



Wespath

BENEFITS | INVESTMENTS



HealthFlex: comparaciones de planes de 2025

Índice

Opciones: planes médicos, de farmacia y salud conductual 2

 Contribuciones a la cuenta de salud . . . 3

 Comparación de los beneficios del plan médico dentro de la red 3

 Comparación de los beneficios del plan médico fuera de la red 6

 Comparación de beneficios del plan de farmacia. 7

Opciones: dental 8

Opciones: visión 9

Cuentas de salud 11

Términos/acrónimos que debe conocer

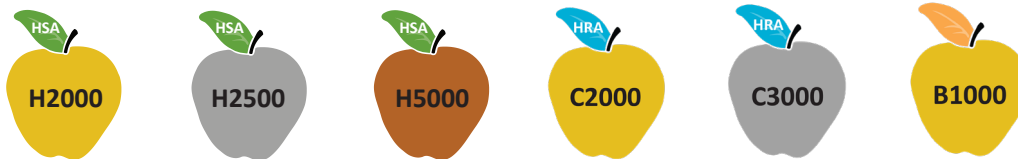
| TÉRMINO | DEFINICIÓN |
|--|--|
| Coseguro | Porcentaje de gastos de atención médica pagados por el plan individual y/o HealthFlex |
| Copago | Monto fijo en dólares que la persona paga por gastos de atención médica |
| Crédito | Crédito de la prima: monto que el patrocinador de su plan le da para sus primas de HealthFlex |
| Deducible | Monto que la persona paga en su totalidad antes de que comience el coseguro del plan (no incluye copagos) |
| FSA | Cuenta de gastos flexibles (dos tipos: atención médica y atención de dependientes) |
| Formulario | Esta lista de medicamentos recetados le permite ver qué medicamentos y alternativas están cubiertos por HealthFlex |
| HMO | Organización para el mantenimiento de la salud |
| HRA | Cuenta de reembolso para gastos médicos |
| HSA | Cuenta de ahorros para gastos médicos |
| Máximo de gastos de bolsillo (Out-of-Pocket, OOP) | Monto máximo que la persona paga por los gastos médicos, de farmacia y de salud conductual cubiertos |
| PPO | Organización de proveedores preferidos |
| Prima | Su pago mensual (o anual) del plan de salud para inscribirse en un plan |

OPCIONES: PLANES MÉDICOS, DE FARMACIA Y SALUD CONDUCTUAL

Esta comparación destaca las diferencias y similitudes clave entre los diversos planes. Consulte el *folleto de beneficios de HealthFlex* para obtener más detalles.

Para todos los planes:

- Se aplica la misma red de proveedores (médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica) y el mismo listado de medicamentos recetados (Rx).
- Todos los servicios preventivos y de bienestar están cubiertos al 100 % y no se requiere un deducible.
- El máximo de gastos de bolsillo incluye el deducible, los copagos y el coseguro de servicios médicos, de salud conductual y de farmacia. El máximo de gastos de bolsillo no incluye el pago de servicios dentales y de la visión.
- Los servicios para pacientes hospitalizados y los servicios/procedimientos para pacientes ambulatorios (que no sean visitas al consultorio en el B1000) requieren que primero se pague el deducible para que luego el plan pague el coseguro asociado.



También existen diferencias importantes en la forma en que cada tipo de plan cubre algunos servicios. Estas diferencias pueden informar su selección de plan:

| Característica del plan | Planes HSA (H2000, H2500, H5000) Dentro de la red | Planes HRA (C2000, C3000) Dentro de la red | B1000 Dentro de la red |
|--|--|---|--|
| Deducible | H2000 and H2500: Si algún dependiente está cubierto, se aplica el deducible familiar completo. H5000: Deducible separado para cobertura individual en comparación a la familiar. | Deducible separado para cobertura individual en comparación a la familiar | |
| Visitas al consultorio, atención de urgencia, sala de emergencias | Se debe alcanzar el deducible; luego el coseguro. | | Copagos; no es necesario alcanzar el deducible. |
| Visitas de salud conductual | Se debe alcanzar el deducible; luego el coseguro. | Los copagos o coseguros no necesitan alcanzar el deducible. | |
| Medicamentos recetados (Rx) | Se debe alcanzar el deducible, a menos que esté en la lista de medicamentos preventivos; luego, el copago/coseguro. | Los copagos o coseguros no necesitan alcanzar el deducible. | |
| Cuentas de salud | Incluye una cuenta de ahorro para gastos médicos (Health Savings Account, HSA) ¹ ; elegible para una cuenta de gastos flexibles (Flexible Spending Account, FSA) para atención médica de uso limitado. ² | Incluye un plan HRA; elegible para una cuenta de gastos flexibles (FSA) para atención médica de uso completo. | Elegible para una cuenta de gastos flexibles (FSA) para atención médica de uso completo. |



El participante paga el deducible, los copagos y el límite anual de gastos de bolsillo. Todos los demás “beneficios” son los montos o porcentajes que el plan (HealthFlex) paga por un servicio. Si no realizó el control de salud durante el período de incentivo 2024, su deducible aumentará en 250 USD (cobertura individual) o 500 USD (cobertura familiar); consulte los detalles del *deducible estándar* en la página 3 (nota al pie). Los hogares con cobertura en el plan H5000 en 2025 que no completen el control de salud en 2024 verán que su deducible y su máximo de gastos de bolsillo individual aumentarán, por lo que el deducible y el máximo de gastos bolsillo tendrán el mismo importe.

¹ H5000 no tiene una financiación del patrocinador del plan para la HSA a menos que exista un exceso de crédito en la prima.

² Limitado a los gastos dentales y de la visión solo hasta que el participante notifique a HealthEquity que se alcanzó el deducible definido por el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS); luego para todos los gastos de atención médica elegibles (deducible definido por el IRS de 2025: 1650 USD por cobertura individual/3300 USD por cobertura familiar). Visite www.irs.gov para consultar los límites actualizados.

Contribuciones a la cuenta de salud

Cuentas aplicables de HRA y HSA e **incluyeron** contribuciones del empleador.

| Tipo de cuenta de salud y contribuciones del empleador | H2000 con HSA | H2500 con HSA | H5000 con HSA | C2000 con HRA | C3000 con HRA | B1000 |
|--|--|--|--|---|---------------------|-------------------|
| HRA individual/familiar  | No corresponde | | | 1000 USD/ 2000 USD | 250 USD/ 500 USD | No corresponde |
| HSA individual/familiar  | <ul style="list-style-type: none"> 1000 USD/2000 USD Contribución personal permitida | <ul style="list-style-type: none"> 250 USD/500 USD Contribución personal permitida | <ul style="list-style-type: none"> 0 USD/0 USD Contribución personal permitida | Contribuciones personales no permitidas | | |

Comparación de los beneficios del plan médico dentro de la red

| Característica del plan | H2000 con HSA | H2500 con HSA | H5000 con HSA | C2000 con HRA | C3000 con HRA | B1000 |
|---|--|--|--|---|--|--|
| Máximo de beneficios de por vida | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| Deducible anual dentro de la red ¹ (El participante paga) | <ul style="list-style-type: none"> 2000 USD por persona 4000 USD por familia | <ul style="list-style-type: none"> 2500 USD por persona 5000 USD por familia | <ul style="list-style-type: none"> 5000 USD por persona 10 000 USD por familia | <ul style="list-style-type: none"> 2000 USD por persona 4000 USD por familia | <ul style="list-style-type: none"> 3000 USD por persona 6000 USD por familia | <ul style="list-style-type: none"> 1000 USD por persona 2000 USD por familia |
| | No se aplica un deducible individual si más de 1 persona tiene cobertura. | | | El deducible se aplica a los servicios médicos y de salud conductual a menos que se indique lo contrario a continuación | | |
| | El deducible se aplica a los servicios médicos, de salud conductual y de farmacia | | | | | |
| Coseguro dentro de la red | | | | | | |
| • El plan paga | • 80 % después del deducible | • 70 % después del deducible | • 100 % después del deducible | • 80 % después del deducible | • 50 % después del deducible | • 80 % después del deducible |
| • El participante paga | • 20 % después del deducible | • 30 % después del deducible | • 0 % después del deducible | • 20 % después del deducible | • 50 % después del deducible | • 20 % después del deducible |
| Máximo de gastos de bolsillo (OOP) anual dentro de la red: costos médicos, de salud conductual y de farmacia combinados (El participante paga) | <ul style="list-style-type: none"> 5000 USD por persona 10 000 USD por familia | <ul style="list-style-type: none"> 5000 USD por persona 10 000 USD por familia | <ul style="list-style-type: none"> 5000 USD por persona 10 000 USD por familia | <ul style="list-style-type: none"> 5000 USD por persona 10 000 USD por familia | <ul style="list-style-type: none"> 5000 USD por persona 10 000 USD por familia | <ul style="list-style-type: none"> 5000 USD por persona 10 000 USD por familia |
| | Incluye deducible anual, coseguro y cualquier copago ² | | | | | |

¹ **Deducible estándar:** Supone que el participante y el cónyuge cubierto cumplieron con el requisito de incentivo de control de salud en 2024. Si no lo hicieron, su deducible aumentará en 250 USD para la cobertura individual o 500 USD para la cobertura familiar. Los hogares con cobertura en el plan H5000 en 2025 que no completen el control de salud en 2024 verán que su deducible y su máximo de gastos de bolsillo individual aumentarán, por lo que el deducible y el máximo de gastos bolsillo tendrán el mismo importe.

² Los copagos no se aplican al deducible.

Comparación de los beneficios del plan médico dentro de la red

| Servicios | H2000 con HSA | H2500 con HSA | H5000 con HSA | C2000 con HRA | C3000 con HRA | B1000 |
|--|--|--|---|--|--|--|
| Atención preventiva • Beneficios para la persona sana | El plan paga el 100 %. | El plan paga el 100 %. | El plan paga el 100 %. | El plan paga el 100 %. | El plan paga el 100 %. | El plan paga el 100 %. |
| Visita al consultorio del médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) • Médicos internistas • Médicos generales • Médicos de familia • Obstetras • Ginecólogos • Pediatras | Después del deducible, el plan paga el 80 %. | Después del deducible, el plan paga el 70 %. | Después del deducible, el plan paga el 100 %. | Después del deducible, el plan paga el 80 %. | Después del deducible, el plan paga el 50 %. | 30 USD de copago, luego el plan paga el 100 %. |
| Telesalud MDLIVE (atención de urgencia/ aguda) | Después del deducible, el plan paga el 80 %. | Después del deducible, el plan paga el 70 %. | Después del deducible, el plan paga el 100 %. | Después del deducible, el plan paga el 80 %. | Después del deducible, el plan paga el 50 %. | 15 USD de copago, luego el plan paga el 100 %. |
| Visitas al consultorio de salud conductual y de telesalud, incluido MDLIVE • Psiquiatra • Psicólogo • Otros profesionales de salud mental | Después del deducible, el plan paga el 80 %. | Después del deducible, el plan paga el 70 %. | Después del deducible, el plan paga el 100 %. | El plan paga el 80 %; no es necesario alcanzar el deducible. | El plan paga el 50 %; no es necesario alcanzar el deducible. | 15 USD de copago, luego el plan paga el 100 %. |
| El nivel de beneficios dentro de la red se aplica incluso si el proveedor no está dentro de la red. | | | | | | |
| Terapias para pacientes ambulatorios • Fisioterapia • Terapia ocupacional • Terapia del habla • Visita al nutricionista • Visita al quiropráctico La cobertura para servicios quiroprácticos tiene límites de visitas por año calendario. | Después del deducible, el plan paga el 80 %. | Después del deducible, el plan paga el 70 %. | Después del deducible, el plan paga el 100 %. | Después del deducible, el plan paga el 80 %. | Después del deducible, el plan paga el 50 %. | 30 USD de copago, luego el plan paga el 100 %. |
| Visitas al consultorio del especialista | Después del deducible, el plan paga el 80 %. | Después del deducible, el plan paga el 70 %. | Después del deducible, el plan paga el 100 %. | Después del deducible, el plan paga el 80 %. | Después del deducible, el plan paga el 50 %. | 50 USD de copago, luego el plan paga el 100 %. |
| Servicios para pacientes ambulatorios • Cirugía ambulatoria • Atención para pacientes ambulatorios y servicios de diagnóstico para pacientes ambulatorios en un hospital • Laboratorio independiente y centro de radiografías Incluye servicios intensivos de salud conductual para pacientes ambulatorios y residenciales. | Después del deducible, el plan paga el 80 %. | Después del deducible, el plan paga el 70 %. | Después del deducible, el plan paga el 100 %. | Después del deducible, el plan paga el 80 %. | Después del deducible, el plan paga el 50 %. | Después del deducible, el plan paga el 80 %. |
| Atención hospitalaria para pacientes internados (incluye salud conductual) Se requiere notificación previa; verifíquelo con el médico. | Después del deducible, el plan paga el 80 %. | Después del deducible, el plan paga el 70 %. | Después del deducible, el plan paga el 100 %. | Después del deducible, el plan paga el 80 %. | Después del deducible, el plan paga el 50 %. | Después del deducible, el plan paga el 80 %. |

Comparación de los beneficios del plan médico dentro de la red

| Servicios | H2000 con HSA | H2500 con HSA | H5000 con HSA | C2000 con HRA | C3000 con HRA | B1000 |
|--|---|---|--|---|---|--|
| <p>Atención de emergencia</p> <p><i>Si es ingresado, se requiere notificación dentro de las 48 horas.</i></p> <p>Incluye emergencias de salud conductual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultorio del médico • Sala de emergencias del hospital • Centro para pacientes ambulatorios u otro centro de atención de urgencia • Ambulancia (debe ser una verdadera emergencia según se define en el plan) | Después del deducible, el plan paga el 80 %. | Después del deducible, el plan paga el 70 %. | Después del deducible, el plan paga el 100 %. | Después del deducible, el plan paga el 80 %. | Después del deducible, el plan paga el 50 %. | <ul style="list-style-type: none"> • 30 USD de copago¹ por visita al PCP o 50 USD de copago por visita al especialista, luego el plan paga el 100 %. • 200 USD de copago,^{1,2} luego el plan paga el 100 %. • 100 USD de copago,^{1,2} luego el plan paga el 100 %. • Después del deducible, el plan paga el 80 %. |
| <p>Cargos por atención médica/cuidado de maternidad</p> <p><i>Se requiere notificación previa (verifíquelo con el médico).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención prenatal (excepto ecografías) • Ecografías y cargos médicos elegibles posteriores (incluyen el parto y las visitas posnatales) | <ul style="list-style-type: none"> • El plan paga el 100 %. • Después del deducible, el plan paga el 80 %. | <ul style="list-style-type: none"> • El plan paga el 100 %. • Después del deducible, el plan paga el 70 %. | <ul style="list-style-type: none"> • El plan paga el 100 %. • Después del deducible, el plan paga el 100 %. | <ul style="list-style-type: none"> • El plan paga el 100 %. • Después del deducible, el plan paga el 80 %. | <ul style="list-style-type: none"> • El plan paga el 100 %. • Después del deducible, el plan paga el 50 %. | <ul style="list-style-type: none"> • El plan paga el 100 %. • Después del deducible, el plan paga el 80 %. |
| <p>Servicios de rutina para pacientes hospitalizados de la sala de recién nacidos</p> | El plan paga el 80 % (sin deducible a menos que vuelva a ingresar). | El plan paga el 70 % (sin deducible a menos que vuelva a ingresar). | El plan paga el 100 % (sin deducible a menos que vuelva a ingresar). | El plan paga el 80 % (sin deducible a menos que vuelva a ingresar). | El plan paga el 50 % (sin deducible a menos que vuelva a ingresar). | El plan paga el 80 % (sin deducible a menos que vuelva a ingresar). |
| <p>Beneficios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen y evaluación de la audición • Audífonos | <ul style="list-style-type: none"> • Después del deducible, el plan paga el 80 %. • El plan paga el 50 % después del deducible, hasta 3000 USD cada 24 meses. | <ul style="list-style-type: none"> • Después del deducible, el plan paga el 70 %. • El plan paga el 50 % después del deducible, hasta 3000 USD cada 24 meses. | <ul style="list-style-type: none"> • Después del deducible, el plan paga el 100 %. • El plan paga el 50 % después del deducible, hasta 3000 USD cada 24 meses. | <ul style="list-style-type: none"> • Después del deducible, el plan paga el 80 %. • El plan paga el 50 % después del deducible, hasta 3000 USD cada 24 meses. | <ul style="list-style-type: none"> • Después del deducible, el plan paga el 50 %. • El plan paga el 50 % después del deducible, hasta 3000 USD cada 24 meses. | <ul style="list-style-type: none"> • 50 USD de copago, luego el plan paga el 100 %. • El plan paga el 50 % hasta 3000 USD cada 24 meses. No está sujeto al deducible. |

¹ Los copagos no se aplican al deducible.

² Estará exento si es admitido en el hospital.

Comparación de los beneficios del plan médico dentro de la red

| Servicios | H2000 con HSA | H2500 con HSA | H5000 con HSA | C2000 con HRA | C3000 con HRA | B1000 |
|--|--|--|---|---|---|---|
| Terapias alternativas <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de masajes • Acupuntura • Naprapatía <p>La cobertura para acupuntura y naprapatía tiene límites de visitas por año calendario.</p> | Después del deducible, el plan paga el 50 %. | Después del deducible, el plan paga el 50 %. | Después del deducible, el plan paga el 100 %. | El plan paga el 50 %. No está sujeto al deducible. | El plan paga el 50 %. No está sujeto al deducible. | El plan paga el 50 %. No está sujeto al deducible. |
| Servicios especiales <i>Se requiere notificación previa.</i> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de enfermería especializada (máximo de 120 días por año calendario) • Servicio de enfermería privado • Atención médica domiciliaria (máximo de 60 visitas por año calendario) • Centro de cuidados paliativos | Después del deducible, el plan paga el 80 %. | Después del deducible, el plan paga el 70 %. | Después del deducible, el plan paga el 100 %. | Después del deducible, el plan paga el 80 %. | Después del deducible, el plan paga el 50 %. | Después del deducible, el plan paga el 80 %. |

Comparación de beneficios del plan médico fuera de la red

Consulte el folleto de beneficios de HealthFlex para obtener más detalles sobre los beneficios fuera de la red.

| Característica del plan | H2000 con HSA | H2500 con HSA | H5000 con HSA | C2000 con HRA | C3000 con HRA | B1000 |
|---|--|--|---|--|--|--|
| Beneficios fuera de la red^{1, 2, 3} | Individual/ Familiar DEDUCIBLE: <ul style="list-style-type: none"> • 4000 USD/ 8000 USD MÁXIMO DE OOP: <ul style="list-style-type: none"> • 10 000 USD/ 20 000 USD Coseguro (el plan paga): 60 % | Individual/ Familiar DEDUCIBLE: <ul style="list-style-type: none"> • 5000 USD/ 10 000 USD MÁXIMO DE OOP: <ul style="list-style-type: none"> • 10 000 USD/ 20 000 USD Coseguro (el plan paga): 50 % | Individual/ Familiar DEDUCIBLE: <ul style="list-style-type: none"> • 10 000 USD/ 20 000 USD MÁXIMO DE OOP: <ul style="list-style-type: none"> • 10 000 USD/ 20 000 USD Coseguro (el plan paga): 100 % | Individual/ Familiar DEDUCIBLE: <ul style="list-style-type: none"> • 4000 USD/ 8000 USD MÁXIMO DE OOP: <ul style="list-style-type: none"> • 10 000 USD/ 20 000 USD Coseguro (el plan paga): 60 % | Individual/ Familiar DEDUCIBLE: <ul style="list-style-type: none"> • 6000 USD/ 12 000 USD MÁXIMO DE OOP: <ul style="list-style-type: none"> • 10 000 USD/ 20 000 USD Coseguro (el plan paga): 30 % | Individual/ Familiar DEDUCIBLE: <ul style="list-style-type: none"> • 2000 USD/ 4000 USD MÁXIMO DE OOP: <ul style="list-style-type: none"> • 10 000 USD/ 20 000 USD Coseguro (el plan paga): 60 % |

¹ **Deducible estándar:** Supone que el participante y el cónyuge cubierto cumplieron con el requisito de incentivo de control de salud en 2024. Si no lo hicieron, su deducible aumentará en 250 USD para la cobertura individual o 500 USD para la cobertura familiar. Los hogares con cobertura en el plan H5000 en 2025 que no completen el control de salud en 2024 verán que su deducible y su máximo de gastos de bolsillo individual aumentarán, por lo que el deducible y el máximo de gastos bolsillo tendrán el mismo importe.

² **Fuera de la red:** Todos y cada uno de los beneficios que se pagarán están sujetos a disposiciones razonables y habituales, lo que significa que los reembolsos se limitan a la asignación máxima en virtud del plan. Las personas cubiertas son responsables de los montos que cobran los proveedores fuera de la red que superen la asignación máxima. Las visitas al consultorio de salud conductual se pagan en un nivel dentro de la red para todos los planes.

³ **Beneficios fuera de la red:** Según lo exige la ley aplicable, se pueden aplicar reglas de participación en los costos dentro de la red para ciertos servicios fuera de la red, incluidos ciertos servicios de emergencia, servicios de ambulancia aérea y servicios de un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red. Esto significa que el monto que usted paga por estos servicios puede ser menor que el que se proporciona en este cuadro.

Comparación de beneficios del plan de farmacia

| Plan | H2000 con HSA | H2500 con HSA | H5000 con HSA | C2000 con HRA y C3000 con HRA | B1000 | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|--------------|---------|----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Deducible | <ul style="list-style-type: none"> 2000 USD por persona 4000 USD por familia | <ul style="list-style-type: none"> 2500 USD por persona 5000 USD por familia | <ul style="list-style-type: none"> 5000 USD por persona 10 000 USD por familia | Ninguna | Ninguna | | | | | | | |
| Combinado con el deducible médico/de salud del comportamiento ¹ | | | | | | | | | | | | |
| Máximo de gastos de bolsillo (OOP) anual: costos médicos, de salud conductual y de farmacia combinados | Dentro de la red <ul style="list-style-type: none"> 5000 USD por persona 10 000 USD por familia | Dentro de la red <ul style="list-style-type: none"> 5000 USD por persona 10 000 USD por familia | Dentro de la red <ul style="list-style-type: none"> 5000 USD por persona 10 000 USD por familia | Dentro de la red Con ambos planes médicos <ul style="list-style-type: none"> 5000 USD por persona 10 000 USD por familia | Dentro de la red <ul style="list-style-type: none"> 5000 USD por persona 10 000 USD por familia | | | | | | | |
| Montos mostrados: El participante paga | H2000 | | | H2500 | | H5000 | | C2000 y C3000 | | B1000 | | |
| | Los montos que figuran a continuación reflejan el costo después de alcanzar el deducible | | | | | | | | 30 días | 90 días | 30 días | 90 días |
| Copagos: Medicamentos genéricos | 10 USD ² | 25 USD ² | 10 USD ² | 25 USD ² | El participante paga el 0 % después de alcanzar el deducible. Los medicamentos preventivos no están sujetos a deducible y tienen los mismos copagos que otros planes de HealthFlex. | | | | 10 USD | 25 USD | 10 USD | 25 USD |
| Medicamentos de marca preferidos | 30 % ² | 30 % ² | 30 % ² | 30 % ² | | | | | 30 % | 30 % | 30 % | 30 % |
| • Mínimo | 30 USD ² | 75 USD ² | 30 USD ² | 75 USD ² | | | | | 30 USD | 75 USD | 30 USD | 75 USD |
| • Máximo | 65 USD ² | 165 USD ² | 65 USD ² | 165 USD ² | | | | | 65 USD | 165 USD | 65 USD | 165 USD |
| Medicamentos de marca no preferidos | 40 % ² | 40 % ² | 40 % ² | 40 % ² | | | | | 40 % | 40 % | 40 % | 40 % |
| • Mínimo | 50 USD ² | 125 USD ² | 50 USD ² | 125 USD ² | | | | | 50 USD | 125 USD | 50 USD | 125 USD |
| • Máximo | 120 USD ² | 300 USD ² | 120 USD ² | 300 USD ² | 120 USD | 300 USD | 120 USD | 300 USD | | | | |

¹ **Deducible estándar:** Supone que el participante y el cónyuge cubierto (si corresponde) cumplieron con el requisito de incentivo de control de salud en 2024. Si no se hace, el deducible aumentará en 250 USD para el deducible individual y 500 USD para el deducible familiar. Los hogares con cobertura familiar en el plan H5000 en 2025 que no completen el control de salud en 2024 verán que su deducible y su máximo de gastos de bolsillo individual aumentarán, por lo que el deducible y el máximo de gastos bolsillo tendrán el mismo importe.

² Se aplican copagos/coseguro después de alcanzar el deducible para la mayoría de los medicamentos. No es necesario alcanzar el deducible para los medicamentos de la lista de medicamentos preventivos de OptumRx.

Dos pólizas de HealthFlex relacionadas con los beneficios de farmacia afectan el monto que usted paga de su bolsillo por los medicamentos recetados.

- Reembolso en los puntos de ventas:** Hay determinados fabricantes de medicamentos que ofrecen reembolsos en la compra de sus medicamentos recetados. El precio del medicamento se ajustará cuando lo compre para reflejar este reembolso.
- Cupones de fabricantes de medicamentos especializados (comúnmente denominados “tarjetas de copago”):** Si utiliza un cupón que le proporcionó un fabricante de medicamentos recetados al momento de comprar medicamentos especializados en Optum Specialty Pharmacy, solo recibirá crédito para su deducible y el máximo de gastos de bolsillo por el monto que realmente paga de bolsillo cuando compra el medicamento. Usted no recibirá crédito por el monto del cupón porque no pagó ese monto.

Health Flex incluye una serie de programas de gestión de utilización de medicamentos para maximizar la seguridad y la rentabilidad. Estos incluyen los siguientes:

- Medicamentos genéricos obligatorios:** HealthFlex (plan) solo cubrirá el costo del medicamento genérico equivalente. Si un participante solicita un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico equivalente disponible, se le cobrará al participante el monto equivalente al copago de medicamento genérico aplicable (por ej., 10 USD en una farmacia minorista) más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico.
- Requisito de medicamentos de mantenimiento:** Conforme al plan, los participantes tienen permitido un total de tres surtidos de 30 días de un medicamento de mantenimiento en una farmacia minorista (un surtido original más dos resurtidos). Después de eso, el medicamento debe obtenerse a través de surtidos de 90 días en la farmacia de pedidos por correo de OptumRx o a través de una farmacia Walgreens. El plan no cubrirá surtidos adicionales de 30 días en farmacias minoristas; por lo que el participante pagará dichos surtidos al precio total, incluso si es una farmacia participante (dentro de la red).
- Programas de autorización previa y terapia escalonada:** Algunos medicamentos solo están cubiertos para afecciones médicas específicas o para una cantidad y duración específicas. OptumRx, en colaboración con su médico, determina la cobertura en función de las pautas clínicas. La autorización previa puede incluir lo siguiente: límites de cantidad, terapia escalonada o restricción de cobertura para ciertas poblaciones o afecciones.

Este resumen destaca algunas de las características de estos planes de beneficios. El resumen es solo para fines ilustrativos y está sujeto a cambios en cualquier momento. Los términos y condiciones de control del plan de beneficios se encuentran en los documentos del plan, las políticas y el folleto de beneficios de HealthFlex (en conjunto, los “Documentos”) que Wespah Benefits and Investments mantiene. Si existiera algún conflicto entre la información de este resumen y los términos de los Documentos, prevalecerán los términos de los Documentos.

OPCIONES: DENTAL

Esta comparación destaca las diferencias y similitudes clave entre los planes dentales ofrecidos a través de HealthFlex: **Passive PPO 2000**, **Dental PPO** y **Dental HMO**. Los beneficios dentales se proporcionan a través de Cigna.

La parte que debe pagar son los montos anuales de deducible y coseguro. Todos los demás beneficios que se muestran son los montos o porcentajes que el plan paga por un servicio. **Los planes Passive PPO 2000 y Dental PPO utilizan la red PPO Advantage de Cigna. Dental HMO utiliza la red Cigna Dental Care Access Plus. Para buscar proveedores dentro de la red, visite cigna.com.**

Nota: Solo los planes Dental PPO y Passive PPO 2000 incluyen las características de Cigna Dental Wellness PlusSM. Cuando usted o los miembros de su familia reciben atención preventiva en un año del plan, el máximo anual en dólares aumentará el siguiente año del plan, hasta que alcance el nivel especificado a continuación.

Consulte el folleto de beneficios de HealthFlex para obtener detalles adicionales del plan.

| BENEFICIOS DE LA RED | PASSIVE PPO 2000 | DENTAL PPO | | DENTAL HMO |
|---|---|---|---|--------------------------|
| | | Red PPO Advantage | Fuera de la red | |
| Máximo por año calendario (gastos de clase I, II y III) | Año 1: 2000 USD | Año 1: 2000 USD | Año 1: 1000 USD | Sin máximo de beneficios |
| | Año 2: 2150 USD ¹ | Año 2: 2150 USD ¹ | Año 2: 1150 USD ¹ | |
| | Año 3: 2300 USD ² | Año 3: 2300 USD ² | Año 3: 1300 USD ² | |
| | Año 4 en adelante: 2450 USD ³ | Año 4 en adelante: 2450 USD ³ | Año 4 en adelante: 1450 USD ³ | |
| Deducible anual • Individual • Familiar | • 50 USD por persona • 150 USD por familia | • 50 USD por persona • 150 USD por familia | • 50 USD por persona • 150 USD por familia | No hay deducible. |

Nota:

- Una “passive” PPO le permite beneficiarse de descuentos cuando recibe servicios de un proveedor de la red PPO Advantage, sin que sus beneficios se reduzcan si elige salir de la red.
- Todos los niveles de reembolso fuera de la red se basan en el percentil 90 de la asignación razonable y habitual.

| BENEFICIOS DE LA RED | PASSIVE PPO 2000 | DENTAL PPO | | DENTAL HMO (Muestra el costo del participante) |
|---|---|---|---|---|
| | | Red PPO Advantage | Fuera de la red ⁴ | |
| Clase I: atención preventiva y de diagnóstico Evaluación oral, limpiezas de rutina, radiografías, selladores | El plan paga el 100%. No está sujeto al deducible. | El plan paga el 100%. | El plan paga el 100%. | Evaluación bucal periódica/integral; profilaxis: 0 USD Sellador: 12 USD por diente Limpieza de rutina: Las dos primeras son gratis; limpiezas adicionales por 45 USD Radiografías panorámicas (cada 3 años) o aletas de mordida: 0 USD |
| Clase II: Restauraciones básicas Empastes, endodoncia, periodoncia, cirugía bucal, anestesia, reparación de puentes/coronas/dentaduras postizas | El plan paga el 80%. Está sujeto al deducible. | El plan paga el 90%. | El plan paga el 70%. | Empaste de cada amalgama, empaste compuesto para diente anterior: 0 USD Empaste compuesto para diente posterior: 47 USD – 115 USD Cirugía bucal: Extracciones 12 USD por diente; extracción del diente impactado: 46 USD – 125 USD por diente Anestesia: 190 USD por los primeros 30 minutos; 84 USD por cada 15 minutos adicionales Conducto radicular de los molares: 335 USD Limpieza de sarro periodontal/plano radicular: 42 USD – 83 USD por cuadrante |
| Clase III: Restauraciones importantes Coronas, dentaduras postizas e implantes | El plan paga el 50%. Está sujeto al deducible. | El plan paga el 60%. | El plan paga el 50%. | Corona: 88 USD – 150 USD, más 410 USD – 460 USD para materiales Dentaduras postizas parciales: 525 USD – 715 USD |
| Clase IV: ortodoncia | El plan paga el 50% hasta 2000 USD (hasta los 19 años). Está sujeto al máximo de por vida. | El plan paga el 50% hasta 2000 USD (hasta los 19 años). | El plan paga el 50% hasta 1000 USD (hasta los 19 años). | Ortodoncia infantil: 2040 USD Ortodoncia para adultos: 2376 USD |

¹ Aumento supeditado a la recepción de servicios preventivos en el Año 1 del plan.

² Aumento supeditado a la recepción de servicios preventivos en el Año 1 y 2 del plan.

³ Aumento supeditado a la recepción de servicios preventivos en el Año 1, 2 y 3 del plan.

⁴ Los beneficios para proveedores fuera de la red se basan en el percentil 90 de las asignaciones razonables y habituales.

OPCIONES: VISIÓN

Beneficios de la visión de VSP®

Esta comparación destaca las diferencias y similitudes clave entre los planes de visión ofrecidos a través de HealthFlex: **Examen básico, Servicio completo y Premier**. Los beneficios oftalmológicos se proporcionan a través de VSP.

Para usar su beneficio de VSP, inscríbese en **vsp.com**, revise la información de sus beneficios y busque un proveedor de atención oftalmológica que sea adecuado para usted. En su cita, dígalos que tiene VSP; no es necesaria una tarjeta de identificación, pero si desea una como referencia, puede imprimirla en **vsp.com**. No debe presentar formularios de reclamación a menos que consulte a un proveedor fuera de la red.

Red de proveedores de VSP: VSP Choice

| Beneficio | Examen básico | Servicio completo | Premier |
|--|------------------|---|--|
| Examen de WellVision <i>Descripción</i> <ul style="list-style-type: none"> Se enfoca en sus ojos y en su bienestar general Cada 12 meses | 20 USD de copago | 20 USD de copago | 20 USD de copago |
| Anteojos recetados | Sin cobertura | 20 USD de copago | 20 USD de copago (se aplica para el primer y segundo par de anteojos) |
| Detalles del marco | Sin cobertura | <ul style="list-style-type: none"> Incluye una asignación de 160 USD para una amplia selección de marcos 20 % de ahorro en cualquier monto que supere su asignación Cada 12 meses | <ul style="list-style-type: none"> Incluye una asignación de 200 USD para una amplia selección de marcos 20 % de ahorro en cualquier monto que supere su asignación Cada 12 meses |
| Detalles del cristal | Sin cobertura | <ul style="list-style-type: none"> Incluye cristales monofocales, bifocales con línea divisoria y trifocales con línea divisoria Incluye cristales de policarbonato para hijos dependientes Cada 12 meses | <ul style="list-style-type: none"> Incluye cristales monofocales, bifocales con línea divisoria y trifocales con línea divisoria Incluye cristales de policarbonato para hijos dependientes Cada 12 meses |
| Mejoras del cristal | Sin cobertura | <ul style="list-style-type: none"> Cristales progresivos estándar: 100 % Ahorros promedio del 25 % al 30 % en otras mejoras de cristales Cada 12 meses | <ul style="list-style-type: none"> Recubrimiento antirreflejo: Cobertura total después del copago de 25 USD Protección UV: 100 % Cristales progresivos estándar: 100 % Ahorros promedio del 40 % en otras mejoras de cristales Cada 12 meses |
| Lentes de contacto | Sin cobertura | <i>En lugar de anteojos</i> <ul style="list-style-type: none"> Incluye una asignación de 160 USD para exámenes de lentes de contactos (ajustes y evaluación) 15 % de descuento en exámenes de lentes de contacto hasta un máximo de 50 USD de copago Cada 12 meses | <i>Además de los anteojos</i> <ul style="list-style-type: none"> Incluye una asignación de 200 USD para el segundo par de anteojos o para el ajuste y la evaluación de lentes de contacto 15 % de descuento en exámenes de lentes de contacto hasta un máximo de 50 USD de copago Cada 12 meses |
| Cobertura adicional | N/C | Programa Diabetes Eyecare Plus: 20 USD | Programa Diabetes Eyecare Plus: 20 USD |

Beneficios de la visión de VSP




| Beneficio | Examen básico | Servicio completo | Premier |
|--|---|---|---|
| Cobertura fuera de la red | Sin cobertura | <ul style="list-style-type: none"> Hasta 45 USD por examen Hasta 70 USD por marco Hasta 30 USD por lentes monofocales Hasta 50 USD por lentes bifocales con línea divisoria Hasta 65 USD por lentes trifocales con línea divisoria Hasta 50 USD por lentes progresivos Hasta 105 USD por lentes de contactos | <ul style="list-style-type: none"> Hasta 45 USD por examen Hasta 70 USD por marco Hasta 30 USD por lentes monofocales Hasta 50 USD por lentes bifocales con línea divisoria Hasta 65 USD por lentes trifocales con línea divisoria Hasta 50 USD por lentes progresivos Hasta 105 USD por lentes de contactos |
| Ahorros adicionales | <ul style="list-style-type: none"> 20 % de ahorro en un par completo de anteojos recetados y anteojos de sol, incluidas las mejoras de cristales, de cualquier proveedor de VSP dentro de los 12 meses de haber tomado su examen WellVision 15 % de ahorro en un examen de lentes de contacto (ajuste y evaluación) | <ul style="list-style-type: none"> 20 USD adicionales para gastar en marcas de marcos destacadas. Para obtener más detalles, vaya a vsp.com/specialoffers 20 % de ahorro en pares de anteojos recetados y anteojos de sol adicionales, incluidas las mejoras de cristales, de cualquier proveedor de VSP dentro de los 12 meses de haber tomado su examen WellVision No más de 39 USD de copago en exámenes de retina de rutina como mejora para un examen WellVision Promedio de 15 % de descuento sobre el precio regular o 5 % de descuento sobre el precio promocional; descuentos solo en centros contratados | <ul style="list-style-type: none"> 20 USD adicionales para gastar en marcas de marcos destacadas. Para obtener más detalles, vaya a vsp.com/specialoffers 20 % de ahorro en pares de anteojos recetados y anteojos de sol adicionales, incluidas las mejoras de cristales, de cualquier proveedor de VSP dentro de los 12 meses de haber tomado su examen WellVision No más de 39 USD de copago en exámenes de retina de rutina como mejora para un examen WellVision Promedio de 15 % de descuento sobre el precio regular o 5 % de descuento sobre el precio promocional; descuentos solo en centros contratados |
| Corrección de la visión con láser | Promedio de 15 % de descuento sobre el precio regular o 5 % de descuento sobre el precio promocional; los descuentos solo están disponibles en un centro contratado. | Promedio de 15 % de descuento sobre el precio regular o 5 % de descuento sobre el precio promocional; los descuentos solo están disponibles en un centro contratado. | Promedio de 15 % de descuento sobre el precio regular o 5 % de descuento sobre el precio promocional; los descuentos solo están disponibles en un centro contratado. |

La cobertura puede ser distinta si se trata de una cadena minorista participante. Una vez que sus beneficios entren en vigencia, visite vsp.com.

CUENTAS DE SALUD

Comparación de HSA con HRA y con FSA

HealthFlex ofrece cuentas de reembolso para gastos médicos (HRA), cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA) y cuentas de gastos flexibles para gastos médicos (FSA). Comparten algunas características similares, pero tienen diferencias importantes. Obtenga más información a continuación.

| |  HSA de HealthFlex |  HRA de HealthFlex |  FSA para atención médica de HealthFlex |
|--|--|---|---|
| ¿Qué planes? | H2000 con HSA, H2500 con HSA, H5000 con HSA | C2000 con HRA, C3000 con HRA | H2000 con HSA, H2500 con HSA, H5000 con HSA, C2000 con HRA, C3000 con HRA, B1000 |
| ¿Cómo se financian? | <ul style="list-style-type: none"> • Puede ser financiado por el patrocinador del plan¹ • Puede hacer contribuciones personales a una HSA (opcional) • Puede incluir crédito de prima adicional (si corresponde) | <ul style="list-style-type: none"> • Financiado únicamente por el patrocinador del plan • No puede hacer contribuciones personales a su HRA • Puede incluir crédito de prima adicional (si corresponde) | <ul style="list-style-type: none"> • Puede hacer contribuciones personales a su FSA |
| Ganancias/Intereses | Puede obtener ganancias de inversión con impuestos diferidos según la cuenta o la financiación que seleccione. | Ninguna | Ninguna |
| Implicaciones impositivas² | <p>Triple beneficio impositivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las contribuciones están excluidas de los ingresos brutos y no están sujetas al impuesto sobre la renta federal. 2. Las ganancias de la HSA son libres de impuestos. 3. Los retiros de HSA, incluidas las ganancias de inversión, son libre de impuestos para gastos elegibles. | <ul style="list-style-type: none"> • Las contribuciones del patrocinador al plan están excluidas de su ingreso bruto y no están sujetas al impuesto sobre la renta federal • Los retiros de HRA están libres de impuestos para gastos elegibles | <ul style="list-style-type: none"> • Sus contribuciones están excluidas de los ingresos brutos y no están sujetas al impuesto sobre la renta federal • Los retiros de FSA están libres de impuestos para gastos elegibles |
| Límite anual de financiación de 2025 | <p>Límite federal anual para las contribuciones totales a la HSA (patrocinador del plan + su dinero).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4300 USD (solo por persona) u • 8550 USD (por familia) • Las personas de 55 años o más pueden contribuir con 1000 USD adicionales anualmente (5300 USD solo por persona, 9550 USD por familia). | <ul style="list-style-type: none"> • Sin límite anual • Cantidad determinada por el patrocinador del plan | <p>Límites para 2025:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mínimo de 300 USD - máximo de 3300 USD |
| Disponibilidad de fondos | <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier contribución del patrocinador del plan¹ está disponible para su uso al momento del depósito al comienzo del año del plan. • La parte mensual de las contribuciones de los participantes y cualquier crédito de prima en exceso están disponibles cada mes el día 5. | <ul style="list-style-type: none"> • Estará disponible para su uso al comienzo del año del plan. | <ul style="list-style-type: none"> • Estará disponible para su uso al comienzo del año del plan. |

¹ H5000 no tiene una financiación del patrocinador del plan para la HSA a menos que exista un exceso de crédito en la prima.

² Es posible que haya implicaciones impositivas adicionales para las personas que se acerquen a la elegibilidad de Medicare dentro del año del plan. Consulte con su asesor impositivo si pronto será elegible para recibir Medicare.

Comparación de HSA con HRA y con FSA



| | HSA de HealthFlex | HRA de HealthFlex | FSA para atención médica de HealthFlex |
|--|---|---|--|
| Gastos elegibles/ Uso | <ul style="list-style-type: none"> Úselo principalmente para gastos de atención médica elegibles para dependientes fiscales¹ Si se utiliza para gastos no relacionados con la atención médica, es posible que se aplique una multa impositiva Uso limitado para las primas: Limitado a la continuación de la cobertura, atención a largo plazo o Medicare (sin incluir el suplemento de Medicare) | <ul style="list-style-type: none"> Usar solo para gastos de atención médica elegibles para aquellos cubiertos en el plan médico (no para las primas, excepto después de la jubilación) Después de la jubilación: Puede utilizarse para primas (médicas, dentales, de la visión y atención a largo plazo); solo para participantes primarios | <ul style="list-style-type: none"> Usar para gastos de atención médica elegibles para dependientes fiscales e hijos menores de 27 años al final del año fiscal No puede usarse para primas o atención a largo plazo |
| Comprobación/ Documentación ("Prueba" de la reclamación) | <ul style="list-style-type: none"> No es requerido por Wespeth o HealthEquity, pero usted es responsable de informar cualquier distribución de HSA gravable al IRS | <ul style="list-style-type: none"> Requerido² | <ul style="list-style-type: none"> Requerido² |
| Transferencia de fin de año | <ul style="list-style-type: none"> El saldo no utilizado se transfiere de un año a otro. El saldo acumulado no tiene límite en dólares | <ul style="list-style-type: none"> El saldo no utilizado se transfiere de un año a otro, <i>siempre que permanezca en HealthFlex</i> y durante la jubilación El saldo acumulado no tiene límite en dólares | <ul style="list-style-type: none"> Se permite una transferencia de 640 USD al siguiente año del plan. El resto se pierde si no se gasta antes del 31 de diciembre (período de vencimiento para presentar reclamaciones: hasta el 30 de abril del año siguiente). |
| Compatibilidad con otras cuentas de reembolso | <ul style="list-style-type: none"> Compatible con la FSA o HRA de uso limitado | <ul style="list-style-type: none"> Compatible con la FSA <i>Si contribuye a una HSA, la HRA se limita a los gastos dentales y de la visión únicamente³</i> | <ul style="list-style-type: none"> Compatible con la HRA. La FSA paga primero. La HRA paga solo después de que se agotan los fondos de la FSA. <i>Si contribuye a una HSA, la FSA se limita a los gastos dentales y de la visión únicamente.³</i> |
| Si se jubila | <ul style="list-style-type: none"> El saldo no utilizado es <i>portable</i>; se queda con usted indefinidamente sin importar el empleo/la designación. | <ul style="list-style-type: none"> Siempre y cuando se jubile de acuerdo con las reglas de jubilación del plan y la política del patrocinador de su plan, el saldo no utilizado permanecerá en su cuenta hasta que se agote. | <ul style="list-style-type: none"> Los gastos elegibles solo se pueden incurrir hasta su última fecha de cobertura de HealthFlex antes de la jubilación. Fecha límite para presentar reclamaciones: 90 días después de dejar HealthFlex. |
| Si finaliza su empleo o renuncia a HealthFlex | <ul style="list-style-type: none"> El saldo no utilizado es <i>portable</i>; se queda con usted indefinidamente sin importar el empleo/la designación. | <ul style="list-style-type: none"> El saldo no utilizado se puede utilizar para gastos elegibles hasta 90 días después de la finalización o renuncia. | <ul style="list-style-type: none"> Solo se puede incurrir en los gastos elegibles hasta su última fecha de cobertura de HealthFlex. Fecha límite para presentar reclamaciones: 90 días después de dejar HealthFlex. |

¹ Según se define en la Publicación 969 del IRS y la Sección 152 del Código de Impuestos Internos.

² Es posible que no se requiera si se utiliza una tarjeta de débito.

³ Uso limitado hasta que el participante notifique a HealthEquity que se alcanzó el deducible definido por el IRS; luego, puede usarse para todos los gastos de atención médica elegibles. (Deducible definido por el IRS de 2025: 1650 USD individual, 3300 USD familiar).

Atención para dependientes de FSA: Límite de contribución anual: 5000 USD (2500 USD para contribuyentes casados que presentan una declaración por separado). Las contribuciones están disponibles mensualmente a medida que se depositan en la FSA el día 5 del mes.

Puede obtener más información a través del sitio web [Benefits Access](https://benefitsaccess.org) en benefitsaccess.org.

Exención de responsabilidad: Este documento se proporciona como un servicio informativo y educativo general para los participantes de HealthFlex. El documento no constituye asesoramiento legal, fiscal o del consumidor. Los lectores pueden consultar a un asesor fiscal, asesor legal u otro asesor profesional antes de actuar sobre cualquier información contenida en este documento. Wespeth Benefits and Investments (Wespeth) renuncia expresamente a toda responsabilidad con respecto a las acciones tomadas o no tomadas en función del contenido de este documento. Es posible que los lectores también deseen revisar documentos adicionales proporcionados por HealthFlex para obtener más información sobre los planes y las cuentas de reembolso de HRA o HSA.