



THE BOARD OF PENSIONS
OF THE PRESBYTERIAN CHURCH (U.S.A.)

Aspectos destacados del plan médico 2027

Organización de proveedores exclusivos (EPO Select)

Provisión del plan/Servicio cubierto	El miembro paga
Deducible de la red (estándar)	\$4,000/miembro \$4,000/todos los demás miembros de la familia ¹
Deducible de la red (Llamado a salud)	\$3,250/miembro \$3,250/todos los demás miembros de la familia ¹
Compatibilidad con cuentas de gastos	FSA de atención médica
Cobertura médica después del deducible (coseguro)	El miembro paga el 30%
Beneficios fuera de la red	No
Atención preventiva ²	Cubierto 100%
Telemedicina Teladoc Health	\$10 de copago
Visita al consultorio principal	\$40 de copago
Visita de salud conductual	\$40 de copago ³
Visita al consultorio de un especialista	\$60 de copago
Visita de urgencia	Copago de \$60
Servicios básicos de diagnóstico (imágenes, laboratorio, radiografías, etc.)	\$80 de copago
Diagnósticos por imágenes avanzados (MRI, CAT, PET, etc.)	\$200 de copago
Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	\$60 de copago
Manipulaciones vertebrales	\$60 de copago
Audífonos (dispositivo, ajuste y reparación) (máximo del plan de \$2,000 cada 3 años)	El miembro paga el 30% después del deducible
Pacientes hospitalizados y ambulatorios	El miembro paga el 30% después del deducible
Sala de emergencias	\$250 de copago
Tratamiento de infertilidad (3 intentos/máximo de por vida)	El miembro paga el 30% después del deducible
Terapia ABA	\$60 de copago
Cirugías exclusivas	El miembro paga 0% después del deducible por los cargos permitidos de las instalaciones cuando estas cirugías exclusivas se realizan en un centro Blue Distinction Center de BCBS: cirugía bariátrica, cirugía de reemplazo de rodilla, cirugía de reemplazo de cadera, cirugía de columna y trasplantes. El beneficio de traslado también está disponible dependiendo de la distancia.



THE BOARD OF PENSIONS
OF THE PRESBYTERIAN CHURCH (U.S.A.)

Aspectos destacados del plan médico 2027

Medicamentos recetados

Provisión del plan/Servicio cubierto	El miembro paga
Medicamentos recetados preventivos genéricos al por menor (30/90)/correo (90)	\$6/\$18/\$15
Medicamentos recetados preventivos de marca del formulario al por menor (30/90)/correo (90)	\$30/\$90/\$75
Medicamentos genéricos al por menor (30/90)/correo (90)	\$10/\$30/\$25
Medicamentos de marca del formulario al por menor (30/90)	\$30/\$90
Medicamentos de marca del formulario por correo (90)	\$75
Medicamentos de marca fuera del formulario al por menor (30/90)	No cubierto
Medicamentos de marca fuera del formulario por correo (90)	No cubierto
Medicamentos especializados	Medicamentos genéricos al por menor (30/90)/correo (90): \$25/\$75/\$62.50 Medicamentos de marca del formulario al por menor (30/90)/correo (90): 25% del costo; \$200/\$600/\$500 máx. Medicamentos de marca fuera del formulario: no cubierto
MÁXIMOS ANUALES	
Máximo de bolsillo por coseguro médico	Parte del total de gastos máximos de bolsillo
Máximo de gastos de bolsillo con receta	Parte del total de gastos máximos de bolsillo
Total de gastos máximos de bolsillo	\$6,000/miembro ⁴ \$12,000/familia ⁴
Provisión del plan/Servicio cubierto	El miembro paga
Examen de la vista	\$25 de copago con un proveedor de VSP ⁵

Referencias

¹ Los miembros con cónyuges o hijos cubiertos deben pagar dos deducibles médicos, uno para ellos y otro para los miembros restantes de la familia combinados.

² La cobertura de los servicios preventivos excede la definición de ACA.

³ Hasta seis sesiones de terapia por año con un proveedor de Spring Health cubiertas totalmente (sin copago, deducible ni coseguro).

⁴ El total del máximo de gastos de bolsillo incluye deducibles, copagos y copagos de medicamentos recetados de la red (quedan excluidos determinados medicamentos especializados no esenciales y los medicamentos de marca fuera del formulario).

⁵ Las personas inscritas en EPO Select estarán inscritas automáticamente en el beneficio del examen de la vista VSP. El beneficio de examen de la vista no se considera parte de EPO Select.