

Resumen de los Beneficios

**TENGA EN CUENTA**

La información proporcionada hace referencia a personas dentro de la red

Los valores se muestran como individuales/familiares, cuando corresponda

Todos los porcentajes son posteriores a que se haya alcanzado el deducible

Es necesario alcanzar el deducible antes de que el plan comience a hacer pagos

Los coseguros y copagos que se indican corresponden a lo que el miembro debe pagar

Si tiene preguntas, comuníquese con el equipo de Beneficios de Graham en ushrbenefits@graham.ca

PLANES MÉDICOS PPO PARA 2026 VS 2027

	2026 Plan	PPO 2027
Prima	Voluntaria - Prima compartida	Voluntaria - Prima compartida
Deducible	\$2,000 / \$4,000	\$1,500 / \$3,000
Máximo de gastos de bolsillo	\$5,000 / \$10,000	\$5,000 / \$10,000
Copago del PCP en visitas al consultorio	\$25	\$40
Copago del especialista en visitas al consultorio	\$50	\$60
Copago en la sala de emergencias	\$200	\$250
Copago para atención de urgencia	20%	\$60
Pacientes hospitalizados	\$50	20%
Copago de receta médica en una farmacia minorista (G / BF / BNF / S)	\$10 / \$30 / \$60 / N/C	\$20 / \$40 / \$60 / \$150
Copago de receta médica por correo (G / BF / BNF / S)	\$20 / \$60 / \$120 / N/C	\$40 / \$80 / \$120 / \$300
Coseguro	20%	20%

PLANES MÉDICOS HDHP PARA 2026 VS 2027

	HDHP 2026	HDHP 4K 2027	HDHP 2K 2027
Prima	Voluntaria - Prima compartida	Voluntario - Pagado por la empresa	Voluntaria - Prima compartida
Deducible	\$3,000 / \$6,000	\$4,000 / \$8,000	\$2,000 / \$4,000
Máximo de gastos de bolsillo	\$5,000 / \$6,850	\$8,000 / \$16,000	\$4,000 / \$8,000
Coseguro	20%	20%	20%

NUEVO PLAN MÉDICO HMO (SOLO EN CALIFORNIA)

HMO 2026		Planes 2027
Prima	No se ofrece	Voluntaria - Prima compartida
Deducible		\$250 / \$500
Máximo de gastos de bolsillo		\$1,500 / \$3,000
Copago del PCP en visitas al consultorio		\$20
Copago del especialista en visitas al consultorio		\$35
Copago en la sala de emergencias		\$150
Copago hospitalario para pacientes internados		\$300
Copago para atención de urgencia		\$20
Copago de receta médica en una farmacia minorista (G / BF / BNF / S)		\$10 / \$30 / \$30 / \$100
Copago de receta médica por correo (G / BF / BNF / S)		\$20 / \$60 / - / -
Coseguro		10%

PLANES DE AHORRO 2026 VS 2027

Cuenta de gastos de salud (HSA)

	HSA 2026	HDHP 4K 2027 - HSA	HDHP 2K 2027 - HSA
Contribución máxima anual del empleador	Fijo \$300	Individual: \$1,000 Familiar: \$2,000	Individual: \$1,000 Familiar: \$2,000
Frecuencia	Carga frontal	Fijo: monto por período de pago	Fijo: monto por período de pago

Cuenta de gastos flexibles (FSA)

	FSA-HC 2026	FSA-HC 2027
FSA - Atención médica	No se ofrece	Nueva oferta Financiado por los empleados

	FSA-DC 2026	FSA-DC 2027
FSA - Cuidado de dependientes	No se ofrece	Nueva oferta Financiado por los empleados

	LP-FSA 2026	LP-FSA 2027
FSA - Propósito limitado (Solo para gastos dentales y oftalmológicos)	No se ofrece	Nueva oferta Financiado por los empleados

2026 VS 2027 DISCAPACIDAD Y SEGURO DE VIDA

Beneficio		Planes 2026	Planes 2027
Seguro Básico de Vida y AD&D - Salario	Prima	Incluido con el servicio médico	Pagado por la compañía
	Beneficio	Monto fijo de \$20,000	2x salario, máximo de \$500,000
Seguro básico de vida y AD&D por hora	Prima	Incluido con el servicio médico	Pagado por la compañía
	Beneficio	Monto fijo de \$20,000	Monto fijo de \$20,000
Incapacidad a corto plazo - Salario y por hora	Prima	No se ofrece	Voluntario - Pagado por el empleado
	Período de eliminación		14 días
	% de beneficio semanal		70%
	Beneficio máximo semanal		\$3,000 por semana
	Duración de los beneficios		11 semanas
Beneficio		Planes 2026	Planes 2027
Incapacidad a Largo Plazo - Salario	Prima	Pagado por el empleador	Pagado por la compañía
	Período de eliminación	90 días	90 días
	% de beneficio mensual	60%	60%
	Máximo de beneficios mensuales	\$10,000	\$15,000
Cobertura por incapacidad a largo plazo: por hora	Prima	No se ofrece	Voluntario - Pagado por el empleado
	Período de eliminación		90 días
	% de beneficio mensual		60%
	Máximo de beneficios mensuales		\$15,000

PLANES DE BENEFICIOS NO MÉDICOS 2026 VS 2027

Beneficio		Planes 2026	Planes 2027
Dental Plan	Prima	Voluntaria - Prima compartida	Voluntaria - Prima compartida
	Se ofrece	PPO DHMO	PPO DHMO
	Deducible	PPO - \$50 / \$ 150 DHMO - N/A	PPO - \$50 / \$ 150 DHMO - N/A
	Coseguro		
	Medidas preventivas	PPO - Sin cargo DHMO - Sin cargo	PPO - Sin cargo DHMO - Sin cargo
	Básico	PPO - 20 % DHMO: copago fijo	PPO - 20 % DHMO: copago fijo
	Mayor	PPO - 50 % DHMO - Copago fijo	PPO - 50 % DHMO - Copago fijo
	Máximo anual	PPO - \$1,250 DHMO: copago fijo	PPO - \$2,000 DHMO - Sin máximo anual
	Cobertura de ortodoncia	Sin cobertura	PPO - Niños y adultos - \$2,000 máximo de por vida DHMO - Niños y adultos - Copago fijo
Plan de visión	Prima	Voluntaria - Prima compartida	Voluntaria - Prima compartida
	Copago del examen	\$10	\$10
	Copago de materiales	\$20	\$20
	Margen de marco	\$200	\$200
	Asignación de contacto	\$130	\$150
	Frecuencia		
	Examen		
	Lentes	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses
	Contactos		
	Marcos	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 24 meses
	Cobertura para gafas de seguridad	No	Sí (solo plan de red VSP)
Seguro complementario de vida y de AD&D (pagado por el empleado)	Máximo de empleados	\$500,000	\$500,000
	Máximo de cónyuges	\$250,000	\$250,000
	Máximo de niños	\$10,000	\$10,000
Seguros Voluntarios (Pagado por el empleado)	Accidente	No se ofrece	Nueva oferta
	Beneficio de Viajero		
	Enfermedad crítica		
	Indemnización hospitalaria		
	Robo de identidad		
	Cobertura legal		
	Seguro para mascotas		

Descargo de responsabilidad : esta información es solo para fines informativos y no incluye todos los detalles del plan. Los documentos oficiales del plan estarán disponibles el 1 de enero de 2027. En caso de cualquier discrepancia, prevalecerán los documentos oficiales del plan.