



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

Aspectos destacados del plan médico 2027

Plan de salud con deducible alto (HDHP Select)

Provisión del plan/Servicio cubierto	El miembro paga
Deducible de la red (estándar)	\$5,000/solo miembros \$10,000/miembro + familia ¹
Deducible de la red (Llamado a salud)	\$4,300/solo miembros \$8,600/miembro + familia ¹
Compatibilidad con cuentas de gastos	Cuenta de ahorros para la salud (HSA)
Cobertura médica después del deducible (coseguro)	Cubierto 100%
Beneficios fuera de la red	No
Atención preventiva ²	Cubierto 100%
Telemedicina Teladoc Health	El miembro paga el 100% hasta alcanzar el monto deducible; una vez alcanzado, la cobertura es del 100% (límite máximo del plan en audífonos de \$2,000 cada 3 años)
Visita al consultorio principal	
Visita al consultorio de salud conductual ³	
Visita al consultorio de un especialista	
Visita de urgencia	
Servicios básicos de diagnóstico (imágenes, laboratorio, radiografías, etc.)	
Diagnósticos por imágenes avanzados (MRI, CAT, PET, etc.)	
Fisioterapia, terapia del habla y ocupacional	
Manipulaciones vertebrales	
Audífonos (dispositivo, ajuste y reparación)	
Pacientes hospitalizados y ambulatorios	
Sala de emergencias	
Tratamiento de infertilidad (3 intentos/máximo de por vida)	
Terapia ABA	
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 No sujeto al deducible del HDHP
Medicamentos recetados preventivos de marca del formulario al por menor (30/90)/correo (90)	\$30/\$90/\$75 No sujeto al deducible del HDHP
Medicamentos genéricos al por menor (30/90)/correo (90)	Después del deducible: \$10/\$30/\$25
Medicamentos de marca del formulario al por menor (30/90)	Después del deducible: \$30/\$90
Medicamentos de marca del formulario por correo (90)	Después del deducible: \$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): Después del deducible: \$25/\$75/\$62.50 Medicamentos de marca del formulario al por menor (30/90)/correo (90): Después del deducible: 25% del costo; \$200/\$600/\$500 máx. Medicamentos de marca fuera del formulario: no cubierto
MÁXIMOS ANUALES	
Máximo de gastos médicos de bolsillo del 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	\$7,500/miembro ⁴ \$15,000/familia ⁴

Beneficios del examen de la vista

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 todo el monto del deducible familiar.

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, coseguros de la red y copagos de medicamentos recetados.

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