Aspectos Destacados del Plan de Salud 2025—2026

Clave de Beneficios Médicos	EPO—High Plan (Sin nuevas inscripciones) Dentro de la red	EPO—HDHP Dentro de la red	EPO—Low Plan Dentro de la red	HPN—Copay Dentro de la red	HPN—HDHP Dentro de la red
Deducible (por año del plan)					
Individual / Familiar	$1,200 / $3,600	$3,300 / $6,600	$2,500 / $5,000	$2,500 / $5,000	$3,300 / $6,600
Máximo de desembolso (por año del plan)					
Individual / Familiar	$6,900 / $13,800	$7,050/ $14,100	$8,150 / $16,300	$8,150 / $16,300	$7,050/ $14,100
Servicios Cubiertos					
Visitas al consultorio (Atención primaria)	Copago de $70, $15 clínica	30% de coseguro*, $15 clínica	Copago de $70, $15 clínica	Copago de $70, $15 clínica	30% de coseguro*, $15 clínica
Visitas virtuales	Copago de $12, $15 clínica	$42, $15 clínica	Copago de $12, $15 clínica	Copago de $12, $15 clínica	$42, $15 clínica
Atención especializada	Copago de $70	30% de coseguro*	Copago de $70	Copago de $70	30% de coseguro*
Atención preventiva rutinaria	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Diagnóstico ambulatorio (laboratorio / rayos X)	20% de coseguro*	30% de coseguro*	30% de coseguro*	30% de coseguro*	30% de coseguro*
Imágenes complejas (RM, TAC, ultrasonido)	20% de coseguro*	30% de coseguro*	30% de coseguro*	30% de coseguro*	30% de coseguro*
Ambulancia	20% de coseguro*	30% de coseguro*	30% de coseguro*	30% de coseguro*	30% de coseguro*
Sala de emergencias	Copago de $500 (excepto si es emergencia real) por visita + deducible y coseguro				
	Sala de emergencia independiente: Copago de $500 por visita + deducible y coseguro				
Atención de urgencia	Copago de $50	30% de coseguro*	Copago de $50	Copago de $50	30% de coseguro*
Hospitalización (internación)	20% de coseguro*	30% de coseguro*	30% de coseguro*	30% de coseguro*	30% de coseguro*
Cirugía ambulatoria	20% de coseguro*	30% de coseguro*	30% de coseguro*	30% de coseguro*	30% de coseguro*
Medicamentos Recetados Genérico / Nombre de Marca / Nombre de Marca No Preferida / Especialidad Medicamentos preventivos rutinarios: Cubiertos en su totalidad					
Farmacia minorista (30 días)	**Deducible de marca $200** $15/ 25%*/ 50%*/ 30%*	20%*/25%*/50%*/ 20%*	$15/ 30%*/ 50%*/ 30%*	$15/ 30%*/ 50%*/ 30%*	20%*/25%*/50%*/ 20%*
Envio por correo (provision para 90 días)	$45/ 25%*/ 50%*	20% */ 25%*/ 50%*	$45/ 30%*/ 50%*	$45/ 30%*/ 50%*	20%*/ 25%*/ 50%*

Nota: Los porcentajes de coseguro y los copagos representan la parte que el miembro debe pagar.
***Los beneficios marcados con un asterisco (*) requieren que se cumpla el deducible antes de que el Plan comience a pagar.**