



PLANES MÉDICOS PARA EMPLEADOS



Sus beneficios médicos le proporcionan acceso a personas, recursos y herramientas que le ayudarán cuando no se sienta bien. Los planes tienen distintos niveles de copagos, deducibles y máximos de gastos de bolsillo. Tome una decisión informada leyendo las breves descripciones de sus opciones de cobertura. El programa médico, gestionado por **Baylor Scott and White**, proporciona el marco para su salud y bienestar.

Primas médicas	Baylor Scott and White Comparación de los Costos Médicos				
	BSW Plus HMO LE5HA1Y2	BSW Plus HMO LC5HA1J2	BSW Plus HMO LC5HA4F2	BSW Plus HMO CEP5HAQ2	BSW Access PPO UHB5J2I2
Tarifas mensuales					
Empleado	\$105.85	\$279.32	\$296.35	\$138.17	\$336.18
+ Cónyuge	\$922.87	\$1,391.12	\$1,437.05	\$1,010.11	\$1,544.58
+ Hijo(s)	\$444.75	\$740.50	\$769.52	\$499.85	\$837.43
+ Familia	\$1,232.35	\$1,812.25	\$1,869.15	\$1,340.38	\$2,002.30

En caso de discrepancia entre los detalles del plan que figuran en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan.

COMPARACIÓN DE PLANES MÉDICOS

	BSW Plus HMO LE5HA1Y2		BSW Plus HMO LC5HA1J2		BSW Plus HMO LC5HA4F2	
CARACTERÍSTICAS DEL PLAN (INDIVIDUAL/FAMILIAR)						
Tipo de cobertura	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible	\$7,950/\$15,900	No se cubre	\$4,000/\$8,000	No se cubre	\$2,000/\$4,000	N/C
Coseguro	0% después del deducible	No se cubre	0% después del deducible	No se cubre	10% después del deducible	No se cubre
Máximo de gastos de bolsillo	\$8,300/\$16,600	No se cubre	\$7,000/\$14,000	No se cubre	\$5,000/\$10,000	No se cubre
Se requiere un Proveedor de atención primaria (PCP)	No	No se cubre	No	No	No	No
VISITAS AL MÉDICO						
Atención primaria	0% de copago después del deducible	No se cubre	Adulto: primera visita sin costo; \$25 de copago por visita para visitas posteriores; Pediátrico: sin costo	No se cubre	Adulto: primera visita sin costo; \$25 de copago por visita para visitas posteriores; Pediátrico: sin costo	No se cubre
Especialista	0% de copago después del deducible	No se cubre	\$50 de copago	No se cubre	\$50 de copago	No se cubre
ATENCIÓN INMEDIATA						
Atención de urgencia	0% de copago después del deducible	0% de copago después del deducible	\$50 de copago	\$50 de copago	\$50 de copago	\$50 de copago
Sala de emergencia	0% de copago después del deducible	0% de copago después del deducible	\$500 de copago, no aplica deducible	\$500 de copago, no aplica deducible	\$500 de copago más 10% del coseguro, no aplica deducible	\$500 de copago más 10% del coseguro, no aplica deducible
Atención preventiva	Sin cargo	No se cubre	Sin cargo	No se cubre	Sin cargo	No se cubre
Radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico	0% de copago después del deducible	No se cubre	Sin cargo	No se cubre	Sin cargo	No se cubre
RM, TC, TEP	0% de copago después del deducible	No se cubre	\$250 de copago por visita, no aplica deducible	No se cubre	10% después del deducible	No se cubre
Servicios hospitalarios/ambulatorios	0% de copago después del deducible	No se cubre	0% después del deducible	No se cubre	10% después del deducible	No se cubre
MEDICAMENTOS CON RECETA						
Minorista (30 días) Genérico preferido/ Genérico no preferido	Nivel 1: \$0 de copago Nivel 2: \$0 de copago	No se cubre	Nivel 1: \$0 de copago Nivel 2: \$10 de copago	No se cubre	Nivel 1: \$0 de copago Nivel 2: \$10 de copago	No se cubre
Minorista (30 días) Marca preferida/ Marca no preferida	Nivel 3: \$0 de copago Nivel 4: \$0 de copago	No se cubre	Nivel 3: \$50 de copago Nivel 4: \$115 de copago	No se cubre	Nivel 3: \$50 de copago Nivel 4: \$115 de copago	No se cubre
Especialidad	Niveles 1, 2 y 3: \$0 de copago después del deducible	No se cubre	Nivel 1: \$100 de copago Nivel 2: \$175 de copago Nivel 3: \$350 de copago	No se cubre	Nivel 1: \$100 de copago Nivel 2: \$175 de copago Nivel 3: \$350 de copago	No se cubre
MEDICAMENTOS DE PEDIDO POR CORREO						
suministro para 90 días	2.5 veces el costo minorista	No se cubre	2.5 veces el costo minorista	No se cubre	2.5 veces el costo minorista	No se cubre

COMPARACIÓN DE PLANES MÉDICOS

	BSW Plus HMO CEP5HAQ2		BSW Access PPO UHB5J2I2	
CARACTERÍSTICAS DEL PLAN (INDIVIDUAL/FAMILIAR)				
Tipo de cobertura	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible	\$7,500/\$15,000	No se cubre	\$3,500/\$7,000	\$7,000/\$14,000
Coseguro	20% después del deducible	No se cubre	20% después del deducible	50% después del deducible
Máximo de gastos de bolsillo	\$9,200/\$18,400	No se cubre	\$6,000/\$12,000	\$18,000/\$36,000
Se requiere un Proveedor de atención primaria (PCP)	No	No	No	No
VISITAS AL MÉDICO				
Atención primaria	Adulto: primera visita sin costo; \$15 de copago por visita para visitas posteriores Pediátrico: sin costo	No se cubre	Adulto: primera visita sin costo; \$25 de copago por visita para visitas posteriores Pediátrico: sin costo	50% del coseguro
Especialista	\$45 de copago	No se cubre	\$50 de copago	50% del coseguro
ATENCIÓN INMEDIATA				
Atención de urgencia	\$50 de copago	\$50 de copago	\$50 de copago	\$50 de copago
Sala de emergencia	\$250 de copago por visita más 20% del coseguro	\$250 de copago por visita más 20% del coseguro	\$500 de copago por visita más 20% del coseguro	\$500 de copago por visita más 20% del coseguro
Atención preventiva	Sin cargo	No se cubre	Sin cargo	50% después del deducible
Radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico	20% de copago después del deducible	No se cubre	Sin cargo	50% después del deducible
RM, TC, TEP	20% de copago después del deducible	No se cubre	20% del coseguro	50% después del deducible
Servicios hospitalarios/ambulatorios	20% después del deducible	No se cubre	20% después del deducible	50% después del deducible
MEDICAMENTOS CON RECETA				
Minorista (30 días) Genérico preferido/ Genérico no preferido	Nivel 1: \$5 de copago Nivel 2: \$15 de copago	No se cubre	Nivel 1: \$0 de copago Nivel 2: \$10 de copago	50% del coseguro
Minorista (30 días) Marca preferida/ Marca no preferida	Nivel 3: \$60 de copago Nivel 4: \$130 de copago	No se cubre	Nivel 3: \$50 de copago Nivel 4: \$115 de copago	50% del coseguro
Especialidad	Nivel 1: \$125 de copago Nivel 2: \$200 de copago Nivel 3: \$400 de copago	No se cubre	Nivel 1: \$100 de copago Nivel 2: \$175 de copago Nivel 3: \$350 de copago	50% del coseguro
MEDICAMENTOS DE PEDIDO POR CORREO				
suministro para 90 días	2.5 veces el costo minorista	No se cubre	2.5 veces el costo minorista	50% del coseguro