

2027 TARIFAS POR NÓMINA

LAS TARIFAS SON POR PERÍODO DE PAGO,
BASADAS EN 24 NÓMINAS AL AÑO.



PLANES MÉDICOS

	HDHP (Plan de salud con deducible alto)	Memorial Herman ACO	Kelsey-Seybold	PPO (Choice POS II)
Solo empleado	\$45.50	\$67.50	\$77.50	\$147.50
Empleado + cónyuge	\$448.50	\$520.00	\$600.00	\$811.50
Empleado + hijos	\$210.50	\$251.00	\$264.00	\$458.50
Empleado + familia	\$445.00	\$513.50	\$618.00	\$973.50



PLANES DENTALES

	Plan DHMO	Plan PPO Inter.	Plan PPO Superior
Solo empleado	\$7.30	\$15.14	\$25.77
Empleado + cónyuge	\$13.68	\$28.36	\$52.30
Empleado + hijos	\$10.39	\$21.54	\$46.91
Empleado + familia	\$17.87	\$37.04	\$66.10



SEGURO DE VIDA Y AD&D VOLUNTARIO

Edad a 1 de enero del año del plan	<30	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+
Tarifa por empleado por cada \$10,000	\$0.30	\$0.35	\$0.40	\$0.45	\$0.65	\$0.90	\$1.30	\$2.00	\$2.95	\$4.65
Tarifa para \$10,000	\$0.20	\$0.25	\$0.30	\$0.35	\$0.55	\$0.80	\$1.20	\$1.90	\$2.85	\$4.55
cónyuges por \$20,000	\$0.40	\$0.50	\$0.60	\$0.70	\$1.10	\$1.60	\$2.40	\$3.80	\$5.70	\$9.10
por \$35,000	\$0.70	\$0.88	\$1.05	\$1.23	\$1.93	\$2.80	\$4.20	\$6.65	\$9.98	\$15.93
Vida de Hijo										
\$5,000	\$0.20									
\$10,000	\$0.40									



VIDA PERMANENTE (PERSONAS QUE NO FUMAN)

Edades	18-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70
Empleado - \$25,000 Beneficio	\$5.85	\$6.79	\$8.03	\$10.06	\$12.99	\$16.94	\$23.43	\$34.48	\$44.51	\$68.25
Cónyuge - \$12,500 Beneficio	\$3.26	\$3.79	\$4.48	\$5.61	\$7.20	\$9.23	\$12.38	\$17.41	\$25.63	\$38.94
Tarifa para hijos \$25,000	\$5.21									



ENFERMEDAD CRÍTICA

Tramo de edad*	<30	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
Tarifa por empleado por \$1,000	\$0.18	\$0.28	\$0.46	\$0.90	\$1.99	\$2.67	\$2.67
Tarifa para el cónyuge por \$1,000	\$0.18	\$0.28	\$0.46	\$0.90	\$1.99	\$2.67	\$2.67

*Su edad a 1 de enero del año del plan



PLANES DE VISIÓN

	Plan Básico	Plan Superior
Solo empleado	\$4.06	\$6.74
Empleado + 1	\$6.82	\$11.32
Empleado + familia	\$10.26	\$17.03



PLANES DE INCAPACIDAD

Período de espera	Tarifa
STD (Período de espera de 14 días)	\$0.263 por \$10 de beneficio cubierto
LTD (Período de espera de 90 días)	\$0.212 por \$100 de salario congelado



PLANES SAFETYNETS

Protección Contra el Robo de Identidad	\$7.97 por 3 beneficios
Plan Jurídico Familiar	
Asistencia en Carretera	



PLAN ACCIDENTAL

Solo empleado	\$4.55
Empleado + cónyuge	\$7.75
Empleado + hijos	\$8.13
Empleado + familia	\$11.33



INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Solo empleado	\$9.26
Empleado + cónyuge	\$16.26
Empleado + hijos	\$14.51
Empleado + familia	\$21.51



TRANSPORTE DE EMERGENCIA

	Complete Plus	Global Plus
Empleado + familia	\$7.00	\$10.00



TABLA COMPARATIVA DE PLANES MÉDICOS



¡Nuevos Cambios!

¡Plan Nuevo!

	HDHP (Plan de salud con deducible alto)	Memorial Hermann ACO	Kelsey-Seybold	PPO (Choice POS II)
Plan Limits				
Deducible anual dentro de la red	Individual: \$5,350 Familia: \$10,600	Individual: \$1,950 Familia: \$3,775	Individual: \$1,950 Familia: \$3,775	Individual: \$5,000 Familia: \$8,000
Deducible anual fuera de la red	Individual: \$10,000 Familia: \$20,000	Individual: No Benefits Familia: No Benefits	Individual: No Benefits Familia: No Benefits	Individual: \$5,500 Familia: \$10,000
Máximo anual de gastos de bolsillo dentro de la red	Individual: \$5,350 Familia: \$10,600	Individual: \$4,700 Familia: \$9,200	Individual: \$4,700 Familia: \$9,200	Individual: \$8,000 Familia: \$14,000
Máximo anual de gastos de bolsillo fuera de la red ¹	Individual: \$10,000 Familia: \$20,000	Individual: No Benefits Familia: No Benefits	Individual: No Benefits Familia: No Benefits	Individual: \$11,000 Familia: \$22,000
Su costo por los servicios cubiertos dentro de la red				
Preventivos	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis
Consulta de atención primaria	0% tras el deducible	\$10 copago	\$10 copago	30% tras el deducible
Visita al especialista	0% tras el deducible	\$50 copago	\$50 copago	30% tras el deducible
Hospitalización	0% tras el deducible	20% tras el deducible	20% tras el deducible	30% tras el deducible
Atención ambulatoria	0% tras el deducible	20% tras el deducible	20% tras el deducible	30% tras el deducible
Atención ambulatoria - Centros independientes y quirúrgicos	0% tras el deducible	20% tras el deducible	20% tras el deducible	30% tras el deducible
Atención de urgencias ²	0% tras el deducible	\$500 copago; no se aplica si es ingreso	\$500 copago; no se aplica si es ingreso	50% tras \$750 copago; tras el deducible; no se aplica si es ingreso
Centro de urgencias ²	0% tras el deducible	\$75 copago	\$75 copago	30% tras el deducible
Análisis y radiografías	0% tras el deducible	20% tras el deducible	Cubierto a 100%	30% tras el deducible
Imágenes diagnósticas complejas	0% tras el deducible	20% tras el deducible	\$500 copago	30% tras el deducible
Maternidad - Parto	0% tras el deducible	20% tras el deducible	20% tras el deducible	30% tras el deducible
Salud mental y adicciones	0% tras el deducible	20% tras el deducible	20% tras el deducible	25% tras el deducible
Recetas				
Deducible anual por recetas deducibles		Genéricos: \$0 Marca: \$200	Genéricos: \$0 Marca: \$200	Genéricos: \$0 Marca: \$200
Medicamento con receta (suministro de 30 días)	Deducible compartido (atención médica y medicamentos)	Genéricos: \$20 Marca preferida: \$40 Marca no preferida: \$80	Genéricos: \$20 Marca preferida: \$40 Marca no preferida: \$80	Genéricos: \$20 Marca preferida: \$40 Marca no preferida: \$80
Medicamento con receta (90 días, precio de venta al público)	\$5,350 Individual \$10,600 Familia	Genéricos: \$40 Marca preferida: \$100 ³ Marca no preferida: \$200	Genéricos: \$40 Marca preferida: \$100 ³ Marca no preferida: \$200	Genéricos: \$40 Marca preferida: \$100 ³ Marca no preferida: \$200
Costo por período de pago (basado en 24 nóminas al año)				
Solo empleado	\$45.50	\$67.50	\$77.50	\$147.50
Empleado + cónyuge	\$448.50	\$520.00	\$600.00	\$811.50
Empleado + hijos	\$210.50	\$251.00	\$264.00	\$458.50
Empleado + familia	\$445.00	\$513.50	\$618.00	\$973.50

¹ Si recurre a proveedores fuera de la red (OON), es posible que deba hacerse cargo de los gastos facturados por el saldo restante, además de los importes indicados anteriormente. Los gastos facturados por el saldo restante no están sujetos a los límites máximos del plan indicados anteriormente.

² No se cubren las situaciones que no sean de urgencia.

³ Se debe alcanzar un deducible de \$200 en medicamentos de marca antes de que se apliquen los copagos.