Westminster Public Schools

Hoja de Comparación de los Planes de Seguro (a partir de enero 1, 2026 - diciembre 31, 2026)

La siguiente tabla resume las características clave de los planes médicos. Los importes de coseguranza enumerados reflejan la cantidad que paga el plan. Consulte el documento oficial del plan para obtener información adicional sobre cobertura y exclusiones. Los cambios en los beneficios se muestran en letra **NEGRITA**.

Resumen de Beneficios Cubiertos	Kaiser DHMO 500	Kaiser 220 High HMO	Kaiser ACDC Coinsurance POS		
	Solo Dentro de la Red	Solo Dentro de la Red	Proveedor del Plan	Proveedor Participante	Proveedor No-Participante
Deducible Anual					
Individual	$1,000	Ninguno	$1,000	$2,000	$3,500
Familiar	$3,000	Ninguno	$2,000	$4,000	$10,500
Máximo Fuera de Bolsillo	Incluye ded., coaseguranza, y todo copago	Incluye todo copago	Incluye ded., coaseguranza, y todo copago		
Individual	$3,500	$4,000	$3,000	$4,000	$8,000
Familiar	$7,000	$8,000	$6,000	$8,000	$24,000
Máximo de por Vida	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado		
Coaseguranza	90%	N/A	90%	80%	60%
Servicios médicos					
Médico de Atención Primaria	Copago* de $30	Copago de $25	Copago* de $35	Copago* de $50	Ded., 60%
Especialista	Copago* de $45	Copago de $40	Copago* de $50	Copago* de $65	Ded., 60%
Cuidado Preventivo					
Niño/Adulto	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Ded., 60%
Cuidado de Urgencia (Kaiser despues de hor					
Cuidado Despues de Horas	Copago de $45	Copago de $75	Copago de $50		
Servicios Hospitalarios					
Hospitalización	Ded., 90%	Copago de $1,000	Ded., 90%	Ded., 80%	Ded., 60%
Cirugía Ambulatoria / Hospital	Copago de $500 / Ded., 90%	Copago de $500 / $1,000	Copago de $500 / Ded., 90%	Ded., 80%	Ded., 60%
Sala de Emergencia	Ded., 90%	Copago de $500	Ded., 90%		
Laboratorio/Rayos X					
Laboratorio Diagnóstico	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Ded., 80%	Ded., 60%
Rayos X Diagnóstico	Ded., 90%	Cubierto al 100%	Ded., 90%	Ded., 80%	Ded., 60%
Alta Tecnología (tomografía computarizada de r	Ded., 90%	Copago de $250 por examen	Ded., 90%	Ded., 80%	Ded., 60%
Prescripciones					
Genérica	Copago de $25	Copago de $15	Copago de $25	Copago de $30	50%
Marca	Copago de $50	Copago de $40	Copago de $40	Copago de $45	50%
Marca No-Preferida	Copago de$70	Copago de $60	50%	50%	50%
Especilaizada	20% hasta $250	20% hasta $250	20% hasta $250	20% hasta $250	50%
Por Correo	2x copago al por menor	2x copago al por menor	2x al por menor	2x copago al por menor	N/A
Terapias					
Límites de Terapias	20 visitas por terapia por año	20 visitas por terapia por año	20 visitas por terapia por año		
Terapia del Habla Ocupacional, y Fisioterapia	Copago de $30	Copago de $25	Copago de $35	Copago de $50	Ded., 60%
Límites Quiroprácticos	20 visitas por año	20 visitas por año	20 visitas por año		No cubierto
Cuidado Quiropráctico	Copago de $30	Copago de $25	Copago de $35	Copago de $35	No cubierto
Visión					
Examen de Refracción	Copago de $30	Copago de $25	Copago de $35*	Copago de $50*	Ded., 60%
Anteojos/Lentes de Contacto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Empleado	$0.00	$86.98	$157.39		
Empleado y Cónyuge	$273.69	$447.64	$642.23		
Empleado e Hijo(s)	$95.73	$247.93	$418.20		
Familia	$899.60	$1,168.35	$1,469.00		

NOTA: Este resumen es solo para fines ilustrativos. Cualquier discrepancia entre este resumen y los documentos del plan, prevalecerán los documentos del plan.

*Coseguranza para los servicios cubiertos recibidos durante una visita