

Aspectos destacados del plan de salud 2024-2025



Todos los empleados de Mesquite Independent School District tienen cuatro opciones de planes. Cada uno incluye una gama amplia de beneficios para el bienestar.

PPO – HIGH DEDUCTIBLE PLAN

EPO – LOW PLAN

EPO – HIGH PLAN

PRIMAS MENSUALES						
	PRIMA TOTAL	SU PRIMA	PRIMA TOTAL	SU PRIMA	PRIMA TOTAL	SU PRIMA
EMPLEADO SOLAMENTE	\$570.06	\$140.00	\$585.16	\$135.00	\$624.85	\$247.00
EMPLEADO Y CÓNYUGE	\$1,197.12	\$1,020.00	\$1,228.83	\$986.00	\$1,312.19	\$1,103.00
EMPLEADO E HIJO(S)	\$1,104.57	\$605.00	\$1,133.84	\$634.00	\$1,210.75	\$711.00
EMPLEADO Y FAMILIA	\$1,839.14	\$1,389.00	\$1,887.87	\$1,438.00	\$2,015.93	\$1,566.00
TIPO DE COBERTURA	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	COBERTURA DENTRO DE LA RED SOLAMENTE	COBERTURA DENTRO DE LA RED SOLAMENTE	COBERTURA DENTRO DE LA RED SOLAMENTE	COBERTURA DENTRO DE LA RED SOLAMENTE
DEDUCIBLE						
INDIVIDUAL/FAMILIAR	\$3,200/\$6,400	\$5,500/\$11,000	\$2,500/\$5,000	\$2,500/\$5,000	\$1,200/\$3,600	\$1,200/\$3,600
COSEGURO (EL MIEMBRO PAGA)	30%*	50%*	30%*	30%*	20%*	20%*
DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL						
INDIVIDUAL/FAMILIAR	\$7,050/\$14,100	\$20,250/\$40,500	\$8,150/\$16,300	\$8,150/\$16,300	\$6,900/\$13,800	\$6,900/\$13,800
COPAGOS/COSEGURO						
VISITA AL CONSULTORIO DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	30%*	50%*	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$30
VISITA AL CONSULTORIO DEL ESPECIALISTA	30%*	50%*	Copago de \$70	Copago de \$70	Copago de \$70	Copago de \$70
ATENCIÓN DE URGENCIAS	30%*	50%*	Copago de \$50	Copago de \$50	Copago de \$50	Copago de \$50
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	30%*	Los beneficios se aplican a proveedores preferidos	30%*	30%*	20%*	20%*
VISITAS VIRTUALES DE TELADOC	Copago de \$42	Copago de \$42	Copago de \$12	Copago de \$12	Copago de \$12	Copago de \$12
FARMACIA						
DEDUCIBLE PARA MEDICAMENTOS CON RECETA	Integrado con el deducible médico		Integrado con el deducible médico		Deducible de marca de \$200	
MEDICAMENTOS CON RECETA						
PREVENTIVO DE RUTINA	100%; deducible renunciado		Cobertura total		Cobertura total	
GENÉRICOS	20%	El miembro paga un 20% adicional del monto permitido más coseguro	Copago de \$15		Copago de \$15	
DE MARCA	25%		30%*		25%*	
DE MARCA NO PREFERIDO	50%		50%*		50%*	
COSTOS DE DESEMBOLSO DE INSULINA	25%*		Copago de \$25 para suministro de 31 días; y \$75 para suministro de 61 a 90 días		Copago de \$25 para suministro de 31 días; y \$75 para suministro de 61 a 90 días	
MEDICAMENTOS CON RECETA CON ORDEN POR CORREO (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)						
PREVENTIVO DE RUTINA	100%; deducible renunciado	No aplica	Cobertura total		Cobertura total	
GENÉRICO	20%	El miembro paga un 20% adicional del monto permitido más coseguro	Copago de \$45		Copago de \$45	
DE MARCA PREFERIDOS	25%		30%*		25%*	
DE MARCA NO PREFERIDO	50%		50%*		50%*	
ESPECIALIZADO (SUMINISTRO DE 30 DÍAS)	20%	Descubierto	\$0 si es elegible para Flex Access; 30%*		\$0 si es elegible para Flex Access; 30%*	

*Después del deducible