

# Puntos clave del Plan de Salud 2026-2027



Clave de Beneficios Médicos	EPO—Copago	EPO—HDHP	HPN—Copago	HPN—HDHP
	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red*	Dentro de la red*
<b>Deducible</b> (por año de plan)				
Individual / Familia	\$2,500 / \$5,000	\$3,400 / \$6,800	\$2,500 / \$5,000	\$3,400 / \$6,800
<b>Máximo de desembolso</b> (por año de plan)				
Individual / Familia	\$8,150 / \$16,300	\$7,050/ \$14,100	\$8,150 / \$16,300	\$7,050/ \$14,100
<b>Servicios cubiertos</b>				
Visitas a la consulta Atención primaria	\$70 Copago, \$15 MEHC	30% coseguro*, \$15 MEHC	\$70 Copago, \$15 MEHC	30% coseguro*, \$15 MEHC
Visitas virtuales	\$12 Copago, \$15 MEHC	\$42, \$15 MEHC	\$12 Copago, \$15 MEHC	\$42, \$15 MEHC
Atención Especializada	\$70 Copago	30% coseguro*	\$70 Copago	30% coseguro*
Atención preventivos rutinarios	Sin cargos	Sin cargos	Sin cargos	Sin cargos
Diagnóstico ambulatorio(laboratorio/X-ray)	30% coseguro*	30% coseguro*	30% coseguro*	30% coseguro*
Imagenes compleja (RM, TAC, ultrasonido)	30% coseguro*	30% coseguro*	30% coseguro*	30% coseguro*
Ambulancia	30% coseguro*	30% coseguro*	30% coseguro*	30% coseguro*
Sala de emergencias	Copago de \$500 (except si es emergencia real) por visita + deducible y coseguro Freestanding emergency room \$500 Copago per visit plus deductible, then coseguro			
Atención de Urgencia	\$50 Copago	30% coseguro*	\$50 Copago	30% coseguro*
Hospitalización (internación)	30% coseguro*	30% coseguro*	30% coseguro*	30% coseguro*
Cirugía ambulatoria	30% coseguro*	30% coseguro*	30% coseguro*	30% coseguro*
<b>Medicamentos Recetados</b> Genérico / Nombre de Marca / Nombre de Marca No Preferida / Especialidad				
Medicamentos preventivos rutinarios: Cubiertos en su totalidad				
Farmacia minorista (30 días)	\$15 / 30%*/ 50%*/ 30%*	20%* / 25%* / 50%* / 20%*	\$15 / 30%*/ 50%*/ 30%*	20%* / 25%*/ 50%*/ 20%*
Envío por correo (provision para 90 días)	\$45 / 30%*/ 50%*	20%*/ 25%*/ 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.

+No hay cobertura fuera de la red; excepto en casos de emergencia o urgencia dentro o fuera del área de servicio de HPN.

+Sin beneficios fuera de la red; excepto para atención de emergencia o urgencia cuando el miembro se encuentra dentro del área de servicio de HPN. Fuera del área de servicio de HPN, los miembros solo tienen beneficios de atención de emergencia y urgencia.

## Primas mensuales

	EPO—Copay		EPO—HDHP		HPN—Copay		HPN—HDHP	
	Prima Total	Su Prima	Prima Total	Su Prima	Prima Total	Su Prima	Prima Total	Su Prima
<b>Empleado</b>	\$789.37	\$213.13	\$769.00	\$207.63	\$734.11	\$183.64	\$715.17	\$178.90
<b>Contribuciones HSA</b>			\$20/mo				\$40/mo	
<b>Empleado y Cónyuge</b>	\$1,657.66	\$1,432.66	\$1,614.88	\$1,389.88	\$1,541.63	\$1,316.63	\$1,501.84	\$1,276.84
<b>Empleado y hijos</b>	\$1,529.52	\$841.24	\$1,490.04	\$819.52	\$1,422.46	\$782.35	\$1,385.74	\$762.15
<b>Empleado y Familia</b>	\$2,546.69	\$1,910.02	\$2,480.95	\$1,860.72	\$2,368.42	\$1,776.32	\$2,307.29	\$1,730.47