

IMPORTANT ANNOUNCEMENT FOR ALL EMPLOYEES

AVISO IMPORTANTE PARA TODOS LOS EMPLEADOS

VERSIÓN ESPAÑOLA DE ESTE NOTIFICACION ESTÁ DISPONIBLE. POR FAVOR VER TU
RERPRESENTATIVE

IMPORTANT ANNOUNCEMENT
REGARDING THE

PATIENT PROTECTION AFFORDABLE CARE ACT

In 2010, the United States Government passed a law stating that on January 1, 2015 all large employers will be required to provide health care benefits to full-time employees. The law called The Patient Protection Affordable Care Act (PPACA) provided guidelines as to what types of coverage must be provided to employees. Additionally, it provided increasing penalties for individuals that choose not to maintain health insurance. Employee Solutions is dedicated to the concept of complying with the law and we are providing the following notice to our employees regarding our plan and what types of coverage we have put in place.

ON JANUARY 1, 2015 YOU WILL BE AUTOMATICALLY ENROLLED IN EMPLOYEE SOLUTIONS' MINIMUM ESSENTIAL COVERAGE (MEC) PLAN AT A COST OF \$20 PER WEEK FOR INDIVIDUAL COVERAGE. THIS COVERAGE WILL ALLOW YOU TO AVOID PENALTIES FROM THE GOVERNMENT FOR NOT MAINTAINING HEALTH INSURANCE AND WILL PROVIDE MINIMUM ESSENTIAL COVERAGE AS DESCRIBED BY THE LAW. YOU WILL HAVE OPTIONS REGARDING THIS ENROLLMENT AND COVERAGE.

The following page provides the available options on the coverage as well as the alternate coverage called the Minimum Value Plan (MVP) that is offered as a buy-up option to eligible employees. Also, please note that if you are currently on the UHB Limited Benefit Plan, the coverage being offered here will not replace that coverage. Details of the MVP Plan can be found at www.esbenefits.net by clicking on MVP Plan at the top, or at your local branch office.

IF YOU ARE TAKING ANY TYPE OF ACTION (OPTIONS 2-4), YOU MUST DO SO NO LATER THAN 12/19/2014 AT 4:30 PM.

A summary of the MEC plan is provided with this information.

*THIS IS NOTIFICATION 1 OF 2
2ND NOTIFICATION WILL BE 12/15/2014*

VERSIÓN ESPAÑOLA DE ESTE NOTIFICACION ESTÁ DISPONIBLE .
POR FAVOR VER TU RERPRESENTATIVE

YOUR OPTIONS

(1) Do Nothing - Keep the MEC plan for yourself that will begin on January 1, 2015

- **Cost: \$20/Week**
- **Deductible: \$0**
- **Maximum out of pocket: \$0 additional other than the \$20/week**

*Prevents you from being taxed the greater of \$95 or 1% of your household income for not maintaining coverage

(2) Add Qualified Dependents to your MEC plan - Keep the MEC plan for yourself and add qualified dependents to the plan

- **Cost: \$20/Week For Employee Only Coverage**
- **\$20/Week Per Additional Person Added to the plan with a maximum of \$80/Week (\$80/Week provides coverage for unlimited qualified dependents)**
- **Deductible: \$0**
- **Maximum out of pocket: \$0 Additional other than the \$20 / week**

*Prevents you from being taxed the greater of \$95 or 1% of your household income for not maintaining coverage

IN ORDER TO ADD QUALIFIED DEPENDENTS TO YOUR MEC PLAN, YOU MUST GO TO YOUR LOCAL BRANCH OR ON-SITE OFFICE TO FILL OUT A CHANGE REQUEST FORM NO LATER THAN 12/20/2014 AT 4:30 PM.

(3) Buy Up To The Minimum Value Plan (MVP)** - Cancel the MEC plan and buy up to the MVP Coverage for yourself or yourself and qualified dependents. For plan details go to the website www.esbenefits.net and click on MVP Plan at the top, or visit your local Employee Solutions representative.

- **Cost: \$250 or 9.56% of Gross Income/Month (whichever is less) For Employee Only Coverage**
\$468 + Employee Only Cost/Month For Employee + Child(ren) Coverage
\$836 + Employee Only Cost/Month For Employee + Spouse Coverage
\$1,050 + Employee Only Cost/Month For Employee + Family Coverage
- **Deductible: \$6,350 Per Person & \$12,700 Per Family Per Calendar Year**
- **Maximum out of pocket: \$6,600 For Individuals & \$13,200 For Family Per Calendar Year**

*Prevents you from being taxed the greater of \$95 or 1% of your household income for not maintaining coverage

**MVP coverage is offered to eligible employees only. For eligibility, you must have worked at least 1,560 hours in the previous 12 months or are expected to do so. Monthly cost is deducted in its entirety out of the first check of each month.

IN ORDER TO BUY UP TO MVP COVERAGE YOU MUST GO TO YOUR LOCAL BRANCH OR ON-SITE OFFICE TO FILL OUT A CHANGE REQUEST FORM NO LATER THAN 12/20/2014 AT 4:30 PM.

(4) Waive All Coverage Being Offered - Waive off from enrolling in any of the compliant plans being offered.

***DOES NOT** Prevent you from being taxed the greater of \$95 or 1% of your household income for not maintaining coverage

IN ORDER TO WAIVE ALL COVERAGE YOU MUST GO TO YOUR LOCAL BRANCH OR ON-SITE OFFICE TO FILL OUT A CHANGE REQUEST FORM NO LATER THAN 12/20/2014 AT 4:30 PM.

MINIMUM ESSENTIAL COVERAGE BENEFITS SUMMARY

An employee can avoid being taxed the greater of \$95 or 1% of adjusted household income by enrolling in MEC level coverage. Patient Protection Act and Affordable Care Act ("PPACA") compliance: The plan shall at all times be in compliance with the rules and regulations of PPACA .

Notes regarding the plan: This plan provides coverage for **Preventive Services**. Claims will be processed based upon the billing practices of your healthcare provider. Services that are not Preventive Services as Defined by the Patient Protection and Affordable Care Act ("PPACA") will not be covered by the plan. Network provider service payments will be based on the applicable network access agreement and non-network provider services will be paid based on the reasonable and customary amount.

Program Benefits

	MEC PLAN	
Minimum essential coverage benefits:	Network	Non-Network
Preventive services for Adults	Plan pays 100%	Plan pays 40%
Preventive services for Women	Plan pays 100%	Plan pays 40%
Preventive services for Children	Plan pays 100%	Plan pays 40%
PPO Network	Multiplan	

Deductibles

	Network	Non-network
Individual	None	None
Family	None	None

Coinsurance

Network	Non-network
Plan pays 100%	Plan pays 40%

Maximum Lifetime - None

Maximum Annual - None

General Exclusions From The Plan

Covered expenses do not include and no benefits are payable for the following:

1. Charges that the participant has no legal obligation to pay or charges that would not have been made if this coverage had not existed.
2. Expenses outside the network that are above the reasonable and customary charges for services determined by the plan.
3. Charges for a covered person that are reimbursed, that could be reimbursed, or that could have been reimbursed as part of a clinical trial, by any public program, such as Medicare or Medicaid, even if the person could have, but does not, elect to be covered by that public program.
4. Treatment or services provided by anyone other than a health professional as defined herein, unless otherwise specified in the plan.
5. Services that are not preventive services are not covered by the plan.
6. Research and experimental treatment, services and supplies, except as otherwise provided herein.
7. Services for treatment of an illness or injury will not be covered by the plan.

15 Covered Preventive Services for Adults (age 18 and older)

1. Abdominal Aortic Aneurysm one time screening for age 65-75
2. Alcohol Misuse screening and counseling
3. Aspirin use for men ages 45-79 and for women ages 55-79 to prevent Cardio Vascular Disease when prescribed by a physician.
4. Blood Pressure screening for all adults
5. Cholesterol screening for all adults
6. Colorectal Cancer screening for adults starting at age 50 limited to one every 5 years.
7. Depression screening for adults
8. Type 2 Diabetes screening for adults
9. Diet counseling for adults
10. Human Immunodeficiency Virus (HIV) screening for all adults
11. Immunization vaccines for adults:
 - Hepatitis A
 - Hepatitis B
 - Herpes Zoster
 - Human Papillomavirus (HPV)
 - Influenza (Flu Shot)
 - Measles, Mumps, Rubella
 - Meningococcal
 - Pneumococcal
 - Tetanus, Diphtheria, Pertussis
 - Varicella
12. Obesity screening and counseling for all adults
13. Sexually Transmitted Infection (STI) prevention counseling for adults
14. Tobacco Use screening for all adults and cessation interventions
15. Syphilis screening for all adults

23 Covered Preventive Services for Women, Including Pregnant Women

1. Anemia screening on a routine basis for pregnant women
2. Bacteriuria urinary tract or other infection screening for pregnant women
3. BRCA counseling and genetic testing for women at higher risk
4. Breast Cancer Mammography screenings every year for women age 40 and over
5. Breast Cancer Chemoprevention counseling for women
6. Breastfeeding comprehensive support and counseling from trained providers, as well as access to breastfeeding supplies, for pregnant and nursing women.
7. Cervical Cancer screening
8. Chlamydia Infection screening
9. Contraception: Food and Drug Administration-approved contraceptive methods, sterilization procedures, and patient education and counseling, not including abortifacient drugs
10. Domestic and interpersonal violence screening and counseling for all women
11. Folic Acid supplements for women who may become pregnant when prescribed by a physician
12. Gestational diabetes screening
13. Gonorrhea screening for all women
14. Hepatitis B screening for pregnant women
15. Human Immunodeficiency Virus (HIV) screening and counseling
16. Human Papillomavirus (HPV) DNA Test: HPV DNA testing every three years for women with normal cytology results who are 30 or older
17. Osteoporosis screening over age 60

18. Routine prenatal visits for pregnant women
19. Rh Incompatibility screening for all pregnant women and follow-up testing
20. Tobacco Use screening and interventions for all women, and expanded counseling for pregnant tobacco users
21. Sexually Transmitted Infections (STI) counseling
22. Syphilis screening
23. Well-woman visits to obtain recommended preventive services

26 Covered Preventive Services for Children

1. Alcohol and Drug User assessments
2. Autism screening for children limited to two screenings up to 24 months
3. Behavioral assessments for children limited to 5 assessments up to age 17
4. Blood Pressure screening
5. Cervical Dysplasia screening
6. Congenital Hypothyroidism screening for newborns
7. Depression screening for adolescents age 12 and older
8. Developmental screening for children under age 3, and surveillance throughout childhood
9. Dyslipidemia screening for children.
10. Fluoride Chemoprevention supplements for children without fluoride in their water source when prescribed by a Physician.
11. Gonorrhea preventive medication for the eyes of all newborns
12. Hearing screening for all newborns
13. Height, Weight and Body Mass Index measurements for children
14. Hematocrit or Hemoglobin screening for children
15. Hemoglobinopathies or Sickle Cell screening for newborns
16. Human Immunodeficiency Virus (HIV) screening for adolescents
17. Immunization vaccines for children from birth to age 18 – doses, recommended ages, and recommended populations vary:
 - Diphtheria, Tetanus, Pertussis
 - Haemophilus influenza type b
 - Hepatitis A
 - Hepatitis B
 - Human Papillomavirus (HPV)
 - Inactivated Poliovirus
 - Influenza (Flu Shot)
 - Measles, Mumps, Rubella
 - Meningococcal
 - Pneumococcal
 - Rotavirus
 - Varicella
18. Iron supplements for children up to 12 months when prescribed by a physician
19. Lead screening for children
20. Medical History for all children throughout development. Ages: 0 to 11 months, 1 to 4 years, 5 to 21 years, 11 to 14 years, and 15 to 17 years.
21. Obesity screening and counseling
22. Oral Health risk assessment for young children up to age 10
23. Phenylketonuria (PKU) screening in newborns
24. Sexually Transmitted Infection (STI) prevention counseling and screening for adolescents.
25. Tuberculin testing for children
26. Vision screening for all children under the age of 5

AVISO IMPORTANTE PARA TODOS LOS EMPLEADOS

AVISO IMPORTANTE PARA TODOS LOS EMPLEADOS

ANUNCIO IMPORTANTE
CON RESPECTO A

LA LEY DE CUIDADO ASEQUIBLE DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

ANUNCIO IMPORTANTE
CON RESPECTO A
LA LEY DE CUIDADO ASEQUIBLE

En 2010, el Gobierno de los Estados Unidos aprobó una ley que establece que el 1 de enero de 2015 se requerirán a todos los grandes empleadores que proporcionen beneficios de atención de salud a los empleados de tiempo completo. La ley llamada la Ley de Cuidado Asequible de Protección del Paciente (PPACA, por sus siglas en inglés) proporciona directrices en cuanto a qué tipo de cobertura se debe proporcionar a los empleados. Además, proporcionó el aumento de penalizaciones para las personas que opten por no mantener un seguro de salud. Employee Solutions se dedica al concepto de cumplimiento de la ley y estamos proporcionando el siguiente aviso a nuestros empleados con respecto a nuestro plan y qué tipos de cobertura hemos puesto en marcha.

EL 1 DE ENERO DE 2015 SERÁ AUTOMÁTICAMENTE INSCRITO EN EL PLAN DE COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA (MEC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) DE EMPLOYEE SOLUTIONS A UN COSTO DE \$20 POR SEMANA PARA LA COBERTURA INDIVIDUAL. ESTA COBERTURA LE PERMITIRÁ EVITAR SANCIONES POR PARTE DEL GOBIERNO POR NO MANTENER EL SEGURO DE SALUD Y PROPORCIONARÁ COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA SEGÚN LO DESCRITO POR LA LEY. USTED TENDRÁ OPCIONES CON RESPECTO A ESTA INSCRIPCIÓN Y COBERTURA.

La siguiente página ofrece las opciones disponibles en la cobertura, así como la cobertura alternativa llamado el Plan de Valor Mínimo (MVP, por sus siglas en inglés) que se ofrece como una opción de compra hasta los empleados elegibles. Además, tenga en cuenta que si usted está actualmente en el Plan de Beneficios Limitados UHB, la cobertura que se ofrece aquí no va a sustituir a esa cobertura. Detalles del Plan MVP se pueden encontrar en www.esbenefits.net al hacer clic sobre el Plan MVP en la parte superior, o en su sucursal local.

SI USTED ESTÁ TOMANDO ALGÚN TIPO DE ACCIÓN (OPCIONES 2-4), DEBE HACERLO A MÁS TARDAR EL 19/12/2014 A LAS 4:30 PM.

Un resumen del plan MEC se proporciona con esta información.

ESTA ES LA NOTIFICACIÓN 1 DE 2
LA 2^{DA} NOTIFICATION SERÁ EL 15/12/2014

SUS OPCIONES

(1) No hacer nada – Mantener el plan MEC para usted mismo que se iniciará en enero 1, 2015

- **Costo: \$20/Semana**
- **Deducible: \$0**
- **Máximo de su bolsillo: \$0 adicional además del \$20/semana**

* Le impide ser gravado lo mayor de \$95 o el 1% de su ingreso familiar por no mantener la cobertura

(2) Añadir dependientes calificados a su plan MEC – Mantenga el plan MEC plan para usted mismo y añadir los dependientes calificados al plan

- **Costo: \$20/Semana Para Cobertura Solamente del Empleado**
- **\$20/Semana Por Persona Adicional Añadida al plan con un máximo de \$80/Semana (\$80/Semana proporciona cobertura para dependientes calificados ilimitados)**
- **Deducible: \$0**
- **Máximo fuera del bolsillo: \$0 Adicional además del \$20 / semana**

* Le impide ser gravado lo mayor de \$95 o el 1% de su ingreso familiar por no mantener la cobertura

PARA COMPRAR HASTA COBERTURA MVP DEBE IR A SU SUCURSAL O EN LA OFICINA DEL LUGAR DE TRABAJO PARA LLENAR UN FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO A MÁS TARDAR 20/12/2014 A LAS 4:30 PM.

(3) Comprar Hasta el Plan de Valor Mínimo (MVP)** - Cancelar el plan MEC y comprar hasta la cobertura MVP para usted o y sus dependientes calificados. Para detalles del plan vaya a la página web www.esbenefits.net y haga clic en el Plan de MVP en la parte superior, o visite a su representante local de Employee Solutions.

- **Costo: \$250 o 9.56% de los Ingresos Brutos/Mes (el que sea menor) Para Cobertura Solo para el Empleado**

\$468 + Costo/Mes de Cobertura Solamente para Empleado Por Empleado + Hijo(s)

\$836 + Costo/Mes de Cobertura Solamente para Empleado Por Empleado + Conyugue

\$1,050 + Costo/Mes de Cobertura Solamente para Empleado Por Empleado + Familia

- **Deducible: \$6,350 Por Persona y \$12,700 Por Familia Por Año Calendario**
- **Máximo de su bolsillo: \$6,600 Para Individuos y \$13,200 Para Familia Por Año Calendario**

* Le impide ser gravados a mayor de \$95 o el 1% de su ingreso familiar por no mantener la cobertura

** La cobertura MVP se ofrece sólo a los empleados elegibles. Para la elegibilidad, usted debe haber trabajado al menos 1,560 horas en los 12 meses anteriores o se espera que lo haga. El costo mensual se deducirá en su totalidad fuera del primer cheque de cada mes.

PARA COMPRAR HASTA COBERTURA MVP DEBE IR A SU SUCURSAL O EN LA OFICINA DEL LUGAR DE TRABAJO PARA LLENAR UN FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO A MÁS TARDAR 20/12/2014 A LAS 4:30 PM.

(4) Renunciar a la totalidad de cobertura que se ofrece - Renunciar el inscribirse en cualquiera de los planes compatibles que se ofrecen.

***NO** le impiden ser gravado a mayor de \$95 o el 1% de su ingreso familiar por no mantener la cobertura

PARA COMPRAR HASTA COBERTURA MVP DEBE IR A SU SUCURSAL O EN LA OFICINA DEL LUGAR DE TRABAJO PARA LLENAR UN FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO A MÁS TARDAR 20/12/2014 A LAS 4:30 PM.

RESUMEN DE BENEFICIOS DE COBERTURA ESCENCIAL MÍNIMA

PART 1 – MINIMUM ESSENTIAL COVERAGE

Todo empleado puede evitar ser blanco prevención Gravado El Mayor de la multa de \$ 95 o el 1% de los ingresos familiares ajustados al inscribirse sólo el nivel MEC. Paciente Ley de Protección y Cuidado de Salud Asequible ("PPACA") cumplimiento: El plan será en todo momento estar en conformidad con las normas y reglamentos PPACA.

Notas sobre el plan: Este plan ofrece cobertura para servicios preventivos. Las reclamaciones se procesa en función de las prácticas de facturación de su proveedor de atención médica. Servicios que no son de Servicios Preventivos Según la definición de la Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible ("PPACA") no estará cubierto por el plan. Pagos del servicio de proveedor de red se basará en el acuerdo de acceso de red aplicable y servicios de proveedores fuera de la red se pagan en base a la cantidad razonable y habitual.

PROGRAMA DE BENEFICIOS

	MEC PLAN	
Beneficios de cobertura mínimos esenciales	Network	Non-network
15 Servicios preventivos Para Adultos	100%	40%
22 Servicios preventivos para las mujeres	100%	40%
26 Servicios preventivos Para Niños	100%	40%
PPO Network	MULTIPLAN	

DEDUCIBLES

	NETWORK	NON-NETWORK
Individual	Ninguno	None
Familia	Ninguno	None

COSEGURO

NETWORK	NON-NETWORK
plan de País 100%	plan de País 40%

MÁXIMO DE POR VIDA - NINGUNO

MÁXIMO ANUAL - NINGUNO

Exclusiones Generales Del Plan

Los gastos cubiertos no incluyen y no se pagan beneficios por lo siguiente:

1. Cargos de que el participante no tiene la obligación legal de pagar o cargos que no se habrían hecho si esta cobertura no hubiera existido.
2. Gastos fuera de la red que están por encima de las tasas razonables y habituales de los servicios que determine el plan.
3. Los cargos por una persona cubierta que son reembolsados, que podrían ser reembolsados o que podrían haber sido reembolsados en el marco de un ensayo clínico, por cualquier programa público, tales como Medicare o Medicaid, incluso si la persona podría tener, pero no lo hace, elegir ser protegidos por ese programa público.

4. Tratamiento o servicios prestados por cualquier persona que no sea un profesional de la salud como se define aquí, a menos que se especifique en el plan.
5. Servicios que no son los servicios preventivos no están cubiertos por el plan.
6. Tratamiento Investigadora y experimental, servicios y suministros, salvo que se disponga de este documento.
7. Servicios para el tratamiento de una enfermedad o lesión no estarán cubiertos por el plan.

Servicios preventivos cubiertos PARA ADULTOS

Aneurisma aórtico abdominal - por única vez para los hombres de ages 65-75 que alguna vez han fumado

El mal uso del alcohol - Detección y asesoramiento

Aspirina - Utilizar para los hombres y las mujeres de ciertas edades

Presión Arterial - La detección de todos los adultos

Colesterol - Revisión para adultos de ciertas edades o en mayor riesgo

El cáncer colorrectal - Detección de los adultos mayores de 50 años

Depresión - Revisión para adultos

La diabetes tipo 2 - La detección de los adultos con presión arterial alta

Dieta - Consejería para adultos en mayor riesgo de enfermedad crónica

VIH - La detección de todos los adultos en mayor riesgo

Inmunización - Vacunas para adultos - dosis, edades recomendadas, y las poblaciones reco - mienda varían: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, virus del papiloma humano, la influenza (gripe), el sarampión, las paperas, la rubéola, el meningococo, neumococo, tétanos, difteria, la tos ferina y la varicela

Obesidad - Detección y asesoramiento para todos los adultos

Infección de Transmisión Sexual (ITS) - orientación preventiva para los adultos en mayor riesgo

Uso de Tabaco - La detección de todos los adultos y las intervenciones para dejar de consumidores de tabaco

Sífilis - La detección de todos los adultos en mayor riesgo

Servicios preventivos cubiertos para las mujeres, incluidas las mujeres embarazadas

Anemia - Detección de forma rutinaria para las mujeres embarazadas

Bacteriuria - las vías urinarias u otro de detección de infecciones para las mujeres embarazadas

BRCA - El asesoramiento sobre las pruebas genéticas para las mujeres en mayor riesgo

Cáncer de mama Mamografía - Proyecciones cada 1 a 2 años para las mujeres mayores de 40

La quimioprevención del cáncer de pecho - Asesoría para las mujeres en mayor riesgo

Lactancia materna - Apoyo integral y asesoramiento de veedores pro - capacitados, así como el acceso a los suministros de lactancia, para las mujeres embarazadas y lactantes

Cáncer de cuello uterino - La detección de las mujeres sexualmente activas

La clamidia Infección - La detección de las mujeres más jóvenes y otras mujeres en mayor riesgo

Anticoncepción - métodos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos anticonceptivos, procedimientos de esterilización, y la educación y la orientación de los pacientes, sin incluir los medicamentos abortivos

La violencia doméstica e interpersonal - Detección y asesoramiento para todas las mujeres

Ácido fólico - Suplementos para las mujeres que puedan quedar embarazadas

Diabetes gestacional - La detección de mujeres de 24 a 28 semanas embarazadas y aquellas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional

Gonorrea - La detección de todas las mujeres en mayor riesgo

Hepatitis B - La detección de las mujeres embarazadas en su primera visita prenatal

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) - Pruebas de detección y consejería para sexu - aliado mujeres activas

Virus del Papiloma Humano (VPH) Prueba de ADN - ADN de VPH de alto riesgo las pruebas cada tres años para las mujeres con resultados citológicos normales que tienen 30 años o más

Osteoporosis - La detección de las mujeres mayores de 60 años, dependiendo de los factores de riesgo

Incompatibilidad Rh - La detección de todas las mujeres embarazadas y las pruebas de seguimiento para las mujeres en mayor riesgo

Uso de Tabaco - Screening e intervenciones para todas las mujeres, y ampliado consejería - país para los consumidores de tabaco embarazadas

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) - Terapia para las mujeres sexualmente activas

Sífilis - La detección de todas las mujeres embarazadas o las otras mujeres con mayor riesgo

Bienestar de la mujer - Visitas para obtener los servicios preventivos recomendados

Servicios preventivos cubiertos INFANTILES

Alcohol y drogas - Las evaluaciones para los adolescentes

Autismo - La detección de los niños a los 18 y 24 meses

Comportamiento - Las evaluaciones para los niños de todas las edades
Edad: 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años - Limitado a 5 evaluaciones

Presión Arterial - La detección de Edad niños: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años

Displasia Cervical-selección

Hipotiroidismo Congénito-detección para recién nacidos

Depresión - detección de los adolescentes mayores de 12 años

Del desarrollo - la detección de los niños menores de 3 años, y la vigilancia a lo largo de la infancia

Dislipidemia - La detección de los niños en mayor riesgo de trastornos de lípidos Edades: de 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años

Quimioprevención Fluoruro - Suplementos para niños sin fluoruro en el suministro de agua

Gonorrea - La medicación preventiva para los ojos de todos los recién nacidos

Audición - La detección de todos los recién nacidos

Altura, peso e índice de masa corporal - Medidas para niños de: 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años

El hematocrito o hemoglobina - La detección de los niños

Hemoglobinopatías o anemia de la célula - La detección de los recién nacidos

VIH-La detección de los adolescentes en mayor riesgo

Inmunización - Vacunas para los niños desde el nacimiento hasta la edad de 18 dosis, las edades recomendadas, y recomendó poblaciones varían: difteria, tétanos, tos ferina, Haemophilus influenzae tipo b, la hepatitis A, la hepatitis B, virus del papiloma humano, virus de la polio inactivada, la influenza (gripe), El sarampión, las paperas, la rubéola, el meningococo, neumococo, rotavirus y la varicela

Hierro - Suplementos para niños de 6 a 12 meses con riesgo de anemia

Plomo - La detección de los niños en riesgo de exposición

Historial Médico - Para todos los niños en todo Edades de desarrollo: de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años

Obesidad - La detección y el asesoramiento

Salud Oral - La evaluación de riesgos para los niños pequeños
Edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años

Fenilcetonuria (PKU) - La detección de este trastorno genético en los recién nacidos

Infección de Transmisión Sexual (ITS) - Asesoramiento
Prevención y detección de los adolescentes en mayor riesgo

Tuberculina - Las pruebas para los niños en mayor riesgo de tuberculosis Edad: de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años

Visión - La detección de todos los niños