                                                            | Ambulatorio             |
| 11                                                          | Esterilización (vasectomía para hombres)                                                                    | Ambulatorio             |
| 12                                                          | Trastorno de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint Disorder, TMJ)                      | Ambulatorio             |
| 13                                                          | Servicios de la sala de emergencia (incluye emergencias de MH/SUD)                                          | Servicios de emergencia |

|    |                                                                                                               |                                                           |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 14 | Transporte/ambulancia de emergencia                                                                           | Servicios de emergencia                                   |
| 15 | Cirugía bariátrica (obesidad)                                                                                 | Hospitalización                                           |
| 16 | Reconstrucción mamaria después de la mastectomía                                                              | Hospitalización                                           |
| 17 | Cirugía reconstructiva                                                                                        | Hospitalización                                           |
| 18 | Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (por ejemplo, estadía en el hospital)                   | Hospitalización                                           |
| 19 | Centro de enfermería especializada                                                                            | Hospitalización                                           |
| 20 | Trasplantes - Trasplantes de órganos humanos (transporte y alojamiento incluidos)                             | Hospitalización                                           |
| 21 | Servicios de diagnóstico                                                                                      | Servicios de laboratorio                                  |
| 22 | Agente de reversión de opioides intranasal asociado con prescripciones de opioides                            | MH/SUD                                                    |
| 23 | Tratamiento de salud mental (conductual) (incluyendo el tratamiento para pacientes hospitalizados)            | MH/SUD                                                    |
| 24 | Tratamiento asistido médicamente con opioides (Opioid Medically Assisted Treatment, MAT)                      | MH/SUD                                                    |
| 25 | Trastornos por consumo de sustancias (incluyendo el tratamiento para pacientes hospitalizados)                | MH/SUD                                                    |
| 26 | Telepsiquiatría                                                                                               | MH/SUD                                                    |
| 27 | Medicamentos antiinflamatorios de uso tópico para el dolor agudo y crónico                                    | MH/SUD                                                    |
| 28 | Atención dental pediátrica                                                                                    | Cuidado pediátrico bucal y de la vista                    |
| 29 | Cobertura pediátrica de la vista                                                                              | Cuidado pediátrico bucal y de la vista                    |
| 30 | Servicios de maternidad                                                                                       | Embarazo, maternidad y atención al recién nacido          |
| 31 | Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios                                                           | Medicamentos con receta                                   |
| 32 | Examen y detección del cáncer colorrectal                                                                     | Servicios preventivos y de bienestar                      |
| 33 | Servicios para la prevención del embarazo/control de la natalidad                                             | Servicios preventivos y de bienestar                      |
| 34 | Capacitación y educación para la autogestión de la diabetes                                                   | Servicios preventivos y de bienestar                      |
| 35 | Suministros para diabéticos para el tratamiento de la diabetes                                                | Servicios preventivos y de bienestar                      |
| 36 | Mamografía - Detección                                                                                        | Servicios preventivos y de bienestar                      |
| 37 | Osteoporosis - Medición de la masa ósea                                                                       | Servicios preventivos y de bienestar                      |
| 38 | Pruebas de Papanicolaou/pruebas de antígeno prostático específico/prueba para el control del cáncer de ovario | Servicios preventivos y de bienestar                      |
| 39 | Servicios de cuidado preventivo                                                                               | Servicios preventivos y de bienestar                      |
| 40 | Esterilización (mujeres)                                                                                      | Servicios preventivos y de bienestar                      |
| 41 | Manipulación quiropráctica y osteopática                                                                      | Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación |
| 42 | Servicios de habilitación y rehabilitación                                                                    | Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación |

**Nota especial:** En virtud de la Ley Pública 102-0104, vigente desde el 22 de julio de 2021, cualquier EHB enumerado anteriormente a través de los servicios de telesalud, debe estar cubierto de la misma forma que cuando esos EHB se proveen de manera pre-

|                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|
| Monogram Management Services, Inc.                                 |
| Tennessee                                                          |
| Monogram Management Services, Inc. Employee Benefits Plan<br>BCBST |
| PPO Plan<br>HDHP<br>Bronze Plan                                    |
| 8/1/2025-7/31/2026                                                 |

**ental Health Benefit, EHB):**

ospital)

er, SUD), incluido el tratamiento de salud del comportamiento (esto incluye

s no son beneficios de salud esenciales)

lesiones, discapacidades o afecciones crónicas a obtener o recuperar

| 2020-2023 (P.A. 102-0630)                 | ¿Beneficio cubierto por el plan del empleador? |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Página de referencia<br>N.º de referencia |                                                |
| Págs. 10 y 17                             | Sí                                             |
| Pág. 11                                   | Sí                                             |
| Págs. 17 y 35                             | Sí                                             |
| Pág. 13                                   | Sí                                             |
| Pág. 28                                   | Sí                                             |
| Págs. 23 - 24                             | No                                             |
| Pág. 21                                   | Sí                                             |
| Págs. 15 - 16                             | Sí                                             |
| Págs. 17 y 34                             | No                                             |
| Pág. 13                                   | Sí                                             |
| Pág. 10                                   | Sí                                             |
| Págs. 13 y 24                             | Sí                                             |
| Pág. 7                                    | Sí                                             |

|                                                    |                                               |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Págs. 4 y 17                                       | Sí                                            |
| Pág. 21                                            | No                                            |
| Págs. 24 - 25                                      | Sí                                            |
| Págs. 25 - 26 y 35                                 | Sí                                            |
| Pág. 15                                            | Sí                                            |
| Pág. 21                                            | Sí                                            |
| Págs. 18 y 31                                      | Sí                                            |
| Págs. 6 y 12                                       | Sí                                            |
| Pág. 32                                            | Sí                                            |
| Págs. 8 - 9, 21                                    | Sí                                            |
| Pág. 21                                            | Sí                                            |
| Págs. 9 y 21                                       | Sí                                            |
| Pág. 11                                            | Sí                                            |
| Pág. 32                                            | No                                            |
| Consulte el documento dental pediátrico de AllKids | No (Beneficio cubierto por el Plan Dental)    |
| Págs. 26 - 27                                      | No (Beneficio cubierto por el Plan de Visión) |
| Págs. 8 y 22                                       | Sí                                            |
| Págs. 29 - 34                                      | Sí                                            |
| Págs. 12 y 16                                      | Sí                                            |
| Págs. 13 y 16                                      | Sí                                            |
| Págs. 11 y 35                                      | Sí                                            |
| Págs. 31 - 32                                      | Sí                                            |
| Págs. 12, 15 y 24                                  | Sí                                            |
| Págs. 12 y 16                                      | Sí                                            |
| Pág. 16                                            | Sí                                            |
| Pág. 18                                            | Sí                                            |
| Págs. 10 y 19                                      | Sí                                            |
| Págs. 12 - 13                                      | Sí                                            |
| Págs. 8, 9, 11, 12, 22 y 35                        | Sí                                            |

ormente, que sea clínicamente apropiado y médicamente necesaria su provisión a sencial.