



Distinct Advantage PPO Plan 1

	Plan Provider Benefits	Non-Plan Provider Benefits
Lifetime Maximum	\$2,000,000 of EME*	
Calendar Year Deductible (CYD) <i>combined Plan and Non-Plan Provider</i>	\$1,000 per Insured/\$2,000 per Family	
Annual Coinsurance Maximum (after CYD) <i>separate Plan and Non-Plan Provider</i>	\$1,000 of EME per Insured \$2,000 of EME per Family	\$2,000 of EME per Insured \$4,000 of EME per Family
Covered Services	Insured Pays	Insured Pays
Physician Services		
Office Visit	\$35 per visit	After CYD, Insured pays 50% of EME plus all charges in excess of EME
Consultation	\$35 per visit	
Hospital Services		
Inpatient	After CYD, Insured pays 20% of EME	↓
Outpatient		
Physician Surgical Services		
Inpatient Facility	↓	
Outpatient Facility		
Anesthesia		
Physician's Office		
Emergency Services		
Urgent Care Facility	\$50 per visit	
Emergency Room Facility	After CYD, Insured pays 20% of EME	
Emergency Room Physician		
Ground Ambulance		
Diagnostic Services		
Routine Laboratory	↓	
Routine X-ray		

This plan does not include maternity coverage.

*EME (Eligible Medical Expenses) means the maximum amount the Plan will pay for a Covered Service in accordance with the Plan Reimbursement Schedule. The Plan Provider and Non-Plan Provider Annual Coinsurance Maximums are separate and do not accumulate to one another. Non-Plan Provider charges in excess of EME may be substantial and do not accrue toward the Annual Coinsurance Maximum. This Plan includes additional benefits, exclusions and limitations which are shown in the SHL Agreement of Coverage, Attachment A Benefit Schedule, Form No. SHL-IndDAP-masBS-2005, any other applicable Riders and the Disclosure Summary. Copies of these documents are available upon request. Plan documents govern in resolving any benefit questions or payments.

Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.



Distinct Advantage Plan PPO 1

	Proveedor de servicios del Plan Beneficios	Proveedor no Pertenciente al Plan Beneficios
Máximo de por Vida	\$2,000,000 del EME*	
Deducible por Año Calendario (CYD) <i>Plan combinado y Proveedor no perteneciente al plan</i>	\$1,000 por Asegurado/\$2,000 por Familia	
Coaseguro anual máximo (después del CYD) <i>Plan separado y Proveedor no perteneciente al plan</i>	\$1,000 del EME por Asegurado \$2,000 del EME por Familia	\$2,000 del EME por Asegurado \$4,000 del EME por Familia

Servicios Cubiertos	El Asegurado Paga	El Asegurado Paga
Servicios Médicos		
Visita a consultorio	\$35 por visita	Después del CYD, el Asegurado paga el 50% del EME, más todos los cargos que sobrepasen al EME
Consulta	\$35 por visita	
Servicios Hospitalarios		
Con Internación	Después del CYD, el Asegurado paga el 20% del EME	
Ambulatorios		
Servicios Médicos Quirúrgicos		
Hospital con Internación	\$35 por visita	
Centro Ambulatorio		
Anestesia		
Consultorio Médico		
Servicios de Emergencia		
Instalación de Atención Urgente	\$50 por visita	Después del CYD, el Asegurado paga el 20% del EME
Sala de Emergencias		
Servicios Médicos		
Ambulancia Terrestre		
Servicios de Diagnóstico		
Análisis de Laboratorio de Rutina		
Radiografías de Rutina		

Este plan no incluye cobertura de maternidad.

*EME (Gasto Médico Elegible) significa el monto máximo que el Plan pagará por un Servicio Cubierto de acuerdo con la Lista de Reembolsos del Plan. Los Máximos de coaseguro anuales de Proveedor perteneciente al Plan y Proveedor no perteneciente al Plan son separados y no son acumulables entre sí. Los cargos de un Proveedor no perteneciente al Plan que sobrepasen al EME pueden ser sustanciales y no son acumulables para el máximo de coaseguro anual. Este plan incluye beneficios adicionales, exclusiones y limitaciones contenidas en el Acuerdo de Cobertura de SHL, Lista de Beneficios Anexo A, Formulario No. SHL-IndDAP-masBS-2005 y otras Cláusulas Adicionales y Resumen de Divulgación correspondientes. Se pueden solicitar copias de estos documentos. Los documentos del Plan serán los que rijan cuando se trate de resolver cualquier pregunta sobre beneficios o pagos.

Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.



Distinct Advantage PPO Plan 2

	Plan Provider Benefits	Non-Plan Provider Benefits
Lifetime Maximum	\$2,000,000 of EME*	
Calendar Year Deductible (CYD) <i>combined Plan and Non-Plan Provider</i>	\$1,500 per Insured/\$3,000 per Family	
Annual Coinsurance Maximum (after CYD) <i>separate Plan and Non-Plan Provider</i>	\$1,500 of EME per Insured \$3,000 of EME per Family	\$3,000 of EME per Insured \$6,000 of EME per Family
Covered Services	Insured Pays	Insured Pays
Physician Services		
Office Visit	\$35 per visit	After CYD, Insured pays 40% of EME plus all charges in excess of EME
Consultation	\$35 per visit	
Hospital Services		
Inpatient	After CYD, Insured pays 20% of EME	
Outpatient		
Physician Surgical Services		
Inpatient Facility	After CYD, Insured pays 20% of EME	
Outpatient Facility		
Anesthesia		
Physician's Office		
Emergency Services		
Urgent Care Facility	\$50 per visit	After CYD, Insured pays 20% of EME
Emergency Room Facility	After CYD, Insured pays 20% of EME	
Emergency Room Physician		
Ground Ambulance		
Diagnostic Services		
Routine Laboratory		
Routine X-ray		

This plan does not include maternity coverage.

*EME (Eligible Medical Expenses) means the maximum amount the Plan will pay for a Covered Service in accordance with the Plan Reimbursement Schedule. The Plan Provider and Non-Plan Provider Annual Coinsurance Maximums are separate and do not accumulate to one another. Non-Plan Provider charges in excess of EME may be substantial and do not accrue toward the Annual Coinsurance Maximum. This Plan includes additional benefits, exclusions and limitations which are shown in the SHL Agreement of Coverage, Attachment A Benefit Schedule, Form No. SHL-IndDAP-masBS-2005, any other applicable Riders and the Disclosure Summary. Copies of these documents are available upon request. Plan documents govern in resolving any benefit questions or payments.

Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.



Distinct Advantage Plan PPO 2

	Proveedor de servicios del Plan Beneficios	Proveedor no Pertenciente al Plan Beneficios
Máximo de por Vida	\$2,000,000 del EME*	
Deducible por Año Calendario (CYD) <i>Plan combinado y Proveedor no perteneciente al plan</i>	\$1,500 por Asegurado/\$3,000 por Familia	
Coaseguro anual máximo (después del CYD) <i>Plan separado y Proveedor no perteneciente al plan</i>	\$1,500 del EME por Asegurado \$3,000 del EME por Familia	\$3,000 del EME por Asegurado \$6,000 del EME por Familia

Servicios Cubiertos	El Asegurado Paga	El Asegurado Paga
Servicios Médicos		
Visita a consultorio	\$35 por visita	Después del CYD, el Asegurado paga el 40% del EME, más todos los cargos que sobrepasen al EME
Consulta	\$35 por visita	
Servicios Hospitalarios		
Con Internación	Después del CYD, el Asegurado paga el 20% del EME	
Ambulatorios		
Servicios Médicos Quirúrgicos		
Hospital con Internación	\$35 por visita	
Centro Ambulatorio		
Anestesia		
Consultorio Médico		
Servicios de Emergencia		
Instalación de Atención Urgente	\$50 por visita	Después del CYD, el Asegurado paga el 20% del EME
Sala de Emergencias		
Servicios Médicos		
Ambulancia Terrestre		
Servicios de Diagnóstico		
Análisis de Laboratorio de Rutina		
Radiografías de Rutina		

Este plan no incluye cobertura de maternidad.

*EME (Gasto Médico Elegible) significa el monto máximo que el Plan pagará por un Servicio Cubierto de acuerdo con la Lista de Reembolsos del Plan. Los Máximos de coaseguro anuales de Proveedor perteneciente al Plan y Proveedor no perteneciente al Plan son separados y no son acumulables entre sí. Los cargos de un Proveedor no perteneciente al Plan que sobrepasen al EME pueden ser sustanciales y no son acumulables para el máximo de coaseguro anual. Este plan incluye beneficios adicionales, exclusiones y limitaciones contenidas en el Acuerdo de Cobertura de SHL, Lista de Beneficios Anexo A, Formulario No. SHL-IndDAP-masBS-2005 y otras Cláusulas Adicionales y Resumen de Divulgación correspondientes. Se pueden solicitar copias de estos documentos. Los documentos del Plan serán los que rijan cuando se trate de resolver cualquier pregunta sobre beneficios o pagos.

Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.



Distinct Advantage PPO Plan 3

	Plan Provider Benefits	Non-Plan Provider Benefits
Lifetime Maximum		\$2,000,000 of EME*
Calendar Year Deductible (CYD) <i>combined Plan and Non-Plan Provider</i>		\$2,500 per Insured/\$5,000 per Family
Annual Coinsurance Maximum (after CYD) <i>separate Plan and Non-Plan Provider</i>	\$2,500 of EME per Insured \$5,000 of EME per Family	\$5,000 of EME per Insured \$10,000 of EME per Family

Covered Services	Insured Pays	Insured Pays
Physician Services		
Office Visit	\$40 per visit	After CYD, Insured pays 30% of EME plus all charges in excess of EME
Consultation	\$40 per visit	
Hospital Services		
Inpatient	After CYD, Insured pays 10% of EME	
Outpatient		
Physician Surgical Services		
Inpatient Facility	\$40 per visit	
Outpatient Facility		
Anesthesia		
Physician's Office		
Emergency Services		
Urgent Care Facility	\$55 per visit	After CYD, Insured pays 10% of EME
Emergency Room Facility	After CYD, Insured pays	
Emergency Room Physician	10% of EME	
Ground Ambulance		
Diagnostic Services		
Routine Laboratory		
Routine X-ray		

This plan does not include maternity coverage.

*EME (Eligible Medical Expenses) means the maximum amount the Plan will pay for a Covered Service in accordance with the Plan Reimbursement Schedule. The Plan Provider and Non-Plan Provider Annual Coinsurance Maximums are separate and do not accumulate to one another. Non-Plan Provider charges in excess of EME may be substantial and do not accrue toward the Annual Coinsurance Maximum. This Plan includes additional benefits, exclusions and limitations which are shown in the SHL Agreement of Coverage, Attachment A Benefit Schedule, Form No. SHL-IndDAP-masBS-2005, any other applicable Riders and the Disclosure Summary. Copies of these documents are available upon request. Plan documents govern in resolving any benefit questions or payments.

Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.



Distinct Advantage Plan PPO 3

	Proveedor de servicios del Plan Beneficios	Proveedor no Pertenciente al Plan Beneficios
Máximo de por Vida		\$2,000,000 del EME*
Deducible por Año Calendario (CYD)		\$2,500 por Asegurado/\$5,000 por Familia
<i>Plan combinado y Proveedor no perteneciente al plan</i>		
Coaseguro anual máximo (después del CYD)	\$2,500 del EME por Asegurado	\$5,000 del EME por Asegurado
<i>Plan separado y Proveedor no perteneciente al plan</i>	\$5,000 del EME por Familia	\$10,000 del EME por Familia

Servicios Cubiertos	El Asegurado Paga	El Asegurado Paga
Servicios Médicos		
Visita a consultorio	\$40 por visita	Después del CYD, el Asegurado paga el 30% del EME, más todos los cargos que sobrepasen al EME
Consulta	\$40 por visita	
Servicios Hospitalarios		
Con Internación	Después del CYD, el Asegurado paga el 10% del EME	
Ambulatorios		
Servicios Médicos Quirúrgicos		
Hospital con Internación	\$40 por visita	
Centro Ambulatorio		
Anestesia		
Consultorio Médico		
Servicios de Emergencia		
Instalación de Atención Urgente	\$55 por visita	Después del CYD, el Asegurado paga el 10% del EME
Sala de Emergencias		
Servicios Médicos		
Ambulancia Terrestre		
Servicios de Diagnóstico		
Análisis de Laboratorio de Rutina		
Radiografías de Rutina		

Este plan no incluye cobertura de maternidad.

*EME (Gasto Médico Elegible) significa el monto máximo que el Plan pagará por un Servicio Cubierto de acuerdo con la Lista de Reembolsos del Plan. Los Máximos de coaseguro anuales de Proveedor perteneciente al Plan y Proveedor no perteneciente al Plan son separados y no son acumulables entre sí. Los cargos de un Proveedor no perteneciente al Plan que sobrepasen al EME pueden ser sustanciales y no son acumulables para el máximo de coaseguro anual. Este plan incluye beneficios adicionales, exclusiones y limitaciones contenidas en el Acuerdo de Cobertura de SHL, Lista de Beneficios Anexo A, Formulario No. SHL-IndDAP-masBS-2005 y otras Cláusulas Adicionales y Resumen de Divulgación correspondientes. Se pueden solicitar copias de estos documentos. Los documentos del Plan serán los que rijan cuando se trate de resolver cualquier pregunta sobre beneficios o pagos.

Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.



Distinct Advantage PPO Plan 4

	Plan Provider Benefits	Non-Plan Provider Benefits
Lifetime Maximum		\$2,000,000 of EME*
Calendar Year Deductible (CYD) <i>combined Plan and Non-Plan Provider</i>		\$5,000 per Insured/\$10,000 per Family
Annual Coinsurance Maximum (after CYD) <i>separate Plan and Non-Plan Provider</i>	\$2,500 of EME per Insured \$5,000 of EME per Family	\$5,000 of EME per Insured \$10,000 of EME per Family

Covered Services	Insured Pays	Insured Pays
------------------	--------------	--------------

Physician Services		
Office Visit	\$50 per visit	After CYD, Insured pays 40% of EME plus all charges in excess of EME
Consultation	\$50 per visit	
Hospital Services		
Inpatient	After CYD, Insured pays 20% of EME	↓
Outpatient		
Physician Surgical Services		
Inpatient Facility	\$50 per visit	↓
Outpatient Facility		
Anesthesia		
Physician's Office		
Emergency Services		
Urgent Care Facility	\$65 per visit	↓
Emergency Room Facility	After CYD, Insured pays 20% of EME	
Emergency Room Physician		
Ground Ambulance		
Diagnostic Services		
Routine Laboratory	↓	↓
Routine X-ray		

This plan does not include maternity coverage.

*EME (Eligible Medical Expenses) means the maximum amount the Plan will pay for a Covered Service in accordance with the Plan Reimbursement Schedule. The Plan Provider and Non-Plan Provider Annual Coinsurance Maximums are separate and do not accumulate to one another. Non-Plan Provider charges in excess of EME may be substantial and do not accrue toward the Annual Coinsurance Maximum. This Plan includes additional benefits, exclusions and limitations which are shown in the SHL Agreement of Coverage, Attachment A Benefit Schedule, Form No. SHL-IndDAP-masBS-2005, any other applicable Riders and the Disclosure Summary. Copies of these documents are available upon request. Plan documents govern in resolving any benefit questions or payments.

Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.



Distinct Advantage Plan PPO 4

	Proveedor de servicios del Plan Beneficios	Proveedor no Pertenciente al Plan Beneficios
Máximo de por Vida	\$2,000,000 del EME*	
Deducible por Año Calendario (CYD)	\$5,000 por Asegurado/\$10,000 por Familia	
<i>Plan combinado y Proveedor no perteneciente al plan</i>		
Coaseguro anual máximo (después del CYD)	\$2,500 del EME por Asegurado	\$5,000 del EME por Asegurado
<i>Plan separado y Proveedor no perteneciente al plan</i>	\$5,000 del EME por Familia	\$10,000 del EME por Familia

Servicios Cubiertos	El Asegurado Paga	El Asegurado Paga
Servicios Médicos		
Visita a consultorio	\$50 por visita	Después del CYD, el Asegurado paga el 40% del EME, más todos los cargos que sobrepasen al EME
Consulta	\$50 por visita	
Servicios Hospitalarios		
Con Internación	Después del CYD, el Asegurado paga el 20% del EME	
Ambulatorios		
Servicios Médicos Quirúrgicos		
Hospital con Internación	\$50 por visita	
Centro Ambulatorio		
Anestesia		
Consultorio Médico		
Servicios de Emergencia		
Instalación de Atención Urgente	\$65 por visita	Después del CYD, el Asegurado paga el 20% del EME
Sala de Emergencias		
Servicios Médicos		
Ambulancia Terrestre		
Servicios de Diagnóstico		
Análisis de Laboratorio de Rutina		
Radiografías de Rutina		

Este plan no incluye cobertura de maternidad.

*EME (Gasto Médico Elegible) significa el monto máximo que el Plan pagará por un Servicio Cubierto de acuerdo con la Lista de Reembolsos del Plan. Los Máximos de coaseguro anuales de Proveedor perteneciente al Plan y Proveedor no perteneciente al Plan son separados y no son acumulables entre sí. Los cargos de un Proveedor no perteneciente al Plan que sobrepasen al EME pueden ser sustanciales y no son acumulables para el máximo de coaseguro anual. Este plan incluye beneficios adicionales, exclusiones y limitaciones contenidas en el Acuerdo de Cobertura de SHL, Lista de Beneficios Anexo A, Formulario No. SHL-IndDAP-masBS-2005 y otras Cláusulas Adicionales y Resumen de Divulgación correspondientes. Se pueden solicitar copias de estos documentos. Los documentos del Plan serán los que rijan cuando se trate de resolver cualquier pregunta sobre beneficios o pagos.