Beneficios Destacados

PLANES INDIVIDUALES 2027 **HEALTHY PREMIER & U HEALTH PLUS**

UHEALTHPLUS
HEALTHYPREMIER

	HEALTHY PREMIER GOLD COPAY OFFICE VISITS	U HEALTH PLUS GOLD	HEALTHY PREMIER GOLD STANDARD	U HEALTH PLUS GOLD STANDARD	HEALTHY PREMIER SILVER ELECT (OFF)	HEALTHY PREMIER SILVER COPAY OFFICE VISITS	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	HEALTHY PREMIER BRONZE $0 MEDICAL DEDUCTIBLE
CARACTERÍSTICAS														
Deducible Anual (individuo/familia)*	$2,000/$4,000	$2,000/$4,000	$2,500/$5,000	$2,500/$5,000	$5,000/$10,000	$5,000/$10,000	$5,000/$10,000	$6,400/$12,800	$6,400/$12,800	$9,000/$18,000	$7,500/$15,000	$7,500/$15,000	$10,000/$20,000	$0/$0
Deducible de medicamentos recetados (individuo/familia)*	$750/$1,500	$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	$5,000/$10,000
Gastos de Bolsillo Máximos Anuales (individuo/familia)	$8,500/$17,000	$7,500/$15,000	$8,600/$17,200	$8,600/$17,200	$9,000/$18,000	$9,000/$18,000	$9,500/$19,000	$10,300/$20,600	$10,300/$20,600	$12,000/$24,000	$12,000/$24,000	$12,000/$24,000	$10,000/$20,000	$10,500/$21,000
BENEFICIOS														
Cuidados de Emergencia y Urgencia														
Sala de Emergencias	$250 copago 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	$2,500 copago
Cuidado de Urgencia	$30 copago 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	$25 copago DW
Visitaas al Consultorio														
Cuidado Preventivo Exámenes de Detección/Vacunas/ Chequeos de Bienestar para Niños Sanos/Planificación Familiar	Sin Cargo													
Atención Primaria	$30 copago 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	$25 copago DW
Servicios de Salud Mental/Abuso de Sustancias	$30 copago 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	$25 copago office All other $750
Cuidados Especializados	$50 copago 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	$95 copago
Cuidados de otros Profesionales Médicos	$50 copago 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	$95 copago
Cuidados de Habilitación (se aplica un límite de 20 consultas a TF/TO/TL combinado)	$30 copago 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	$25 copago DW
Cuidados de Rehabilitación (se aplica un límite de 20 consultas a TF/TO/TL combinado)	$30 copago 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	$25 copago DW
Servicios de Visión														
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														
Otros Beneficios														
Prótesis	20% Co AD													50% 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 2027 **HEALTHY PREMIER & U HEALTH PLUS**

	HEALTHY PREMIER GOLD COPAY OFFICE VISITS	U HEALTH PLUS GOLD	HEALTHY PREMIER GOLD STANDARD	U HEALTH PLUS GOLD STANDARD	HEALTHY PREMIER SILVER ELECT COPAY (OFF)	HEALTHY PREMIER SILVER COPAY OFFICE VISITS	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	HEALTHY PREMIER BRONZE $0 MEDICAL DEDUCTIBLE
Medicamentos Recetados														
Preventivo (Nivel 1)	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo
Genérico (Nivel 2)	$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	$25 copago DW
Marca Preferida (Nivel 3)	$40 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	$150 copago AD
Marca no Preferida (Nivel 4)	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	50% Co AD
Especialidad (Nivel 5)	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	50% Co AD
Servicios Hospitalarios / Centros de Salud para Pacientes Ambulatorios														
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	$750 copago DW
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	$750 copago DW
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	$750 copago DW
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	Copago de $1,000 para el centro Copago de $150 para el médico
Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados														
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	$3,000 copago/ día hasta 3
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	$95 copago DW
Asistencia de Transporte														
Emergency Transportation - Ground Ambulance (Emergencies Only)	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	$250 copago
Emergency Transportation - Air Ambulance (Emergencies Only)	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	50% Co
BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS														
MD (médico) en VIVO - Telemedicina 24/7	Sin Cargo													
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 2027 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. 9/2026

HEALTH PLANS
UNIVERSITY OF UTAH

Beneficios Destacados

PLANES INDIVIDUALES 2027 **HEALTHY PREMIER & U HEALTH PLUS**

UHEALTHPLUS
HEALTHYPREMIER

Planes de Reducción de Costos Compartidos (CSR)

Planes disponibles a través de Marketplace Solo	HEALTHY PREMIER SILVER COPAY OFFICE VISITS 73% CSR	HEALTHY PREMIER SILVER COPAY OFFICE VISITS 87% CSR	HEALTHY PREMIER SILVER COPAY OFFICE VISITS 94% CSR	U HEALTH PLUS SILVER 73% CSR	U HEALTH PLUS SILVER 87% CSR	U HEALTH PLUS SILVER 94% CSR	HEALTHY PREMIER SILVER STANDARD 73% CSR	HEALTHY PREMIER SILVER STANDARD 87% CSR	HEALTHY PREMIER SILVER STANDARD 94% CSR	U HEALTH PLUS SILVER STANDARD 73% CSR	U HEALTH PLUS SILVER STANDARD 87% CSR	U HEALTH PLUS SILVER STANDARD 94% CSR
CARACTERÍSTICAS												
Deducible Anual (individuo/familia)	$3,500/$7,000	$500/$1,000	$0/$0	$4,500/$9,000	$300/$600	$0/$0	$2,900/$5,800	$800/$1,600	$0/$0	$2,900/$5,800	$800/$1,600	$0/$0
Deducible de medicamentos recetados (individuo/familia)	$500/$1,000	$100/$200	$0/$0	$1,500/$3,000	$150/$300	$0/$0	Incluido en Med	Incluido en Med	$0/$0	Incluido en Med	Incluido en Med	$0/$0
Gastos de Bolsillo Máximos Anuales (individuo/familia)	$7,000/$14,000	$3,500/$7,000	$2,500/$5,000	$7,000/$14,000	$3,500/$7,000	$2,500/$5,000	$9,000/$18,000	$3,600/$7,200	$3,500/$7,000	$9,000/$18,000	$3,600/$7,200	$3,500/$7,000
BENEFICIOS												
Cuidados de Emergencia y Urgencia												
Sala de Emergencias	$250 copago AD	$250 copago AD	$100 copago	$250 copago AD	$250 copago AD	$100 copago	40% Co AD	30% Co AD	25% Co	40% Co AD	30% Co AD	25% Co
Cuidado de Urgencia	$30 copago DW	$10 copago DW	$10 copago	$0 copago DW	$0 copago DW	$0 copago	$60 copago DW	$30 copago DW	$5 copago	$60 copago DW	$30 copago DW	$5 copago
Visitas al Consultorio												
Cuidado Preventivo Exámenes de Detección/ Vacunas/Chequeos de Bienestar para Niños Sanos/Planificación Familiar	No Charge											
Atención Primaria	$30 copago DW	$10 copago DW	$10 copago	$0 copago DW	$0 copago DW	$0 copago	$40 copago DW	$20 copago DW	Sin Cargo	$40 copago DW	$20 copago DW	$0 copago
Servicios de Salud Mental/Abuso de Sustancias	$30 copago DW	$10 copago DW	$10 copago	$0 copago DW	$0 copago DW	$0 copago	$40 copago DW	$20 copago DW	Sin Cargo	$40 copago DW	$20 copago DW	Sin Cargo
Cuidados Especializados	$60 copago DW	$30 copago DW	$20 copago	$80 copago DW	$50 copago DW	$30 copago	$80 copago DW	$40 copago DW	$10 copago	$80 copago DW	$40 copago DW	$10 copago
Cuidados de otros Profesionales Médicos	$60 copago DW	$30 copago DW	$20 copago	$80 copago DW	$50 copago DW	$30 copago	$80 copago DW	$40 copago DW	$10 copago	$80 copago DW	$40 copago DW	Sin Cargo
Cuidados de Habilitación (se aplica un límite de 20 consultas a TF/TO/TL combinado)	$30 copago DW	$10 copago DW	$10 copago DW	$0 copago DW	$0 copago DW	$0 copago DW	$40 copago DW	$20 copago DW	Sin Cargo	$40 copago DW	$20 copago DW	Sin Cargo
Cuidados de Rehabilitación (se aplica un límite de 20 consultas a TF/TO/TL combinado)	$30 copago DW	$10 copago DW	$10 copago DW	$0 copago DW	$0 copago DW	$0 copago DW	$40 copago DW	$20 copago DW	Sin Cargo	$40 copago DW	$20 copago DW	Sin Cargo
Servicios de Visión												
Examen Anual de Visión de Rutina para Adultos	Sin Cargo											
Examen de Visión Pediátrica & Lentes Correctivas Pediátricas												
Otros Beneficios												
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 de Reducción de Costos Compartidos (CSR)

Planes disponibles a través de Marketplace Solo	HEALTHY PREMIER SILVER COPAY OFFICE VISITS 73% CSR	HEALTHY PREMIER SILVER COPAY OFFICE VISITS 87% CSR	HEALTHY PREMIER SILVER COPAY OFFICE VISITS 94% CSR	U HEALTH PLUS SILVER 73% CSR	U HEALTH PLUS SILVER 87% CSR	U HEALTH PLUS SILVER 94% CSR	HEALTHY PREMIER SILVER STANDARD 73% CSR	HEALTHY PREMIER SILVER STANDARD 87% CSR	HEALTHY PREMIER SILVER STANDARD 94% CSR	U HEALTH PLUS SILVER STANDARD 73% CSR	U HEALTH PLUS SILVER STANDARD 87% CSR	U HEALTH PLUS SILVER STANDARD 94% CSR
Medicamentos Recetados												
Preventivo (Nivel 1)	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo	Sin Cargo
Genérico (Nivel 2)	$25 copay DW	$15 copay DW	$10 copay	$25 copay DW	$15 copay DW	$10 copay	$20 copay DW	$10 copay DW	Sin Cargo	$20 copay DW	$10 copay DW	No Charge
Marca Preferida (Nivel 3)	$40 copay DW	$30 copay DW	$25 copay	$40 copay DW	$30 copay DW	$25 copay	$40 copay DW	$20 copay DW	$15 copay	$40 copay DW	$20 copay DW	$15 copay
Marca no Preferida (Nivel 4)	45% Co AD	45% Co AD	45% Co	45% Co AD	45% Co AD	45% Co	$80 copay AD	$60 copay AD	$50 copay	$80 copay AD	$60 copay AD	$50 copay
Especialidad (Nivel 5)	50% Co AD	50% Co AD	50% Co	50% Co AD	50% Co AD	50% Co	$350 copay AD	$250 copay AD	$150 copay	$350 copay AD	$250 copay AD	$150 copay
Servicios Hospitalarios / Centros de Salud para Pacientes Ambulatorios												
Servicios de Laboratorio	40% Co AD	25% Co AD	20% Co	40% Co AD	25% Co AD	20% Co	40% Co AD	30% Co AD	25% Co	40% Co AD	30% Co AD	25% Co
Servicios de Radiología	40% Co AD	25% Co AD	20% Co	40% Co AD	25% Co AD	20% Co	40% Co AD	30% Co AD	25% Co	40% Co AD	30% Co AD	25% Co
Servicios de Escaneo Especializados (CT, MRI, Escaneos PET)	40% Co AD	25% Co AD	20% Co	40% Co AD	25% Co AD	20% Co	40% Co AD	30% Co AD	25% Co	40% Co AD	30% Co AD	25% Co
Servicios Médicos/Quirúrgicos	40% Co AD	25% Co AD	20% Co	40% Co AD	25% Co AD	20% Co	40% Co AD	30% Co AD	25% Co	40% Co AD	30% Co AD	25% Co
Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados												
Médico/Quirúrgico, Cuidados de Maternidad, Salud Mental, Abuso de Sustancias, Cuidados de Enfermería Especializada**	40% Co AD	25% Co AD	20% Co	40% Co AD	25% Co AD	20% Co	40% Co AD	30% Co AD	25% Co	40% Co AD	30% Co AD	25% Co
Cuidados de Hospicio	40% Co AD	25% Co AD	20% Co	40% Co AD	25% Co AD	20% Co	40% Co AD	30% Co AD	25% Co	40% Co AD	30% Co AD	25% Co
Asistencia de Transporte												
Transporte de Emergencia - Ambulancia Terrestre (Solo Emergencias)	Copago de $250/ viaje AD	Copago de $250/ viaje AD	Copago de $250/viaje	Copago de $250/ viaje AD	Copago de $250/ viaje AD	Copago de $250/viaje	40% Co AD	30% Co AD	25% Co	40% Co AD	30% Co AD	25% Co
Transporte de Emergencia - Ambulancia Aérea (Solo Emergencias)	40% Co AD	25% Co AD	20% Co	40% Co AD	25% Co AD	20% Co	40% Co AD	30% Co AD	25% Co	40% Co AD	30% Co AD	25% Co
BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS												
MD (médico) en VIVO - Telemedicina 24/7	Sin Cargo											
Línea de Enfermería disponible las 24 horas												
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 2027 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. 9/2026

HEALTH PLANS
UNIVERSITY OF UTAH