Año del plan: **1 de enero – 31 de diciembre de 2027**	**PLAN PPO**	**PLAN HSA**
DENTRO DE LA RED – Allied, usando la red de Aetna		
DEDUCIBLE		
Individual / Familiar	$1,250 / $3,750	$2,000 / $4,000*
*Si se inscribe como familia, el deducible familiar completo debe ser cubierto por una persona o en conjunto antes de que los beneficios se paguen a la tasa de coaseguro		
COASEGURO – el monto que cubre el seguro después de alcanzar el deducible		
	90%	95%
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO		
Individual / Familiar	$5,000 / $15,000	$7,000 / $9,200
ATENCIÓN PREVENTIVA		
Atención preventiva – Chequeo anual, vacunas y otros servicios relacionados	$0	
VISITAS A CENTROS		
Telemedicina – Recuro Health	$0	$0
Atención primaria	Copago de $10	$0 después del deducible
Especialista	Copago de $25	$0 después del deducible
Atención de urgencia	Copago de $50	$0 después del deducible
Sala de emergencias	Copago de $175	$0 después del deducible
Hospitalización	90% después del deducible	95% después del deducible
Cirugía ambulatoria	90% después del deducible	95% después del deducible
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO AMBULATORIOS		
Radiografías	90% después del deducible	95% después del deducible
Tomografía CT/PET, resonancia magnética	90% después del deducible	95% después del deducible
MEDICAMENTOS RECETADOS – BeneCard		
Preventivos ampliados	Copago de $5 para genéricos; copago de $25 para preferidos	
Genérico	Copago de $10	Copago de $10 después del deducible
Marca preferida	Copago de $35	Copago de $35 después del deducible
Marca no preferida	Copago de $65	Copago de $65 después del deducible
Pedido por correo: suministro de 90 días	2x minorista	2x minorista después del deducible
Especialidad	Copago de $100	Copago de $100 después del deducible
FUERA DE LA RED - Consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC)		