

TABLA DE COMPARACIÓN DE PLANES MÉDICOS

		Memorial Hermann ACO	HDHP (Plan médico con deducible alto)	Choice POS
LAS TARIFAS SON POR PERÍODO DE PAGO, con base en 24 cheques de pago por año.				
Empleado solo		\$54.50	\$38.50	\$96.50
Empleado + Cónyuge		\$411.00	\$370.00	\$531.50
Empleado + Hijo(s)		\$202.00	\$169.50	\$300.00
Empleado + Familia		\$412.00	\$359.00	\$637.50
LÍMITES DEL PLAN				
Deducible anual fuera de la red	Individual	sin beneficios	\$10,000	\$4,500
	Familia	sin beneficios	\$20,000	\$9,000
Deducible anual dentro de la red	Individual	\$1,750	\$5,000	\$3,250
	Familia	\$3,500	\$10,000	\$5,750
Máximo anual de bolsillo (incluye todos los deducibles médicos y de farmacia, copagos y coseguro)	Individual	\$4,500	\$10,000	\$11,000
	Familia	\$9,000	\$20,000	\$22,000
SU COSTO POR SERVICIOS CUBIERTOS DENTRO DE LA RED				
Preventivos		Gratis	Gratis	Gratis
Visita al consultorio	Médico de atención primaria (PCP)	20% después del deducible	0% después del deducible	30% después del deducible
	Especialistas	25% después del deducible	0% después del deducible	30% después del deducible
Paciente interno, hospital (se requiere precertificación)		20% después del deducible	0% después del deducible	30% después del deducible
Paciente externo, hospital (se requiere precertificación)		20% después del deducible	0% después del deducible	30% después del deducible
Paciente externo, centro quirúrgico separado (se requiere precertificación)		20% después del deducible	0% después del deducible	30% después del deducible
Atención de emergencia		50% después de \$250 de copago; después del deducible, no se cobra si lo hospitalizan	0% después del deducible	50% después de \$750 de copago; después del deducible, no se cobra si lo hospitalizan
Clínica de urgencia		20% después del deducible	0% después del deducible	30% después del deducible
Laboratorio, radiografía, mamograma de diagnóstico, escáner de diagnóstico (MRI, MRA, CAT, PET)	Paciente externo hospital	20% después del deducible	0% después del deducible	30% después del deducible
	Centro separado, laboratorio independiente	20% después del deducible	0% después del deducible	30% después del deducible
Maternidad - parto		20% después del deducible	0% después del deducible	30% después del deducible
Salud mental y abuso de sustancias (paciente interno y externo)		20% después del deducible	0% después del deducible	25% después del deducible
RECETAS				
Deducibles anuales por recetas ¹	Genérico	\$0	Deducible compartido (servicio médico y receta) \$5,000 Individual / \$10,000 Familia	\$0
	De marca	\$200		\$200
Medicamento recetado (30 días por farmacia minorista)	Genérico	\$20		\$20
	Marca preferida	\$40		\$40
	Marca no preferida	\$80		\$80
Medicamento recetado (90 días por correo o farmacia minorista)	Genérico	\$40		\$40
	Marca preferida	\$100		\$100
	Marca no preferida	\$200		\$200

¹El deducible corresponde una vez por año por persona y también se podría solicitar un copago.

VIDA PERMANENTE

Primas para tabaco

		No usuario de tabaco - Vida									
		18 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55	56 - 60	61 - 65	66 - 70
Empleado solo	\$25,000	\$5.84	\$6.79	\$8.03	\$10.06	\$12.99	\$16.94	\$23.43	\$34.48	\$44.51	\$68.25
	\$50,000	\$11.69	\$13.58	\$16.06	\$20.13	\$25.98	\$33.88	\$46.85	\$68.96	\$89.02	\$136.50
	\$75,000	\$17.53	\$20.38	\$24.09	\$30.19	\$38.97	\$50.81	\$70.28	\$103.44	\$133.53	\$204.75
	\$100,000	\$23.38	\$27.17	\$32.13	\$40.25	\$51.96	\$67.75	\$93.71	\$137.92	\$178.04	\$273.00
	\$125,000	\$29.22	\$33.96	\$40.16	\$50.31	\$64.95	\$84.69	\$117.14	\$172.40	\$222.55	\$341.25
	\$150,000	\$35.06	\$40.75	\$48.19	\$60.38	\$77.94	\$101.63	\$140.56	\$206.88	\$267.06	\$409.50
Cónyuge	\$12,500	\$3.26	\$3.79	\$4.48	\$5.61	\$7.20	\$9.23	\$12.38	\$17.41	\$25.63	\$38.94
	\$25,000	\$6.51	\$7.58	\$8.97	\$11.23	\$14.41	\$18.46	\$24.76	\$34.82	\$51.25	\$77.89
	\$37,500	\$9.77	\$11.38	\$13.45	\$16.84	\$21.61	\$27.69	\$37.14	\$52.23	\$76.88	\$116.83
	\$50,000	\$13.02	\$15.17	\$17.94	\$22.46	\$28.81	\$36.92	\$49.52	\$69.65	\$102.50	\$155.77

		Usuario de tabaco - Vida									
		18 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55	56 - 60	61 - 65	66 - 70
Empleado solo	\$25,000	\$7.60	\$9.16	\$11.52	\$14.51	\$18.61	\$24.65	\$33.58	\$49.80	\$69.72	\$103.61
	\$50,000	\$15.21	\$18.31	\$23.04	\$29.02	\$37.23	\$49.29	\$67.17	\$99.60	\$139.44	\$207.23
	\$75,000	\$22.81	\$27.47	\$34.56	\$43.53	\$55.84	\$73.94	\$100.75	\$149.41	\$209.16	\$310.84
	\$100,000	\$30.42	\$36.63	\$46.08	\$58.04	\$74.46	\$98.58	\$134.33	\$199.21	\$278.88	\$414.46
	\$125,000	\$38.02	\$45.78	\$57.60	\$72.55	\$93.07	\$123.23	\$167.92	\$249.01	\$348.49	\$518.07
	\$150,000	\$45.63	\$54.94	\$69.13	\$87.06	\$111.69	\$147.88	\$201.50	\$298.81	\$418.31	\$621.69
Cónyuge	\$12,500	\$4.30	\$5.19	\$6.55	\$8.23	\$10.51	\$13.75	\$18.32	\$26.34	\$40.20	\$59.17
	\$25,000	\$8.60	\$10.39	\$13.09	\$16.47	\$21.01	\$27.50	\$36.65	\$52.69	\$80.40	\$118.33
	\$37,500	\$12.91	\$15.58	\$19.64	\$24.70	\$31.52	\$41.25	\$54.97	\$79.03	\$120.59	\$177.50
	\$50,000	\$17.21	\$20.77	\$26.19	\$32.94	\$42.02	\$55.00	\$73.29	\$105.38	\$160.79	\$236.67

Vida permanente de un(a) hijo/a

Nivel de beneficio	Nivel de beneficio Tarifa
\$25,000	\$5.21