

## COUPE HEALTH

### Resumen de beneficios de Coupe Health

Nombre del cliente: Coupe Copay EPO

Año del plan: Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Red: Red PPO de BlueCard®

Este plan cubre: **86%** del costo total de la atención para sus empleados.

| Beneficios médicos  |                  |                 |           |                 |
|---|------------------|-----------------|-----------|-----------------|
|   | Dentro de la red |                 |           | Fuera de la red |
|   | ✓ Nivel 1        | ✗ Nivel 2       | ❗ Nivel 3 |                 |
| Deducible por año calendario (individual/familiar)  |                  | \$0             |           | Ninguna         |
| Monto máximo que paga de su bolsillo (individuo/familia) (incluye copagos, combinado con la tarjeta de medicamentos recetados)            |                  | \$4,000/\$8,000 |           | Ninguna         |
| *El máximo desembolso directo se aplica solo a los servicios dentro de la red; el máximo desembolso directo fuera de la red es ilimitado* |                  |                 |           |                 |
| Servicios médicos   | Dentro de la red |                 |           | Fuera de la red |
| Servicios médicos   | ✓ Nivel 1        | ✗ Nivel 2       | ❗ Nivel 3 |                 |
| Médico de atención primaria   | \$40             | \$65            | \$120     | N/C             |
| Clínica de salud minorista  | \$40             | \$65            | \$120     | N/C             |
| Especialista  | \$60             | \$120           | \$150     | N/C             |
| Servicios preventivos y atención de rutina  |                  |                 |           |                 |
| Atención de niños sanos (incluidos los exámenes y las vacunas)  |                  | Sin cargo       |           | N/C             |
| Examen físico para adultos (incluida la visita de rutina al ginecólogo)   |                  | Sin cargo       |           | N/C             |
| Vacuna contra la COVID-19   |                  | Sin cargo       |           | N/C             |
| Prueba de detección de cáncer de mama (cualquier edad)  |                  | Sin cargo       |           | N/C             |
| Prueba de Papanicolaou  |                  | Sin cargo       |           | N/C             |
| Exámenes de detección de cáncer de próstata   |                  | Sin cargo       |           | N/C             |
| Exámenes de detección de cáncer colorrectal   |                  | Sin cargo       |           | N/C             |
| Servicios de telesalud  |                  |                 |           |                 |
| Doctor on Demand  |                  | \$40            |           | N/C             |
| Maternidad  |                  |                 |           |                 |
| Visita al consultorio prenatal inicial  | \$40             | \$65            | \$120     | N/C             |
| Visita al consultorio prenatal  |                  | Sin cargo       |           | N/C             |
| Parto y atención posparto   | \$1,300          | \$1,900         | \$2,750   | N/C             |
| Gastos hospitalarios o centro/hospital de atención de enfermedades agudas a largo plazo (cargos del centro)                               |                  |                 |           |                 |
| Centro de hospitalización   | \$2,300          | \$2,750         | \$3,500   | N/C             |
| Servicios ambulatorios en el hospital   | \$200            | \$800           | \$1,200   | N/C             |
| Atención en un centro de enfermería especializada/rehabilitación (hasta un máximo combinado de 120 días por año del plan)                 | \$1,300          | \$1,900         | \$2,750   | N/C             |
| Servicios de ambulancia   |                  | \$1,000         |           |                 |
| Centro quirúrgico ambulatorio   | \$200            | \$800           | \$1,200   | N/C             |
| Atención médica a domicilio (120 visitas por año del plan)  | \$70             | \$110           | \$140     | N/C             |
| Infusiones en el hogar  | \$50             | \$80            | \$150     | N/C             |

|   | Dentro de la red |           |           | Fuera de la red |
|---|------------------|-----------|-----------|-----------------|
|   | ✓ Nivel 1        | ✗ Nivel 2 | ❗ Nivel 3 |                 |
| <b>Gastos hospitalarios o centro/hospital de atención de enfermedades agudas a largo plazo (cargos del centro)</b>  |                  |           |           |                 |
| Atención en un centro de cuidados paliativos (por visita)   | \$70             | \$110     | \$140     | N/C             |
| Atención en un centro de cuidados paliativos (paciente hospitalizado)   | \$1,300          | \$1,900   | \$2,750   | N/C             |
| <b>Servicios de radiología</b>  |                  |           |           |                 |
| Radiografías de diagnóstico   | \$80             | \$120     | \$200     | N/C             |
| Diagnóstico por imágenes avanzado (imágenes por resonancia magnética, [MRI], angiografía por resonancia magnética, [MRA], tomografía axial computarizada [CAT] y tomografía por emisión de positrones, [PET]) | \$250            | \$650     | \$2,500   | N/C             |
| <b>Servicios de laboratorio</b>   |                  |           |           |                 |
| Análisis de laboratorio básicos   | \$0              | \$20      | \$50      | N/C             |
| Análisis de laboratorio de diagnóstico avanzados  | \$250            | \$450     | \$1250    | N/C             |
| <b>Servicios de emergencia/atención de urgencia</b>   |                  |           |           |                 |
| Servicios de emergencia/sala de emergencias   |                  |           | \$950     |                 |
| Centro de atención de urgencia  |                  | \$100     |           | N/C             |
| <b>Trastornos mentales y de abuso de sustancias</b>   |                  |           |           |                 |
| Visitas al consultorio  | \$40             | \$65      | \$120     | N/C             |
| Paciente hospitalizado  | \$1,300          | \$1,900   | \$2,750   | N/C             |
| Paciente ambulatorio  | \$150            | \$180     | \$250     | N/C             |
| <b>Servicios terapéuticos</b>   |                  |           |           |                 |
| Cuidado quiropráctico/manipulación espinal (40 visitas por año del plan)  | \$20             | \$35      | \$50      | N/C             |
| Terapias para pacientes ambulatorios (PT, OT, ST) (120 visitas por año del plan)  | \$20             | \$35      | \$50      | N/C             |
| <b>Equipo médico duradero</b>   |                  |           |           |                 |
| Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) / Artículo  | \$150            | \$180     | \$250     | N/C             |
| <b>Otros centros/servicios de atención de la salud</b>  |                  |           |           |                 |
| Inyecciones, sueros y pruebas para la alergia   | \$40             | \$65      | \$120     | N/C             |
| Acupuntura (40 visitas por año del plan)  | \$20             | \$35      | \$50      | N/C             |
| Trasplantes (traslado/alojamiento de BDC \$10,000 máximo de por vida)   | \$2,300          | \$2,750   | \$3,500   | N/C             |

**Red médica:** Red Aware® / BlueCard® PPO

**Cómo encontrar un proveedor:** Inicie sesión en su portal para miembros en [www.coupehealth.com](http://www.coupehealth.com) y haga clic en "Find & Price Care" (Buscar y precios de atención).

**Si tiene preguntas sobre su plan de salud de Coupe, comuníquese con su valet de Coupe Health:** Correo electrónico: [healthvalet@coupehealth.com](mailto:healthvalet@coupehealth.com)

**Teléfono:** 1-833-749-1969