

# PLANES INDIVIDUALES 2025 HEALTHY PREMIER & U HEALTH PLUS

	HEALTHY PREMIER GOLD COPAY	U HEALTH PLUS GOLD	HEALTHY PREMIER GOLD STANDARD	U HEALTH PLUS GOLD STANDARD	HEALTHY PREMIER SILVER ELECT COPAY (OFF)	HEALTHY PREMIER SILVER COPAY	U HEALTH PLUS SILVER	HEALTHY PREMIER SILVER STANDARD	U HEALTH PLUS SILVER STANDARD	U HEALTH PLUS BRONZE	HEALTHY PREMIER EXPANDED BRONZE STANDARD	U HEALTH PLUS EXPANDED BRONZE STANDARD	HEALTHY PREMIER BRONZE HSA
<b>CARACTERÍSTICAS</b>													
Deducible Anual (individuo/familia)*	\$1,500/\$3,000	\$1,500/\$3,000	\$1,500/\$3,000	\$1,500/\$3,000	\$4,500/\$9,000	\$3,000/\$6,000	\$4,000/\$8,000	\$5,000/\$10,000	\$5,000/\$10,000	\$9,000/\$18,000	\$7,500/\$15,000	\$7,500/\$15,000	\$8,300/\$16,600
Deducible de medicamentos recetados (individuo/familia)*	\$500/\$1,000	\$500/\$1,000	Incluido en Med	Incluido en Med	Incluido en Med	\$1,000/\$2,000	\$2,500/\$5,000	Incluido en Med	Incluido en Med	\$4,500/\$9,000	Incluido en Med	Incluido en Med	Incluido en Med
Gastos de Bolsillo Máximos Anuales (individuo/familia)	\$7,000/\$14,000	\$7,000/\$14,000	\$7,800/\$15,600	\$7,800/\$15,600	\$8,500/\$17,000	\$7,000/\$14,000	\$7,000/\$14,000	\$8,000/\$16,000	\$8,000/\$16,000	\$9,200/\$18,400	\$9,200/\$18,400	\$9,200/\$18,400	\$8,300/\$16,600
<b>BENEFICIOS</b>													
<b>Cuidados de Emergencia y Urgencia</b>													
Sala de Emergencias	Copago de \$200/visita AD	\$250 copago AD	25% Co AD	25% Co AD	\$500 copago AD	\$500 copago AD	\$500 copago AD	40% Co AD	40% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	0% Co AD
Cuidado de Urgencia	Copago de \$25/visita DW	\$0 copago DW	\$45 copago DW	\$45 copago DW	\$30 copago DW	\$30 copago DW	\$0 copago DW	\$60 copago DW	\$60 copago DW	\$0 copago DW	\$75 copago DW	\$75 copago DW	0% Co AD
<b>Visitas al Consultorio</b>													
Cuidado Preventivo Exámenes de Detección/ Vacunas/Chequeos de Bienestar para Niños Sanos/ Planificación Familiar	Sin Cargo												
Atención Primaria	Copago de \$25/visita DW	\$0 copago DW	\$30 copago DW	\$30 copago DW	\$30 copago DW	\$30 copago DW	\$0 copago DW	\$40 copago DW	\$40 copago DW	\$0 copago DW	\$50 copago DW	\$50 copago DW	0% Co AD
Servicios de Salud Mental/Abuso de Sustancias	Copago de \$25/visita DW	\$0 copago DW	\$30 copago DW	\$30 copago DW	\$30 copago DW	\$30 copago DW	\$0 copago DW	\$40 copago DW	\$40 copago DW	\$0 copago DW	\$50 copago DW	\$50 copago DW	0% Co AD
Cuidados Especializados	Copago de \$40/visita DW	\$50 copago DW	\$60 copago DW	\$60 copago DW	\$75 copago DW	\$75 copago DW	\$80 copago DW	\$80 copago DW	\$80 copago DW	\$80 copago AD	\$100 copago DW	\$100 copago DW	0% Co AD
Cuidados de otros Profesionales Médicos	Copago de \$40/visita DW	\$50 copago DW	\$60 copago DW	\$60 copago DW	\$75 copago DW	\$75 copago DW	\$80 copago DW	\$80 copago DW	\$80 copago DW	\$80 copago AD	\$100 copago DW	\$100 copago DW	0% Co AD
Cuidados de Habilitación (se aplica un límite de 20 consultas a TF/TO/TL combinado)	20% Co AD	20% Co AD	\$30 copago DW	\$30 copago DW	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	\$40 copago DW	\$40 copago DW	50% Co AD	\$50 copago DW	\$50 copago DW	0% Co AD
Cuidados de Rehabilitación (se aplica un límite de 20 consultas a TF/TO/TL combinado)	20% Co AD	20% Co AD	\$30 copago DW	\$30 copago DW	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	\$40 copago DW	\$40 copago DW	50% Co AD	\$50 copago DW	\$50 copago DW	0% Co AD
<b>Servicios de Visión</b>													
Examen Anual de Visión de Rutina para Adultos	Sin Cargo en los 3 Excepto el Examen de Visión Pediátrica o los lentes Correctivos Pediátricos - Healthy Premier Bronze HSA es 0% Co AD												
Examen de Visión Pediátrica													
Lentes Correctivas Pediátricas													
<b>Otros Beneficios</b>													
Prótesis	20% Co AD												
Adopción	Reembolso de hasta \$4,000 por gastos de adopción cubiertos después de haber alcanzado el deducible. Debe realizarse dentro de los 90 días del nacimiento.												

# PLANES INDIVIDUALES 2025 **HEALTHY PREMIER & U HEALTH PLUS**

	HEALTHY PREMIER GOLD COPAY	U HEALTH PLUS GOLD	HEALTHY PREMIER GOLD STANDARD	U HEALTH PLUS GOLD STANDARD	HEALTHY PREMIER SILVER ELECT COPAY (OFF)	HEALTHY PREMIER SILVER COPAY	U HEALTH PLUS SILVER	HEALTHY PREMIER SILVER STANDARD	U HEALTH PLUS SILVER STANDARD	U HEALTH PLUS BRONZE	HEALTHY PREMIER EXPANDED BRONZE STANDARD	U HEALTH PLUS EXPANDED BRONZE STANDARD	HEALTHY PREMIER BRONZE HSA
<b>Medicamentos Recetados</b>													
Medicamentos genéricos del formulario (Nivel 1)	\$15 copago DW	\$15 copago DW	\$15 copago DW	\$15 copago DW	\$25 copago DW	\$25 copago DW	\$25 copago DW	\$20 copago DW	\$20 copago DW	\$30 copago DW	\$25 copago DW	\$25 copago DW	0% Co AD
Medicamentos de marca preferida del formulario (Nivel 2)	\$30 copago DW	\$30 copago DW	\$30 copago DW	\$30 copago DW	\$40 copago DW	\$40 copago DW	\$40 copago DW	\$40 copago DW	\$40 copago DW	\$50 copago DW	\$50 copago AD	\$50 copago AD	0% Co AD
Medicamentos de marca no preferida del formulario (Nivel 3)	45% Co AD	45% Co AD	\$60 copago DW	\$60 copago DW	45% Co AD	45% Co AD	45% Co AD	\$80 copago AD	\$80 copago AD	45% Co AD	\$100 copago AD	\$100 copago AD	0% Co AD
Medicamentos especializados (Nivel 4)	50% Co AD	50% Co AD	\$250 copago DW	\$250 copago DW	50% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	\$350 copago AD	\$350 copago AD	50% Co AD	\$500 copago AD	\$500 copago AD	0% Co AD
Medicamentos especializados no preferidos (Nivel 5)	60% Co AD	60% Co AD	60% Co AD	60% Co AD	60% Co AD	60% Co AD	60% Co AD	60% Co AD	60% Co AD	60% Co AD	60% Co AD	60% Co AD	0% Co AD
<b>Servicios Hospitalarios / Centros de Salud para Pacientes Ambulatorios</b>													
Servicios de Laboratorio	20% Co AD	20% Co AD	25% Co AD	25% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	0% Co AD
Servicios de Radiología	20% Co AD	20% Co AD	25% Co AD	25% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	0% Co AD
Servicios de Escaneo Especializados (CT, MRI, Escaneos PET)	20% Co AD	20% Co AD	25% Co AD	25% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	0% Co AD
Servicios Médicos/Quirúrgicos	20% Co AD	20% Co AD	25% Co AD	25% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	0% Co AD
<b>Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados</b>													
Médico/Quirúrgico, Cuidados de Maternidad, Salud Mental, Abuso de Sustancias, Cuidados de Enfermería Especializada**	20% Co AD	20% Co AD	25% Co AD	25% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	0% Co AD
Cuidados de Hospicio	20% Co AD	20% Co AD	25% Co AD	25% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	0% Co AD
<b>Asistencia de Transporte</b>													
Transporte de Emergencia - Ambulancia Terrestre (Solo Emergencias)	Copago de \$250/viaje AD	Copago de \$250/viaje AD	25% Co AD	25% Co AD	Copago de \$250/viaje AD	Copago de \$250/viaje AD	Copago de \$250/viaje AD	40% Co AD	40% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	0% Co AD
Transporte de Emergencia - Ambulancia Aérea (Solo Emergencias)	20% Co AD	20% Co AD	25% Co AD	25% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	40% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	50% Co AD	0% Co AD
<b>BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS</b>													
MD (médico) en VIVO - Telemedicina 24/7	Sin Cargo (Excepto que Healthy Premier Bronze HSA es 0% Co AD)												
Línea de Enfermería disponible las 24 horas	Sin Cargo												
U Cuidado de bebé - Cuidado Prenatal y Postnatal													
Consejería sobre tabaco, Programa para Dejar de Fumar													

AD= después del deducible, Co= coseguro, Co AD= coseguro después del deducible, DW= exención del deducible

\*Los deducibles y los deducible de medicamentos recetados están incluidos en el gasto máximo de bolsillo

\*\*Centro de enfermería especializado para pacientes hospitalizados/rehabilitación aguda (limitado a 30 días por año)

Los Beneficios Destacados de 2025 están destinados a ser un resumen de los beneficios de cobertura que enumera algunas características de nuestro plan y no enumera ni describe todos los beneficios cubiertos por un producto específico o cada limitación o exclusión. Por favor, consulte cada plan SBC para más detalles. Rev. 8/2024