Para empleados de hospitales y organizaciones situados en Maryland y Washington D. C. que forman parte de JHHS

INSCRIPCIÓN ABIERTA A LOS BENEFICIOS

Del 15 al 31 de octubre de 2025

Inscríbase o haga cambios en sus beneficios para el año del plan 2026 en SmartSource antes del viernes 31 de octubre

Puede inscribirse en estos beneficios, que entrarán en vigencia el 1 de enero de 2026, cancelarlos o cambiarlos:

- Seguro médico y de medicamentos recetados, dental y de la vista
- Cuentas de gastos flexibles (FSA) de atención médica y para el cuidado de dependientes
- Seguro de vida complementario
- Seguro por accidente, enfermedad grave e indemenización por hospitalización
- Servicios legales prepagados
- Seguro por incapacidad a largo plazo
- Protección contra el robo de identidad y fraude
- Seguro de cuidados a largo plazo (solo hospitales y organizaciones seleccionados)

Ahora también es un buen momento para revisar sus beneficiarios.

Cambios importantes para 2026

Aportes del empleado: para continuar proporcionando una cobertura integral a pesar del aumento de los costos de atención médica en todo el país, los aportes al seguro médico, dental y de la vista aumentarán moderadamente para la mayoría de los empleados.

También alinearemos las estructuras de los aportes en todo el sistema de salud. Si es un empleado de los hospitales Sibley Memorial o Suburban, que regularmente trabaja de 30 a 36 horas por semana, es probable que sus aportes disminuyan.

Deducible y gasto máximo de bolsillo para el plan médico EHP PPO: El deducible y el gasto máximo de bolsillo para el plan médico de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Johns Hopkins aumentarán para los empleados con un sueldo anual de $50,000 o más.

¿Tengo que inscribirme?

Sí, solo si quiere...

- ➜ Tener una cuenta de gastos flexibles (FSA)
- ➜ Agregar o quitar dependientes de la cobertura
- ➜ Agregar o cambiar beneficios

De lo contrario, no tiene que hacer nada. Sus beneficios actuales, **excepto las FSA**, continuarán en 2026.

Todo lo que necesita está en myBenefits

Visite myBenefitsJHHS.com para consultar información sobre todos sus beneficios, cambios para 2026 y aportes.

Cuando esté listo para inscribirse, acceda a SmartSource directamente desde myBenefits a partir del 15 de octubre.

myBenefits y SmartSource están disponibles en español:

- En myBenefits, en el menú desplegable **Choose Language** (Elegir idioma), seleccione **Spanish** (español).
- En SmartSource, en el menú desplegable **Welcome** (Bienvenido) situado en la esquina superior derecha, seleccione **español**.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con el Centro de Ayuda de RR. HH. al 443-997-5400 o hrsc@jhmi.edu.

JOHNS HOPKINS MEDICINE

Cuadros comparativos de planes médicos

En estos cuadros solo se muestra la cobertura dentro de la red. Si desea obtener más información sobre la cobertura, incluida la cobertura de medicamentos recetados y fuera de la red, visite **myBenefitsJHHS.com**.

Cobertura médica	Plan EPO de Johns Hopkins	Plan PPO de Johns Hopkins	Plan DPC de Johns Hopkins	HMO de Kaiser (solo Suburban)
Deducible anual	$500 por persona $1,000 por familia	**Determinado por el nivel salarial** Menos de $50,000: $150 por persona, $300 por familia De $50,000 a $120,000: $300 por persona, $600 por familia Más de $120,000: $400 por persona, $800 por familia		Ninguno
Monto máximo anual de su bolsillo	**$3,000** por persona **$6,000** por familia	**Determinado por el nivel salarial** Menos de $50,000: $1,500 por persona, $3,000 por familia De $50,000 a $120,000: $2,500 por persona, $5,000 por familia Más de $120,000: $3,500 por persona, $7,000 por familia		Ninguno
Cobertura fuera de la red	No	Sí	Sí	No
Coseguro Se aplica después del deducible	Preferido[1]: Usted paga el 10 % Cigna: Usted paga el 20 %	Preferido[1]: Usted paga el 10 % Cigna: Usted paga el 20 %	Preferido[1]: Usted paga el 10 % Cigna: Usted paga el 20 %	Ninguno
Visita al consultorio del médico de atención primaria	Copago de $20	Copago de $10	Copago de $0 para empleado Copago de $10 para dependiente	Copago de $15 $0 para hijos menores de 5 años
Sala de emergencias	Copago de $250	Copago de $250	Copago de $250	Copago de $100 (no se aplica si lo ingresan en un hospital)
Atención de urgencia	Copago de $40	Copago de $25	Copago de $25	Copago de $25

1. *Los médicos y proveedores preferidos son los que se encuentran en la red de proveedores preferidos de los Programas de Salud que ofrece el Empleador (Employer Health Programs, EHP). Visite* **ehp.org/find-a-provider** *para encontrar proveedores preferidos.*

Cobertura dental[2]	Plan integral	Plan alto
Deducible anual	Ninguno	Ninguno
Máximo anual No incluye ortodoncia	$1,500 por persona	$3,000 por persona
Servicios preventivos	Copago de $0	Copago de $0
Servicios básicos	Usted paga un coseguro del 20 %	Usted paga un coseguro del 20 %
Servicios mayores	Usted paga un coseguro del 50 %	Usted paga un coseguro del 40 %
Ortodoncia	Sin cobertura	El plan cubre el 50 % hasta un máximo de $1,500 de por vida, por persona

Cobertura de la vista	Plan de la vista Superior
Examen de los ojos	Cubierto al 100 %
Armazones y lentes de contacto	Asignación de $175
Lentes para la vista monofocales, bifocales, trifocales, lenticulares y de policarbonato[3]	Cubiertos al 100 %
Lentes progresivos	Cubre hasta el monto de un lente trifocal[4]
Adaptación de lentes de contacto	Estándar: Cubierta al 100 % Especial: Asignación de $50
Lentes de contacto médicamente necesarios	Cubierta al 100 %

2. *Si se inscribe en el plan médico HMO de Kaiser, la cobertura dental está incluida a través de Dominion Dental.*
3. *Cubierto solo para hijos dependientes.*
4. *Cubierto hasta el monto de lentes trifocales estándar en el consultorio del médico o proveedor; el miembro paga la diferencia entre el lente trifocal progresivo y el estándar, además del copago correspondiente.*