



MANOR INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
Departamento de Negocios y Finanzas - Nómina & Beneficios



**BlueCross BlueShield
of Texas**

TARIFAS DE SEGURO MÉDICO MENSUAL Y SEMESTRE 2025-2026

Efectivo 1 de septiembre de 2025 a 31 de agosto de 2026

Blue Essentials HMO 3000 (*Organización de mantenimiento de salud 3000*)

Nivel de cobertura	Año de plan 2025-2026	Contribución de MISD	Contribución mensual del empleado	Contribución semi-mensual del empleado
<i>Sólo empleado</i>	\$ 525.53	\$ 508.30	\$17.23	\$8.61
<i>Empleado y cónyuge</i>	\$ 1,467.92	\$ 508.30	\$959.62	\$479.81
<i>Empleado e hijo(s)</i>	\$ 991.74	\$ 508.30	\$483.44	\$241.72
<i>Empleado y familia</i>	\$ 1,751.05	\$ 508.30	\$1,242.75	\$621.38

BlueChoice HDHP PPO 3400 (*Organización de proveedores preferidos con deducible alto*)

Nivel de cobertura	Año de plan 2025-2026	Contribución de MISD	Contribución mensual del empleado	Contribución semi-mensual del empleado
<i>Sólo empleado</i>	\$ 508.30	\$ 508.30	\$0.00	\$0.00
<i>Empleado y cónyuge</i>	\$ 1,510.23	\$ 508.30	\$1,001.93	\$500.97
<i>Empleado e hijo(s)</i>	\$ 980.93	\$ 508.30	\$472.63	\$236.32
<i>Empleado y familia</i>	\$ 1,804.27	\$ 508.30	\$1,295.97	\$647.99

BlueChoice PPO 1400 (*Organización de proveedores preferidos 1400*)

Nivel de cobertura	Año de plan 2025-2026	Contribución de MISD	Contribución mensual del empleado	Contribución semi-mensual del empleado
<i>Sólo empleado</i>	\$ 680.16	\$ 508.30	\$171.86	\$85.93
<i>Empleado y cónyuge</i>	\$ 1,665.09	\$ 508.30	\$1156.79	\$578.40
<i>Empleado e hijo(s)</i>	\$ 1,144.99	\$ 508.30	\$636.69	\$318.35
<i>Empleado y familia</i>	\$ 2,016.15	\$ 508.30	\$1507.85	\$753.93

BlueCross BlueShield of Texas
PLAN MÉDICO # 370294
1-800-521-2227
[HTTPS://MYBAM.BCBSTX.COM](https://mybam.bcbstx.com)

2025-2026 Planes BCBSTX	HMO 3000	HDHP PPO 3400	PPO 1400
Tipo de Cobertura	Proveedores medicos - <i>dentro red solamente</i>	Proveedores medicos - <i>dentro y fuera de red</i>	Proveedores medicos - <i>dentro y fuera de red</i>
Deducible individual/familiar *Año del calendario*	\$3,000/\$6,000	Dentro: \$3,400 / \$6,800 Fuera: \$5,500 / \$11,000	Dentro: \$1,400 / \$4,000 Fuera: \$2,000 / \$6,000
Coseguro después del deducible	30%	Dentro: 30% Fuera: 50%	Dentro: 20% Fuera: 40%
Individuo/Familia Fuera de Bolsillo	\$9,000 / \$16,300	Dentro: \$8,000 / \$16,000 Fuera: \$20,250 / \$40,500	Dentro: \$7,000 / \$14,000 Fuera: \$23,700 / \$47,400
Red de proveedores	Blue Essentials HMO	BlueChoice PPO	BlueChoice PPO
Medico de atención primaria	Sí	No	No
VISITAS DE DOCTOR			
Atención primaria	\$50 copago	30% después del deducible	\$50 copago
Especialista	\$70 copago	30% después del deducible	\$70 copago
CUIDADO INMEDIATO			
Atención de urgencias	\$50 copago	30% después del deducible	\$50 copago
Cuidados de emergencia	70% después del deducible	30% después del deducible	20% después del deducible \$250 copago
Salud Virtual	\$50 copago	30% después del deducible	\$50 copago
MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN			
Deducible de medicamentos	No Aplica	No Aplica	\$200
Genéricos (30 días/90 Días Suministrar)	\$15/\$30	20% después del deducible	\$20/\$50
Marca de preferida/ Marca sin preferencia	\$45/\$80	25%/50% después del deducible	\$45/\$95
Especialidad	30% después del deducible	20% después del deducible	\$20/\$45/\$95
Costos de bolsillo de insulina	Cubierto en el nivel aplicable	Cubierto en el nivel aplicable	Cubierto en el nivel aplicable
LABORATORIOS DE DIAGNÓSTICO			
Oficina/Independiente	30% después del deducible	30% después del deducible	Laboratorio/Radiografía: 100% Otras: 20% después del deducible
Atención Ambulatoria	30% después del deducible	30% después del deducible	20% después del deducible
RADIOLOGÍA DE ALTA TECNOLOGÍA	30% después del deducible	30% después del deducible	20% después del deducible
COSTOS AMBULATORIOS	30% después del deducible	30% después del deducible	20% después del deducible
COSTOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS	30% después del deducible	30% después del deducible	20% después del deducible
SALA DE EMERGENCIAS INDEPENDIENTE	30% después del deducible	30% después del deducible	20% después del deducible
EXAMEN ANUAL DE LA VISIÓN	\$50 copago PCP / \$70 copago de especialista (anual hasta edad 17, cada 2 años de 18+)	No Aplica	No Aplica
EXAMEN ANUAL DE AUDIENCIA	\$50 copago PCP / \$70 copago de especialista (anual hasta edad 17, cada 2 años de 18+)	No Aplica	No Aplica