



Planes de salud para 2025

Individuales y familiares

Independence 

Nos alegra que esté considerando elegir a Independence Blue Cross.

Tómese su tiempo para leer la información de este manual. Consulte la página **72** para verificar si es elegible para recibir asistencia financiera y para obtener más información sobre cómo inscribirse.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para inscribirse en un plan de salud, estamos a su disposición. Puede contactarse con nosotros por los siguientes medios:



En línea en **ibx.com/mas**



Por teléfono al
1-844-888-1540 (TTY:711)
o contacte a su agente de seguros.



En persona en **Independence LIVE**

1919 Market Street, 2nd Floor
Philadelphia, PA 19103
Consulte nuestros horarios
de atención en **ibx.com/events**.



Índice

Filadelfia, nosotros nos encargamos	2
Conozca nuestros planes de salud	4
Nuestros planes más populares: Keystone HMO Proactive	5
Beneficios de medicamentos recetados.....	6
Complete su cobertura con un plan dental y de la vista para adultos .	7
Ahorre tiempo y dinero con la atención virtual.....	8
Obtenga el apoyo que necesita	9
Ayuda para que alcance el bienestar	10
Apoyo para su bienestar financiero.....	11
Una mirada rápida a nuestros planes de salud.....	12
Planes estándar para 2025	14
Planes con reducción del costo compartido para 2025	38
Planes dentales y de la vista para adultos para 2025	60
Notas al pie de los planes de salud	63
Cobertura para nativos norteamericanos u originarios de Alaska	64
Ubicaciones en el nivel hospitalario de Keystone HMO Proactive	65
Información importante sobre los planes	66
Glosario.....	70
¿Cómo se compran los planes individuales y familiares?	72
Seguro médico internacional a través de GeoBlue®	73

Filadelfia, nosotros nos encargamos

Solo hay un plan de Blue que ha considerado a Filadelfia como su hogar por más de 85 años: **Independence Blue Cross (IBX)**. Durante todo este tiempo, hemos hecho un gran esfuerzo para facilitar el acceso al seguro médico para que usted pueda concentrarse en sus prioridades.

Ninguna otra compañía de seguro médico conoce a Filadelfia como IBX. Durante más de 85 años, hemos permanecido profundamente comprometidos con las personas y las comunidades a las que servimos. Al igual que usted, vivimos y trabajamos aquí. Y dependemos de la calidad y la seguridad de nuestro plan de salud de IBX para mantener a nuestras familias seguras y sanas.

Cuando elige IBX, obtiene lo siguiente:

- la mayor red de médicos y hospitales en la región, sin importar el plan que elija;
- formas asequibles de obtener atención conveniente y de alta calidad;
- apoyo para toda su familia, lo que incluye su bienestar físico y emocional.



Nos comprometemos a cuidar de su salud

Queremos ayudarlo a construir y a mantener una buena salud, y diseñamos nuestros planes de salud con esta idea en mente.

Usted obtiene:

- \$300 por completar ciertas actividades, como realizarse un control anual;
- apoyo para su bienestar físico, emocional e incluso financiero;
- gastos de bolsillo más bajos cuando visita médicos de la red y proveedores de salud conductual por telesalud;
- \$0* para la atención virtual con un médico certificado por la junta o un proveedor de la salud conductual a través de Teladoc Health;
- reembolsos por el costo de elecciones de estilo de vida saludables, que incluye membresías de gimnasio o suscripciones virtuales y programas para controlar el peso y dejar de fumar.

*Se pueden aplicar costos compartidos para planes de salud calificados Catastrophic y HSA.

Estamos con usted cuando más lo necesita

Nunca está solo si tiene IBX. Tiene acceso a apoyo y servicios que le hacen la vida más fácil:

- enfermeros matriculados Health Coach, disponibles por teléfono las 24 horas, los 7 días de la semana para responder preguntas relacionadas con la salud;
- defensores de atención de salud conductual, que pueden programar citas directamente o conectarlo con un proveedor de salud conductual dentro de la red;
- representantes capacitados de Atención al Cliente que están listos para responder preguntas sobre sus beneficios;
- servicio de atención al cliente de manera presencial en Independence LIVE;
- una cuenta segura para socios en línea, que se personaliza para que le sea más fácil encontrar toda la información que necesita sobre sus beneficios y su atención médica.

Somos la compañía de seguros médicos de su pueblo, y cada vez más filadelfianos eligen IBX en lugar de otros planes de salud.



Conozca nuestros planes de salud

Ofrecemos una amplia variedad de planes de salud para que pueda encontrar uno que se adapte a sus necesidades. Independientemente del plan de salud que elija, siempre tendrá acceso a la red completa de proveedores de IBX.

Elija uno de nuestros tres niveles de planes de salud individuales y familiares: Gold, Silver y Bronze. También ofrecemos un plan de salud Catastrophic para personas menores de 30 años o para aquellas que califican para una exención especial.

Todos los planes de salud de IBX cubren los mismos beneficios de salud esenciales, entre ellos visitas al médico, internaciones, cobertura de medicamentos recetados, análisis de sangre, radiografías, cuidado preventivo y mucho más. También tiene acceso ilimitado a atención virtual por \$0 de copago.*

Las diferencias entre los planes de salud están en la prima mensual, si se aplica un deducible, y en los gastos de bolsillo cuando recibe servicios cubiertos.

	 Gold	 Silver	 Bronze
Prima mensual	\$\$\$	\$\$	\$
Gastos de bolsillo	\$	\$\$	\$\$\$
Una buena opción si...	Tiene previsto usar muchos servicios de atención médica	Ve doctores y especialistas de forma ocasional	No planea usar muchos servicios de atención médica

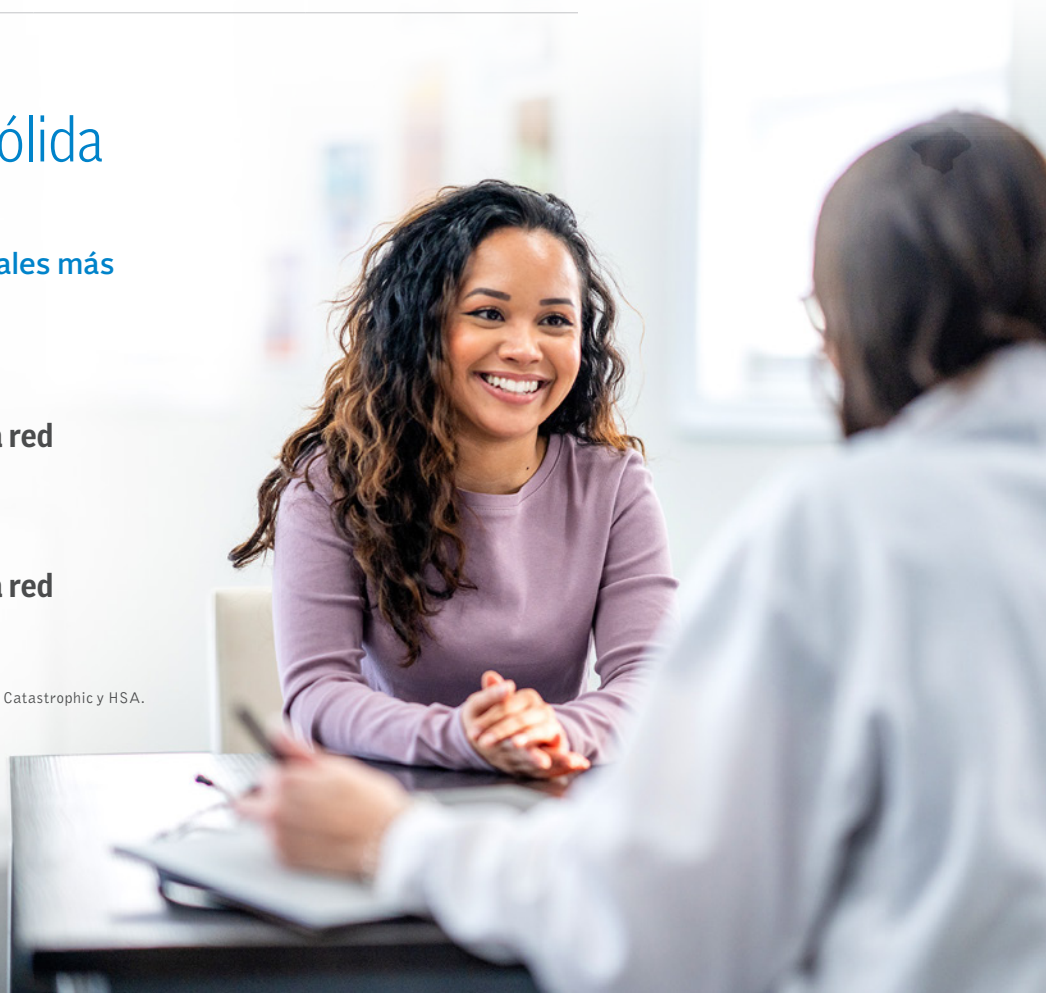
Obtenga la red más sólida

IBX tiene la red de médicos y hospitales más grande de la región.

60,000+ médicos dentro de la red

180+ hospitales dentro de la red

*Se pueden aplicar costos compartidos para planes de salud calificados Catastrophic y HSA.



Nuestros planes más populares: Keystone HMO Proactive

Los planes de salud Keystone HMO Proactive son los más populares por buenas razones. Sus primas mensuales son más bajas y puede ahorrar aún más al elegir médicos y hospitales en el Nivel 1.

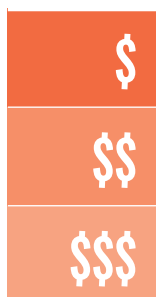


Ahorre con un plan de red por niveles

Para los planes de salud de Keystone HMO Proactive, agrupamos a los proveedores dentro de la red en tres niveles. Los médicos y hospitales que ofrecen atención de alta calidad a un costo menor están en el Nivel 1: Preferido.

El **50%**

de los médicos y hospitales dentro de la red están en el Nivel 1: Preferido



Nivel 1: Preferido

Nivel 2: Mejorado

Nivel 3: Estándar

Lo que debe saber sobre Keystone HMO Proactive.

- Elegirá un médico de cuidados primarios (PCP, primary care physician) que coordinará su atención médica y lo remitirá a especialistas.
- Puede consultar con cualquier médico o ir a cualquier hospital de la red de IBX una vez que tenga la remisión (no se necesitan remisiones para obstetricia/ginecología, mamografías, salud mental o atención de emergencia).
- Cuando consulta con médicos y va a hospitales del Nivel 1: Preferido, los gastos de bolsillo son los más bajos.
- Puede elegir los proveedores del Nivel 1 para ciertos servicios cubiertos y los Niveles 2 o 3 para otros servicios.
- Algunos servicios tienen el mismo costo en todos los niveles, como la atención preventiva, las visitas a la sala de emergencias* y la atención de urgencia.



Ahorre todavía más

Keystone HMO Silver Proactive Select | Keystone HMO Silver Proactive Value

Estas opciones de primas más bajas solo están disponibles cuando compra directamente desde IBX. Keystone HMO Silver Proactive Select no tiene deducible para ningún servicio cuando usa proveedores del Nivel 1. Keystone HMO Silver Proactive Value incluye un deducible para los Niveles del 1 al 3 para algunos servicios.

Keystone HMO Silver Proactive Basic | Keystone HMO Silver Proactive Essential

Estos planes ofrecen una prima más baja para las personas que compran con un crédito tributario en Pennie. Incluyen un deducible para los Niveles 1 a 3 para algunos servicios.

Revise los detalles de estos planes en las páginas 25 a 30.

*Si ingresa a un hospital dentro de la red desde la sala de emergencias, los costos compartidos para la atención hospitalaria como paciente internado, incluida la atención médica prestada por un proveedor profesional dentro de la red, se aplicarán según el nivel correspondiente al hospital o el proveedor profesional dentro de la red.

Si ingresa a un hospital fuera de la red después de haber sido atendido en una sala de emergencias, se aplicarán los beneficios del Nivel 3: Estándar. Para la atención que no es de emergencia, debe usar proveedores dentro de la red.

Beneficios de medicamentos recetados

Todos nuestros planes de salud individuales y familiares incluyen cobertura de medicamentos recetados para que tenga un acceso seguro y económico a los medicamentos cubiertos.

Herramientas en línea fáciles de usar

Puede administrar sus beneficios de medicamentos recetados fácilmente a través de su cuenta segura de socio. Puede iniciar sesión para encontrar una farmacia de la red, calcular los costos de los medicamentos, ver las reclamaciones y solicitar envíos por correo/entregas a domicilio.

Comodidad de pedido por correo o entrega a domicilio

Hay pedidos por correo o entregas a domicilio con envío gratuito para los medicamentos que consume habitualmente. En la mayoría de los planes, pagará menos por un suministro de 90 días cuando use el pedido por correo o la entrega a domicilio.

También puede obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento en una determinada farmacia minorista de la red al mismo costo compartido que el pedido por correo o la entrega a domicilio.

Ahorro en medicamentos especializados autoadministrados

Nuestro programa de medicamentos especializados autoadministrados ofrece opciones prácticas de entrega y apoyo a los socios que tienen afecciones complejas, como cáncer, hemofilia, hepatitis C, VIH/sida, artritis reumatoidea, esclerosis múltiple y otras afecciones inflamatorias. Recibirá asesoramiento de farmacéuticos y enfermeros experimentados por teléfono o videollamada y acceso a otros recursos.

Alternativas de menor costo

Ayudamos a los socios a ahorrar dinero. Pagará menos cuando su médico le recete alternativas de marcas genéricas y de menor costo. Hacemos que sea más fácil para los médicos elegir medicamentos económicos, ya que muchos pueden ver cuánto pagará un socio por un medicamento determinado mientras eligen el que quieren recetarle.



El formulario de valores tiene cinco niveles de costo compartido para los medicamentos con receta, y los genéricos son los más económicos.

\$	Medicamentos genéricos de bajo costo
\$\$	Medicamentos genéricos
\$\$\$	Medicamentos de marca (marca preferida)
\$\$\$\$	Medicamentos de marca y genéricos (no preferidos)
\$\$\$\$\$	Medicamentos especializados autoadministrados



Red de farmacias estándar

68,000 farmacias en todo el país



Red de farmacias preferidas

58,000+ farmacias en todo el país

Consulte las páginas 12-13, en la fila Detalles de Medicamentos Recetados, para ver la red de farmacias que utiliza cada plan de salud.

Complete su cobertura con un plan dental o de la vista para adultos

Espere más de sus planes dentales para adultos y de visión. Los planes se pueden adquirir en cualquier momento del año mediante IBX, con o sin un plan médico. Nota: Todos los planes médicos incluyen cobertura pediátrica dental y de la vista para los socios menores de 19 años.



Planes dentales para adultos

Nuestros planes dentales ofrecen los siguientes beneficios integrales:

- **Una amplia red de proveedores.** Tiene acceso a una de las redes dentales más grandes de atención dental de la región y a una red nacional de más de 500,000 puntos de acceso.
- **Sin períodos de espera.** Puede empezar a usar sus beneficios de inmediato.
- **Flexibilidad para consultar a cualquier dentista.** Maximizará sus ahorros si acude a un dentista dentro de la red, pero tiene la opción de consultar a cualquier dentista sin una remisión.
- **Incentivo de ahorro para la atención preventiva.** Los servicios preventivos no cuentan para alcanzar el máximo anual, por lo que puede usar esa cobertura para servicios más costosos.

Consulte las páginas 61 – 62 para obtener más información sobre los planes dentales y de la visión para adultos que ofrecemos.



Planes de la vista para adultos y familias

Nuestros planes de atención de la visión ofrecen los siguientes beneficios:

- **Una red que llega lejos.** La red nacional Davis Vision tiene más de 160,000 puntos de acceso, incluidas tiendas Visionworks y otras tiendas minoristas.
- **Examen oftalmológico anual y ajuste de lentes de contacto completamente cubiertos.*** Usted pagará \$0 para los exámenes de la visión de rutina anuales y las evaluaciones y ajustes de lentes de contacto cuando visite a un proveedor dentro de la red.
- **Opciones de \$0 de copago y de bajo costo para marcos y lentes.** Elija del inventario actualizado de marcos de diseño de la Exclusive Collection de Davis Vision. O use el beneficio de la asignación para los marcos o lentes de contacto que no son de Collection que obtiene de un proveedor dentro de la red.
- **Precios de tarifa fija en todos los lentes estéticos.** Sus opciones incluyen una gran variedad de tipos de lentes y de estilos de lentes de última generación.
- **Descuentos en otros servicios.** Ahorre en otros servicios, como corrección de la vista mediante cirugía láser, exámenes auditivos y tecnología de audífonos de marca de Your Hearing Network.

NEW Planes de la vista para familias disponibles ahora.

NEW Warby Parker, Target Optical y Pearle Vision ahora están incluidos en la red.†



Planifique para lo inesperado con LifeSecure

Después de un accidente, enfermedad grave o internación, su atención debería estar puesta en la recuperación, no en las finanzas. Los planes de seguro médico de LifeSecure pueden ayudarlo a:

- recuperar los ingresos perdidos;
- pagar gastos como deducibles médicos, visitas a consultorios fuera de la red, tratamientos sin cobertura, cuidado infantil, transporte a citas y mantenimiento del hogar.

Obtenga más información en ibx.com/lifesecond.

* Existe un período de espera de 30 días para todos los contratos del plan de la vista nuevos.

† Warby Parker, Target Optical y Pearle Vision no están incluidos en la red para socios pediátricos en planes médicos ACA. Estos proveedores están dentro de la red de nuestros planes de la vista individuales y familiares.

Los planes dentales están suscritos por QCC Insurance Company.

Una empresa socia de Independence Blue Cross tiene interés económico en Visionworks, una compañía independiente.

Los productos y servicios de Your Hearing Network están disponibles mediante su cobertura con Davis Vision. Your Hearing Network no es filial de Independence Blue Cross y no proporciona productos ni presta servicios de Blue Cross o Blue Shield. Your Hearing Network o Davis Vision son responsables de estos productos y servicios.

LifeSecure Insurance Company (New Hudson, MI) suscribe y tiene responsabilidad financiera total por los productos de seguros de accidentes, enfermedades graves y recuperación hospitalaria. Los productos enumerados son ofrecidos por LifeSecure Insurance Company, una compañía independiente. Estos no son productos de Blue Cross ni Blue Shield. LifeSecure es plenamente responsable por la administración de estos productos. LifeSecure y el logotipo son marcas registradas de LifeSecure Insurance Company.

Estas políticas incluyen limitaciones y exclusiones. Consulte la Descripción de cobertura o la Política. Esta es una solicitud de seguro médico. Es posible que un agente se contacte con usted.

Ahorre tiempo y dinero con una atención virtual

La atención virtual hace más fácil y más asequible el cuidado de su salud física y emocional.

Pague \$0 por la atención virtual de Teladoc Health

Con los beneficios de atención virtual ofrecidos por Teladoc Health (Teladoc), pagará \$0 por una consulta. Puede comunicarse con un médico certificado o un profesional de la salud conductual por teléfono, en línea o a través de la aplicación móvil de Teladoc para obtener atención que no sea de emergencia. Las visitas virtuales están disponibles en distintos idiomas a través de un intérprete, incluida la interpretación en la lengua de señas estadounidense (ASL, American Sign Language).

Pague menos por la atención virtual de los proveedores dentro de la red

Cuando tenga una visita virtual con su PCP o especialista, pagará menos de lo que pagaría por una visita en persona. Y pagará \$0 por consultas de salud conductual virtuales. Este costo compartido reducido está disponible para consultas virtuales con proveedores dentro de la red que ofrecen esta opción.



Medicina general de Teladoc

Hable con un médico certificado para tratar las afecciones que no sean de emergencia, como dolor sinusal, gripe, conjuntivitis y dolor de garganta. Obtendrá un diagnóstico y una receta (si es necesario).



Dermatología en Teladoc

Reciba atención dermatológica conveniente y confiable de un dermatólogo certificado que puede tratar una amplia gama de afecciones. Puede utilizar su cuenta de Teladoc para reservar una consulta de dermatología, completar un breve formulario y subir imágenes de su problema de piel.



Salud mental en Teladoc

Hable con un psiquiatra certificado por la junta, un psicólogo matriculado o un terapeuta de la red de Teladoc, ya sea por teléfono o videollamada. La red de profesionales de la salud conductual de Teladoc puede ayudarlo a abordar problemas como la ansiedad, la depresión, duelos, la presión laboral y otros, mientras construye una relación sólida y regular con el proveedor que elija.

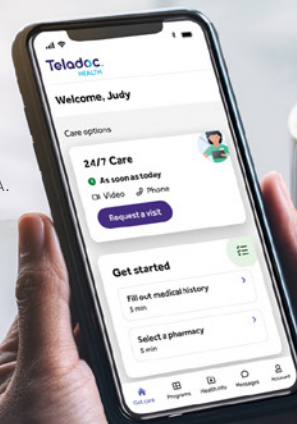
*Se pueden aplicar costos compartidos para planes de salud calificados Catastrophic y HSA.

Casi el
90%

de los usuarios están muy satisfechos con la experiencia Teladoc.

Más del
75%

de los usuarios que padecen depresión o ansiedad informaron que se sienten mejor después de la tercera o cuarta consulta de Teladoc Mental Health Care.



Obtenga el apoyo que necesita

Nunca está solo si tiene IBX. Para apoyarle en su camino de salud, ofrecemos los siguientes servicios y recursos.



Apoyo médico las 24 horas, los 7 días de la semana

Nuestro equipo de enfermeros matriculados Health Coach está disponible para proporcionar apoyo individualizado para responder preguntas relacionadas con la salud o afecciones más graves o complejas. También ofrecemos apoyo con la maternidad a las socias durante y después del embarazo.



Planificación familiar

Obtenga apoyo personalizado y diario en cada etapa de la crianza, que incluye el seguimiento del ciclo, la fertilidad, el embarazo, el cuidado del recién nacido y consejos para padres a través de las aplicaciones de Ovia Health.



Control de la diabetes y la hipertensión

Los programas de control de la diabetes y la hipertensión de Teladoc facilitan el control de las afecciones crónicas. Los socios elegibles obtienen clases personalizadas, suministros gratuitos (p. ej., tiras reactivas ilimitadas para quienes padezcan de diabetes), alertas médicas y más.



Apoyo de salud mental

Hacemos que obtener atención de salud conductual sea fácil. Nuestro equipo de salud conductual puede programar citas directamente o conectarlo con un proveedor de salud conductual dentro de la red para que lo atiendan rápidamente.



Peso saludable

Tendrá acceso a Wondr™ Health, un programa digital personalizado que le enseña cómo comer sus comidas favoritas, perder peso, dormir mejor y ganar energía. Sin contar calorías, sin restricciones y sin culpa.



Atención de la audición completa

Escuchar bien es fundamental para la salud y el bienestar general. El programa TruHearing incluye cobertura para un examen de la audición y descuentos en audífonos y equipos.

Estamos a su disposición.

Queremos que administrar sus beneficios y su salud le sea fácil.

Acceda a sus beneficios en cualquier momento

El camino hacia la salud es único para cada persona. Es por eso que hemos diseñado nuestro sitio web seguro para miembros y la aplicación móvil de IBX para que se centren en usted. Cuando se registre e inicie sesión, puede hacer lo siguiente:

- Ver coberturas, beneficios y reclamos
- Calcular gastos de bolsillo
- Ver, compartir o pedir tarjetas de identificación
- Solicitar o gestionar una entrega a domicilio para una receta
- Pagar su factura
- Crear un directorio personalizado de sus médicos
- Buscar proveedores dentro de la red

Obtener respuestas a sus preguntas

Atención al cliente:

Si tiene preguntas sobre sus beneficios, nuestros representantes del Servicio de Atención al Cliente están listos para ayudarlo.

Enfermeros matriculados Health Coach:

Puede llamar a un enfermero matriculado Health Coach las 24 horas del día, los 7 días de la semana si tiene preguntas sobre su salud o plan de tratamiento. Este servicio es confidencial y no tiene costo adicional para usted.

Ayuda para que alcance el bienestar

El camino hacia la salud de cada uno es diferente. Achieve Well-being es una manera divertida y personalizada para alcanzar sus objetivos de salud.

Ofrecemos apoyo, recursos y formas de ahorrar para que lograr sus objetivos de salud sea más fácil y divertido. Usted obtiene:

Herramientas en línea personalizadas

Achieve Well-being hace que sea fácil y divertido mantenerse motivado en su recorrido de bienestar. Puede crear un plan de acción y recibir recordatorios específicos para sus objetivos de salud. También puede sincronizar con aplicaciones y dispositivos de ejercicio para hacer un seguimiento de su progreso, crear desafíos e invitar a amigos.

Ahorros exclusivos para socios

Ahorre dinero en una amplia gama de productos y servicios relacionados con la salud, el traslado, el entretenimiento y los eventos, desde empresas locales y regionales hasta certificados de regalo de comerciantes y compras en línea.

Obtenga más información sobre los ahorros exclusivos para socios en Blue365® y Blue InsiderSM en ibx.com/discounts.

* Puede encontrar una lista de las actividades elegibles cuando inicia sesión en su cuenta para socios en ibx.com.

Recompensas por sus hábitos saludables

Aquí hay más incentivos para mantenerse saludable. Obtendrá hasta \$300 por completar ciertas actividades en su plan anual:

- Hacerse un control anual con un PCP
- Registrarse en Teladoc
- Participar digitalmente
- Completar 3 puntos más de una lista de actividades elegibles (como administrarse una vacuna preventiva o hacerse un examen o una limpieza dental con un dentista de la red)*



¡Obtenga hasta \$300 por año en recompensas!

Canjee sus recompensas por tarjetas de regalos electrónicas para tiendas minoristas, como Amazon, Best Buy, Dunkin y más.

Obtenga apoyo para su bienestar financiero

Nuestros planes de salud incluyen más que beneficios médicos y de medicamentos con receta. También queremos apoyar su bienestar financiero.



The College Tuition Benefit®

El The College Tuition Benefit funciona como una beca y puede reducir los costos universitarios hasta en un 25%. Puede ganar puntos SAGE Scholars Tuition Rewards® que se distribuyen equitativamente durante los cuatro años de educación universitaria en más de 450 colegios y universidades. Puede patrocinar a familiares inmediatos o extendidos.



GradFin

GradFin brinda asesoramiento personalizado sobre préstamos estudiantiles para ayudarlo a encontrar el plan de ahorro perfecto para préstamos estudiantiles federales y privados, lo que podría ahorrarle miles de dólares. Obtenga información sobre cómo administrar sus opciones de reembolso, que incluyen Income-Driven Repayment, Public Service Loan Forgiveness y refinanciación. Además, recibirá descuentos exclusivos en membresías anuales diseñadas para ahorrarle dinero y mejorar su futuro financiero.



AblePay

AblePay facilita la comprensión y el pago de los gastos médicos de bolsillo. Cuando se registra para obtener una membresía gratuita de AblePay y utiliza un proveedor de AblePay, puede ahorrar hasta un 13% en sus gastos médicos de bolsillo, incluidos deducibles, copagos y coseguro. AblePay también ofrece planes de pago flexibles de hasta 12 meses, todos con un 0% de interés.



Visite ibx.com/financialwellbeing para obtener más información sobre estos programas.

Estos son programas de valor agregado y no un beneficio en virtud de un plan médico de Independence Blue Cross y, por lo tanto, están sujetos a cambios sin previo aviso.

El programa Tuition Rewards es proporcionado por The College Tuition Benefit, una compañía independiente. Ni The College Tuition Benefit ni SAGE Scholars, Inc. proporcionan productos ni prestan servicios de Blue Cross.

GradFin, una marca de KeyBank N.A., es una empresa independiente que ofrece productos y servicios de préstamos estudiantiles a clientes de Independence Blue Cross. GradFin no ofrece productos ni servicios de Independence Blue Cross.

AblePay es una empresa independiente que no provee productos o servicios de Blue Cross o Blue Shield. Independence Blue Cross actúa únicamente como agente de AblePay. AblePay es plenamente responsable.



Ahorre con una cuenta de ahorros para la salud (HSA)

Cuando se inscribe en un plan de salud EPO que califica para una cuenta de ahorros para la salud (HSA, Health Savings Account) puede abrir una HSA. No pagará impuestos sobre el dinero que ingresa a su cuenta HSA,* y puede utilizar esos fondos sin impuestos para pagar gastos de atención médica calificados (incluidos los de atención dental y oftalmológica).

Por estos fondos, también puede ganar intereses o ingresos por inversiones libres de impuestos. Sus ahorros se acumulan año tras año y son suyos para conservarlos, incluso si cambia de plan de salud en el futuro.

* Para el año calendario 2025, las contribuciones a una cuenta HSA no podrán exceder los \$4,300 por cobertura individual (únicamente propias) y los \$8,550 por cobertura familiar. El monto de la contribución "de nivelación" anual para personas de 55 años o más es de \$1,000.

† Las cuentas de inversión son opcionales; se aplican cargos mensuales. Las comisiones de inversión no están incluidas en el ejemplo anterior. El saldo de la cuenta de inversión HSA está sujeto a riesgos de inversión, incluidas las fluctuaciones de valor y la posible pérdida del capital invertido.

Por ejemplo, suponga que aporta \$2,000 a su cuenta HSA cada año y gasta \$1,000 en gastos médicos calificados. Sus ahorros aumentarán con el tiempo.†

Al final del año 10:

Ahorro en impuestos

\$5,000

Saldo de la cuenta HSA

\$11,169

La información que antecede es solo con propósitos informativos. El ejemplo supone una categoría impositiva del 22%, impuestos estatales del 3% y que las opciones de inversión generan un retorno del 2%. Consulte con su asesor de impuestos sobre su situación particular. El retorno sobre la inversión no está garantizado.

Una mirada rápida a nuestros planes de salud

Ofrecemos una variedad de planes de salud para que pueda encontrar uno que se adapte a sus necesidades. Use la siguiente tabla para comparar la características de cada plan de salud. Puede encontrar información más detallada a partir de la página 14.

Comparación de planes de alto nivel

Nombre del plan	Gold						Silver NEW				
	Personal Choice® PPO Gold	Keystone HMO Gold	Personal Choice® PPO Gold Classic	Personal Choice® PPO Gold Preferred	Keystone HMO Gold Proactive	Keystone HMO Gold Classic	Personal Choice® PPO Silver Classic	Personal Choice® PPO Silver	Keystone HMO Silver Classic	Keystone HMO Silver Proactive	Keystone HMO Silver Proactive Lite
Dentro/fuera del intercambio			ON			ON	ON	OFF	ON	ON	ON
Requiere PCP y remisiones		✓			✓	✓			✓	✓	✓
Red nacional de la BlueCard®	✓		✓	✓			✓	✓			
Cobertura fuera de la red	✓		✓	✓			✓	✓			
Deducible	\$0	\$0	\$1,250	\$0	\$0	\$500	\$3,500	\$4,000	\$3,500	Nivel 1: \$0 Nivel 2: \$6,000 Nivel 3: \$6,000	Nivel 1: \$2,000 Nivel 2: \$6,500 Nivel 3: \$6,500
Gasto máximo de bolsillo	\$8,250	\$8,000	\$9,200	\$8,250	\$9,200	\$8,000	\$8,250	\$8,500	\$8,500	\$9,200	\$9,200
Consultas de atención primaria: atención en consultorio/virtual	\$30/\$20	\$35/\$25	20% sin ded./ 20% sin ded.	\$15/\$5	Nivel 1: \$15/\$10 Nivel 2: \$30/\$20 Nivel 3: \$45/\$30	\$40/\$25	\$30/\$20	\$35/\$25	\$35/\$25	Nivel 1: \$40/\$30 Nivel 2: \$70/\$50 Nivel 3: \$80/\$55	Nivel 1: \$50/\$35 Nivel 2: \$60/\$40 Nivel 3: \$70/\$50
Consultas con especialistas: atención en consultorio/virtual	\$65/\$45	\$65/\$45	20% después del ded./ 20% después del ded.	\$15/\$5	Nivel 1: \$40/\$30 Nivel 2: \$60/\$40 Nivel 3: \$80/\$55	\$80/\$55	\$75/\$50	\$80/\$55	\$80/\$55	Nivel 1: \$90/\$65 Nivel 2: \$140/\$100 Nivel 3: \$150/\$105	Nivel 1: \$90/\$60 Nivel 2: \$120/\$80 Nivel 3: \$140/\$95
Salud mental: pacientes ambulatorios	\$65	\$65	20% después del ded.	\$15	\$40 para cada nivel	\$80	\$75	\$80	\$80	\$90 para cada nivel	\$90 para cada nivel
Atención de urgencia	\$65	\$65	20% después del ded.	\$15	\$40 para cada nivel	\$80	30% después del ded.	\$80	30% después del ded.	\$90 para cada nivel	\$90 para cada nivel
Sala de emergencia	\$400	\$400	20% después del ded.	\$300	\$400 para cada nivel	\$400	30% después del ded.	\$600	30% después del ded.	\$950 para cada nivel	\$950 para cada nivel
Medicamentos con receta genéricos de bajo costo	\$3	\$3	\$3	\$3	\$3	\$3	\$3 sin ded. (integrado con ded. médico)	\$3 sin ded. (integrado con ded. médico)	\$3 sin ded. (integrado con ded. médico)	\$7 sin ded. (\$500 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta, excepto genéricos)	\$5 sin ded. (\$500 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta, excepto genéricos)
Detalles de medicamentos recetados	Red estándar	Red estándar	Red estándar	Red estándar	Red preferida, genéricos obligatorios	Red estándar	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios

■ Más popular



Este plan solo se puede adquirir mediante IBX directamente y no está disponible en Pennie.



Este plan solo está disponible para su compra mediante Pennie.

Silver					Bronze				Catastrophic	
Keystone HMO Silver Basic	Keystone HMO Silver Proactive Select	Keystone HMO Silver Proactive Basic	Keystone HMO Silver Proactive Essential	Keystone HMO Silver Proactive Value	Personal Choice® PPO Bronze	Personal Choice® EPO Bronze Reserve + elegible para HSA	Personal Choice® EPO Bronze Classic	Personal Choice® EPO Bronze Basic	Keystone HMO Bronze	Personal Choice® EPO Catastrophic
ON	OFF	ON	ON	OFF						
✓	✓	✓	✓	✓					✓	
					✓	✓	✓	✓		✓
					✓					
\$5,500	Nivel 1: \$0 Nivel 2: \$6,000 Nivel 3: \$6,000	Nivel 1: \$2,500 Nivel 2: \$7,000 Nivel 3: \$7,000	Nivel 1: \$5,000 Nivel 2: \$8,000 Nivel 3: \$8,000	Nivel 1: \$1,500 Nivel 2: \$6,000 Nivel 3: \$6,000	\$6,000	\$7,450	\$4,200	\$9,200	\$8,500	\$9,200
\$9,000	\$9,200	\$9,200	\$9,200	\$9,200	\$9,200	\$7,450	\$9,200	\$9,200	\$9,200	\$9,200
\$35/\$25	Nivel 1: \$40/\$30 Nivel 2: \$70/\$50 Nivel 3: \$80/\$55	Nivel 1: \$50/\$35 Nivel 2: \$60/\$40 Nivel 3: \$70/\$50	Nivel 1: \$50/\$35 Nivel 2: \$60/\$40 Nivel 3: \$70/\$50	Nivel 1: \$40/\$30 Nivel 2: \$60/\$40 Nivel 3: \$70/\$50	50% sin ded./ 50% sin ded.	0% después del ded./ 0% después del ded.	\$65/\$50	Visitas 1 - 3: \$20/\$15 Visita 4 y siguientes: 0% después del ded./ 0% después del ded.	\$75/\$50	Visitas 1-3: \$50/\$35 Visita 4 y siguientes: 0% después del ded./0% después del ded.
\$80/\$55	Nivel 1: \$90/\$60 Nivel 2: \$140/\$100 Nivel 3: \$150/\$105	Nivel 1: \$100/\$70 Nivel 2: \$120/\$80 Nivel 3: \$140/\$95	Nivel 1: \$100/\$70 Nivel 2: \$120/\$80 Nivel 3: \$140/\$95	Nivel 1: \$80/\$55 Nivel 2: \$120/\$80 Nivel 3: \$140/\$95	50% después del ded./ 50% después del ded.	0% después del ded./ 0% después del ded.	\$65/\$50	0% después del ded./ 0% después del ded.	\$150/\$100	0% después del ded./ 0% después del ded.
\$80	\$90 para cada nivel	\$100 para cada nivel	\$100 para cada nivel	\$80 para cada nivel	50% después del ded.	0% después del ded.	\$65	Visitas 1-3: \$0 Visitas 4+: 0% después del ded.	\$150	Visitas 1-3: \$0 Visita 4 y siguientes: 0% después del ded.
\$80	\$90 para cada nivel	\$100 para cada nivel	\$100 para cada nivel	\$80 para cada nivel	50% después del ded.	0% después del ded.	50% después del ded.	0% después del ded.	50% después del ded.	0% después del ded.
\$600	\$950 para cada nivel	\$950 para cada nivel	\$975 para cada nivel	\$950 para cada nivel	50% después del ded.	0% después del ded.	50% después del ded.	0% después del ded.	50% después del ded.	0% después del ded.
\$3 sin ded. (integrado con ded. médico)	\$5 sin ded. (\$600 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta, excepto genéricos)	\$5 sin ded. (\$500 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta, excepto genéricos)	\$5 sin ded. (\$600 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta, excepto genéricos)	\$5 sin ded. (\$500 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta, excepto genéricos)	\$5 sin ded. (integrado con ded. médico)	0% después del ded. (integrado con ded. médico)	\$5 sin ded. (integrado con ded. médico)	\$5 sin ded. (integrado con ded. médico)	\$5 sin ded. (integrado con ded. médico)	0% después del ded. (integrado con ded. médico)
Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios

Nota: todos los planes de salud incluyen cobertura pediátrica dental y de la vista para menores de 19 años.

Los resúmenes de este folleto representan solo una lista parcial de los beneficios de los planes Keystone Health Plan East y Personal Choice®. Es posible que estos planes de atención médica administrada no cubran todos sus gastos de atención médica. Lea cuidadosamente su contrato para determinar cuáles son los servicios de atención médica que están cubiertos. Para obtener más información, llame al 1-855-640-3454 (TTY: 711).

Planes estándar para 2025

Nuestros planes de salud estándar incluyen una gran variedad de opciones para que pueda elegir la que sea más conveniente para usted. Puede inscribirse en la mayoría de estos planes mediante Pennsylvania Insurance Exchange, o Pennie, si califica para obtener asistencia financiera.

Es posible que vea los siguientes indicadores en algunos planes de salud:

- OFF** Estos planes deben adquirirse directamente mediante IBX y no se ofrecen en Pennie.
- ON** Estos planes deben adquirirse en Pennie y no pueden adquirirse directamente mediante IBX.



Planes de salud de categoría Gold	Personal Choice® PPO Gold ²	
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga	Fuera de la red, usted paga ⁴
Deducible: individual/familiar	\$0/\$0	\$6,000/\$12,000
Coseguro	20%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$8,250/\$16,500 por copago y coseguro	\$12,000/\$24,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵		
Atención preventiva para adultos y niños	\$0	50% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	\$0	N/C
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750	50% sin ded.
Servicios del médico		
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$30/\$20	50% después del ded./50% después del ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$65/\$45	50% después del ded./50% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$30	50% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	\$0	Sin cobertura
Atención de urgencia	\$65	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) ⁶	\$50	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital ⁹	\$65/\$95	50% después del ded./50% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	\$750/día ⁷	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20%	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	\$400	\$400 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$60/\$90	50% después del ded./50% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$120/\$160	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	\$120/\$240	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	\$65/\$130	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50%	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$65/\$65	50% después del ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	\$750/día ⁷	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$300/\$700	50% después del ded./50% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	\$0/50%	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados^{12, 13}		
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$3	70%
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$20	70%
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ¹⁴	\$100	70%
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ¹⁴	50% hasta \$200	70%
Medicamentos especializados autoadministrados	50% hasta \$1,000	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios de la vista^{17, 18}		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0	Sin cobertura
Servicios dentales^{21, 22}		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	Sin cobertura

Planes de salud de categoría Gold

ON Personal Choice® PPO Gold Classic²

Beneficios por año calendario¹

Deducible: individual/familiar
Coseguro
Máximo de bolsillo: individual/familiar

Dentro de la red, usted paga

\$1,250/\$2,500
20%, a menos que se indique lo contrario
\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro

Fuera de la red, usted paga⁴

\$6,000/\$12,000
50%, a menos que se indique lo contrario
\$25,000/\$50,000 por ded. y coseguro

Servicios preventivos⁵

Atención preventiva para adultos y niños
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital

0% sin ded.	50% sin ded.
0% sin ded.	N/C
\$750 sin ded.	50% sin ded.

Servicios del médico

Consultas de atención primaria: consultorio/virtual
Consultas con especialistas: consultorio/virtual
Clínica en establecimiento minorista
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵
Atención de urgencia
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) ⁶
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital ⁶

20% sin ded./20% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
20% después del ded./20% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
20% sin ded.	50% después del ded.
0% sin ded.	Sin cobertura
20% después del ded.	50% después del ded.
20% después del ded.	50% después del ded.
20% después del ded./20% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.

Servicios hospitalarios y otros servicios médicos

Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio
Equipo médico duradero y prótesis
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás
Internación de salud mental y abuso de sustancias

20% después del ded.	50% después del ded.
20% después del ded.	50% después del ded.
20% después del ded.	20% después del ded. dentro de la red
20% después del ded./20% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
20% después del ded./20% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
20%, después del ded./40%, después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
20%, después del ded./40%, después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
50% después del ded.	50% después del ded.
20% después del ded./20% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
20% después del ded.	50% después del ded.

Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria/en hospital

20%, después del ded./40%, después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
---	---

Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios

En centro independiente/en hospital

0% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
--	---

Medicamentos recetados^{12, 13}

Deducible: individual/familiar
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ¹⁴
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ¹⁴
Medicamentos especializados autoadministrados

Ninguno	Ninguno
\$3	70%
\$20	70%
\$100	70%
50% hasta \$200	70%
50% hasta \$1,000	Sin cobertura

Beneficios adicionales

Servicios de la vista^{17, 18}
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}
Servicios dentales^{21, 22}
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)
Examen pediátrico y limpiezas ²³
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴

\$0 sin ded.	Sin cobertura
\$50	N/C
\$0 sin ded.	Sin cobertura
50% después del ded.	Sin cobertura

Planes de salud de categoría Gold	Personal Choice® PPO Gold Preferred ²	
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga	Fuera de la red, usted paga ⁴
Deducible: individual/familiar	\$0/\$0	\$6,000/\$12,000
Coseguro	20%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$8,250/\$16,500 por copago y coseguro	\$12,000/\$24,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵		
Atención preventiva para adultos y niños	\$0	50% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	\$0	N/C
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750	50% sin ded.
Servicios del médico		
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$15/\$5	50% después del ded./50% después del ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$15/\$5	50% después del ded./50% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$15	50% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	\$0	Sin cobertura
Atención de urgencia	\$15	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) ⁶	\$50	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital ⁶	\$45/\$45	50% después del ded./50% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	\$500/día ⁷	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20%	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	\$300	\$300 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$105/\$105	50% después del ded./50% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$300/\$300	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	\$120/\$240	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	\$45/\$90	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50%	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$15/\$45	50% después del ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	\$500/día ⁷	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$300/\$700	50% después del ded./50% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	\$0/50%	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados^{12, 13}		
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$3	70%
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$15	70%
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ¹⁴	\$100	70%
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ¹⁴	50% hasta \$200	70%
Medicamentos especializados autoadministrados	50% hasta \$1,000	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios de la vista ^{17, 18}		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0	Sin cobertura
Servicios dentales^{21, 22}		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	Sin cobertura

Planes de salud de categoría Gold

Keystone HMO Gold²

Beneficios por año calendario¹

Deducible: individual/familiar
Coseguro
Máximo de bolsillo: individual/familiar

Dentro de la red, usted paga³

\$0/\$0
20%, a menos que se indique lo contrario
\$8,000/\$16,000 por copago y coseguro

Servicios preventivos⁵

Atención preventiva para adultos y niños
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital

\$0
\$0
\$750

Servicios del médico

Consultas de atención primaria: consultorio/virtual
Consultas con especialistas: consultorio/virtual
Clínica en establecimiento minorista
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵
Atención de urgencia
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital

\$35/\$25
\$65/\$45
\$35
\$0
\$65
\$50
\$65/\$65

Servicios hospitalarios y otros servicios médicos

Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio
Equipo médico duradero y prótesis
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás
Internación de salud mental y abuso de sustancias

\$750/día ⁷
20%
\$400
\$60/\$60
\$120/\$120
\$120/\$240
\$65/\$130
50%
\$65/\$65
\$750/día ⁷

Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria/en hospital

\$300/\$700

Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios

En centro independiente/en hospital

\$0/\$0

Medicamentos recetados^{12, 13}

Deducible: individual/familiar
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ¹⁴
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ¹⁴
Medicamentos especializados autoadministrados

Ninguno
\$3
\$20
\$100
50% hasta \$200
50% hasta \$1,000

Beneficios adicionales

Servicios de la vista^{17, 18}

Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}

\$0

Servicios dentales^{21, 22}

Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)

\$50

Examen pediátrico y limpiezas ²³

\$0 sin ded.

Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴
--

50% después del ded.

Planes de salud de categoría Gold	Keystone HMO Gold Proactive ²		
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar	\$0/\$0	\$0/\$0	\$0/\$0
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	20%, a menos que se indique lo contrario	30%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ⁹	\$9,200/\$18,400 por copago y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago y coseguro
Servicios preventivos⁵			
Atención preventiva para adultos y niños	\$0	\$0	\$0
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	\$0	\$0	\$0
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750	\$750	\$750
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$15/\$10	\$30/\$20	\$45/\$30
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$40/\$30	\$60/\$40	\$80/\$55
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$15	\$30	\$45
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	\$0	\$0	\$0
Atención de urgencia	\$40	\$40	\$40
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50	\$50	\$50
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$60/\$60	\$60/\$60	\$60/\$60
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	\$350/día ⁷	\$700/día ⁷	\$1,100/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	20%	30%
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁰	\$400	\$400	\$400
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$60/\$60	\$60/\$60	\$60/\$60
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$120/\$120	\$120/\$120	\$120/\$120
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50%/50%	50%/50%	50%/50%
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0%/0%	20%/20%	30%/30%
Equipo médico duradero y prótesis	50%	50%	50%
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$40/\$40	\$40/\$40	\$40/\$40
Internación de salud mental y abuso de sustancias	\$350/día ⁷	\$350/día ⁷	\$350/día ⁷
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$150/\$150	\$550/\$550	\$1,000/\$1,000
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	\$0/\$0	\$0/\$0	\$0/\$0
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}			
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$3	\$3	\$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$20	\$20	\$20
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	\$100	\$100	\$100
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% hasta \$300	50% hasta \$300	50% hasta \$300
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% hasta \$1,000	50% hasta \$1,000	50% hasta \$1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0	\$0	\$0
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes de salud de categoría Gold

ON Keystone HMO Gold Classic²

Beneficios por año calendario¹

Deducible: individual/familiar

Coseguro

Máximo de bolsillo: individual/familiar

Dentro de la red, usted paga³

\$500/\$1,000

20%, a menos que se indique lo contrario

\$8,000/\$16,000 por copago, ded. y coseguro

Servicios preventivos⁵

Atención preventiva para adultos y niños

\$0 sin ded.

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus

\$0 sin ded.

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital

\$750 sin ded.

Servicios del médico

Consultas de atención primaria: consultorio/virtual

\$40 sin ded./\$25 sin ded.

Consultas con especialistas: consultorio/virtual

\$80 sin ded./\$55 sin ded.

Clínica en establecimiento minorista

\$40 sin ded.

Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado²⁵

\$0 sin ded.

Atención de urgencia

\$80 sin ded.

Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)

\$50 sin ded.

Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital

\$80 sin ded./\$80 sin ded.

Servicios hospitalarios y otros servicios médicos

Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)

20% después del ded.

Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)

20% después del ded.

Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)

\$400 sin ded.

Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital

\$60 sin ded./\$60 sin ded.

Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital

\$125 sin ded./\$125 sin ded.

Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio

\$150 sin ded./\$300 sin ded.

Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio

\$80 sin ded./\$160 sin ded.

Equipo médico duradero y prótesis

50% después del ded.

Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás

\$80 sin ded./\$80 sin ded.

Internación de salud mental y abuso de sustancias

20% después del ded.

Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria/en hospital

\$300 sin ded./\$700 sin ded.

Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios

En centro independiente/en hospital

0% sin ded./0% sin ded.

Medicamentos recetados^{12, 13}

Deducible: individual/familiar

Ninguno

Medicamentos genéricos de bajo costo¹⁴

\$3

Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas¹⁴

\$20

Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas¹⁴

\$100

Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas¹⁴

50% hasta \$200

Medicamentos especializados autoadministrados

50% hasta \$1,000

Beneficios adicionales

Servicios de la vista^{17, 18}

Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos^{19, 20}

\$0 sin ded.

Servicios dentales^{21, 22}

Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)

\$50

Examen pediátrico y limpiezas²³

\$0 sin ded.

Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia²⁴

50% después del ded.

Planes médicos de categoría Silver	ON Personal Choice® PPO Silver Classic ²	
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga	Fuera de la red, usted paga ⁴
Deducible: individual/familiar	\$3,500/\$7,000	\$10,000/\$20,000
Coseguro	30%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$8,250/\$16,500 por copago, ded. y coseguro	\$20,000/\$40,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos ⁵		
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	50% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	N/C
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.	50% sin ded.
Servicios del médico		
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$30 sin ded./\$20 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$75 sin ded./\$50 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$30 sin ded.	50% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.	Sin cobertura
Atención de urgencia	30% después del ded.	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) ⁶	\$50 sin ded.	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital ⁶	\$75 sin ded./\$105 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	25% después del ded.	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	30% después del ded.	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	30% después del ded.	30% después del ded. dentro de la red
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	30% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	30% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	30% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	30% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del ded.	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$75 sin ded./30% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	25% después del ded.	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	30% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./50% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados ^{12, 13, 15}		
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$3 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$20 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$300	70% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$400	70% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded. hasta \$1,000	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios de la vista ^{17, 18}		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios dentales ^{21, 22}		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	Sin cobertura

Planes médicos de categoría Silver

OFF Personal Choice® PPO Silver Basic²



Beneficios por año calendario¹

Deducible: individual/familiar

Coseguro

Máximo de bolsillo: individual/familiar

Dentro de la red, usted paga

\$4,000/\$8,000

30%, a menos que se indique lo contrario

\$8,500/\$17,000 por copago, ded. y coseguro

Fuera de la red, usted paga⁴

\$10,000/\$20,000

50%, a menos que se indique lo contrario

\$20,000/\$40,000 por ded. y coseguro

Servicios preventivos⁵

Atención preventiva para adultos y niños

0% sin ded.

50% sin ded.

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus

0% sin ded.

N/C

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital

\$750 sin ded.

50% sin ded.

Servicios del médico

Consultas de atención primaria: consultorio/virtual

\$35 sin ded./\$25 sin ded.

50% después del ded./50% después del ded.

Consultas con especialistas: consultorio/virtual

\$80 sin ded./\$55 sin ded.

50% después del ded./50% después del ded.

Clínica en establecimiento minorista

\$35 sin ded.

50% después del ded.

Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado²⁵

0% sin ded.

Sin cobertura

Atención de urgencia

\$80 sin ded.

50% después del ded.

Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)⁶

\$50 sin ded.

50% después del ded.

Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital⁶

\$80 sin ded./\$110 sin ded.

50% después del ded./50% después del ded.

Servicios hospitalarios y otros servicios médicos

Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)

25% después del ded.

50% después del ded.

Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)

30% después del ded.

50% después del ded.

Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)

\$600 sin ded.

\$600 sin ded.

Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital

\$100 sin ded./\$150 sin ded.

50% después del ded./50% después del ded.

Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital

\$200 sin ded./\$250 sin ded.

50% después del ded./50% después del ded.

Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio

30% después del ded./50% después del ded.

50% después del ded./50% después del ded.

Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio

30% después del ded./50% después del ded.

50% después del ded./50% después del ded.

Equipo médico duradero y prótesis

50% después del ded.

50% después del ded.

Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás

\$80 sin ded./\$80 sin ded.

50% después del ded./50% después del ded.

Internación de salud mental y abuso de sustancias

25% después del ded.

50% después del ded.

Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria/en hospital

\$750 después del ded./\$750 después del ded.

50% después del ded./50% después del ded.

Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios

En centro independiente/en hospital

0% sin ded./50% sin ded.

50% después del ded./50% después del ded.

Medicamentos recetados^{12, 13, 15}

Deducible: individual/familiar

Integrado con ded. médico

Integrado con ded. médico

Medicamentos genéricos de bajo costo¹⁴

\$3 sin ded.

70% sin ded.

Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas¹⁴

\$20 sin ded.

70% sin ded.

Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas^{14, 16}

50% después del ded. hasta \$300

70% después del ded.

Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas^{14, 16}

50% después del ded. hasta \$400

70% después del ded.

Medicamentos especializados autoadministrados¹⁶

50% después del ded. hasta \$1,000

Sin cobertura

Beneficios adicionales

Servicios de la vista^{17, 18}

Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos^{19, 20}

\$0 sin ded.

Sin cobertura

Servicios dentales^{21, 22}

Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)

\$50

N/C

Examen pediátrico y limpiezas²³

\$0 sin ded.

Sin cobertura

Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia²⁴

50% después del ded.

Sin cobertura

Planes médicos de categoría Silver

ON **Keystone HMO Silver Classic²**

Beneficios por año calendario¹

Deducible: individual/familiar
Coseguro
Máximo de bolsillo: individual/familiar

Dentro de la red, usted paga³

\$3,500/\$7,000
30%, a menos que se indique lo contrario
\$8,500/\$17,000 por copago, ded. y coseguro

Servicios preventivos⁵

Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.

Servicios del médico

Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$35 sin ded./\$25 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$35 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.
Atención de urgencia	30% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$80 sin ded./\$80 sin ded.

Servicios hospitalarios y otros servicios médicos

Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	30% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	30% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	30% después del ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$120 sin ded./\$120 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$250 sin ded./\$250 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	30% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	30% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$80 sin ded./\$80 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	30% después del ded.

Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$400 sin ded./\$800 sin ded.
---	-------------------------------

Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios

En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.
-------------------------------------	-------------------------

Medicamentos recetados^{12, 13, 15}

Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded. hasta \$1,000

Beneficios adicionales

Servicios de la vista^{17, 18}	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.

Planes médicos de categoría Silver	ON Keystone HMO Silver Proactive ²		
	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Beneficios por año calendario¹			
Deducible: individual/familiar ⁸	\$0/\$0	\$6,000/\$12,000	\$6,000/\$12,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ⁹	\$9,200/\$18,400 por copago y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$40/\$30	\$70 sin ded./\$50 sin ded.	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$90/\$65	\$140 sin ded./\$100 sin ded.	\$150 sin ded./\$105 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$40	\$70 sin ded.	\$80 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$90	\$90 sin ded.	\$90 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$90/\$90	\$90 sin ded./\$90 sin ded.	\$90 sin ded./\$90 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	\$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$900/día ⁷	Sujeto a ded. y \$1,300/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁰	\$950	\$950 sin ded.	\$950 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$150/\$150	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$375/\$375	\$375 sin ded./\$375 sin ded.	\$375 sin ded./\$375 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50%/50%	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50%	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$90/\$90	\$90 sin ded./\$90 sin ded.	\$90 sin ded./\$90 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	\$600/día ⁷	\$600/día sin ded. ⁷	\$600/día sin ded. ⁷
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$250/\$250	Sujeto a ded. y copago de \$750/Sujeto a ded. y copago de \$750	Sujeto a ded. y copago de \$1,250/ sujeto a ded. y copago de \$1,250
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0%/0%	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}			
Deducible: individual/familiar ⁷	\$500/\$1,000	\$500/\$1,000	\$500/\$1,000
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$7 sin ded.	\$7 sin ded.	\$7 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$25 sin ded.	\$25 sin ded.	\$25 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	\$100 después del ded.	\$100 después del ded.	\$100 después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes médicos de categoría Silver

ON Keystone HMO Silver Proactive Lite²

Beneficios por año calendario¹

	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar ⁸	\$2,000/\$4,000	\$6,500/\$13,000	\$6,500/\$13,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ⁹	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro

Servicios preventivos⁵

Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.

Servicios del médico

Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$50 sin ded./\$35 sin ded.	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$70 sin ded./\$50 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$90 sin ded./\$60 sin ded.	\$120 sin ded./\$80 sin ded.	\$140 sin ded./\$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$50 sin ded.	\$60 sin ded.	\$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$90 sin ded.	\$90 sin ded.	\$90 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$90 sin ded./\$90 sin ded.	\$90 sin ded./\$90 sin ded.	\$90 sin ded./\$90 sin ded.

Servicios hospitalarios y otros servicios médicos

Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$900/día ⁷	Sujeto a ded. y \$1,300/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁰	\$950 sin ded.	\$950 sin ded.	\$950 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$300 sin ded./\$300 sin ded.	\$300 sin ded./\$300 sin ded.	\$300 sin ded./\$300 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin ded.	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$90 sin ded./\$90 sin ded.	\$90 sin ded./\$90 sin ded.	\$90 sin ded./\$90 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷

Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de \$250/Sujeto a ded. y copago de \$250	Sujeto a ded. y copago de \$750/Sujeto a ded. y copago de \$750	Sujeto a ded. y copago de \$1,250/Sujeto a ded. y copago de \$1,250
---	---	---	---

Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios

En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
-------------------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Medicamentos recetados^{12, 13, 15}

Deducible: individual/familiar ⁷	\$500/\$1,000	\$500/\$1,000	\$500/\$1,000
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14,16}	\$90 después del ded.	\$90 después del ded.	\$90 después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14,16}	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000

Beneficios adicionales

Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes médicos de categoría Silver

ON Keystone HMO Silver Basic²

Beneficios por año calendario¹

Deducible: individual/familiar
Coseguro
Máximo de bolsillo: individual/familiar

Dentro de la red, usted paga³

\$5,500/\$11,000
50%, a menos que se indique lo contrario
\$9,000/\$18,000 por copago, ded. y coseguro

Servicios preventivos⁵

Atención preventiva para adultos y niños
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital

0% sin ded.
0% sin ded.
\$750 sin ded.

Servicios del médico

Consultas de atención primaria: consultorio/virtual
Consultas con especialistas: consultorio/virtual
Clínica en establecimiento minorista
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵
Atención de urgencia
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital

\$35 sin ded./\$25 sin ded.
\$80 sin ded./\$55 sin ded.
\$35 sin ded.
0% sin ded.
\$80 sin ded.
\$50 sin ded.
\$80 sin ded./\$80 sin ded.

Servicios hospitalarios y otros servicios médicos

Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio
Equipo médico duradero y prótesis
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás
Internación de salud mental y abuso de sustancias

50% después del ded.
50% después del ded.
\$600 sin ded.
\$175 sin ded./\$175 sin ded.
\$350 sin ded./\$350 sin ded.
50% después del ded./50% después del ded.
50% después del ded./50% después del ded.
50% después del ded.
\$80 sin ded./\$120 sin ded.
50% después del ded.

Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria/en hospital

\$1,650 después del ded./\$1,650 después del ded.

Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios

En centro independiente/en hospital

0% sin ded./0% sin ded.

Medicamentos recetados^{12, 13, 15}

Deducible: individual/familiar
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶

Integrado con ded. médico
\$3 sin ded.
\$20 sin ded.
50% después del ded. hasta \$300
50% después del ded. hasta \$400
50% después del ded. hasta \$1,000

Beneficios adicionales

Servicios de la vista^{17, 18}

Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}

\$0 sin ded.

Servicios dentales^{21, 22}

Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)

\$50

Examen pediátrico y limpiezas ²³

\$0 sin ded.

Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴
--

50% después del ded.

Planes médicos de categoría Silver

OFF Keystone HMO Silver Proactive Select²

Beneficios por año calendario¹

	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar ⁸	\$0/\$0	\$6,000/\$12,000	\$6,000/\$12,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ⁹	\$9,200/\$18,400 por copago y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro

Servicios preventivos⁵

Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.

Servicios del médico

Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$40/\$30	\$70 sin ded./\$50 sin ded.	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$90/\$60	\$140 sin ded./\$100 sin ded.	\$150 sin ded./\$105 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$40	\$70 sin ded.	\$80 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$90	\$90 sin ded.	\$90 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$90/\$90	\$90 sin ded./\$90 sin ded.	\$90 sin ded./\$90 sin ded.

Servicios hospitalarios y otros servicios médicos

Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	\$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$900/día ⁷	Sujeto a ded. y \$1,300/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁰	\$950	\$950 sin ded.	\$950 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$150/\$150	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$375/\$375	\$375 sin ded./\$375 sin ded.	\$375 sin ded./\$375 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50%/50%	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50%	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$90/\$90	\$90 sin ded./\$90 sin ded.	\$90 sin ded./\$90 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	\$600/día ⁷	\$600/día sin ded. ⁷	\$600/día sin ded. ⁷

Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$250/\$250	Sujeto a ded. y copago de \$750/Sujeto a ded. y copago de \$750	Sujeto a ded. y copago de \$1,250/sujeto a ded. y copago de \$1,250
---	-------------	---	---

Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios

En centro independiente/en hospital	0%/0%	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
-------------------------------------	-------	-------------------------	-------------------------

Medicamentos recetados^{12, 13, 15}

Deducible: individual/familiar ⁷	\$600/\$1,200	\$600/\$1,200	\$600/\$1,200
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$25 sin ded.	\$25 sin ded.	\$25 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	\$100 después del ded.	\$100 después del ded.	\$100 después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000

Beneficios adicionales

Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes médicos de categoría Silver

ON Keystone HMO Silver Proactive Basic²

Beneficios por año calendario¹

	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar ⁸	\$2,500/\$5,000	\$7,000/\$14,000	\$7,000/\$14,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ⁹	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro

Servicios preventivos⁵

Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.

Servicios del médico

Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$50 sin ded./\$35 sin ded.	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$70 sin ded./\$50 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$100 sin ded./\$70 sin ded.	\$120 sin ded./\$80 sin ded.	\$140 sin ded./\$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$50 sin ded.	\$60 sin ded.	\$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$100 sin ded.	\$100 sin ded.	\$100 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.

Servicios hospitalarios y otros servicios médicos

Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$900/día ⁷	Sujeto a ded. y \$1,300/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁰	\$950 sin ded.	\$950 sin ded.	\$950 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$300 sin ded./\$300 sin ded.	\$300 sin ded./\$300 sin ded.	\$300 sin ded./\$300 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin ded.	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷

Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de \$250/Sujeto a ded. y copago de \$250	Sujeto a ded. y copago de \$750/Sujeto a ded. y copago de \$750	Sujeto a ded. y copago de \$1,250/Sujeto a ded. y copago de \$1,250
---	---	---	---

Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios

En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
-------------------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Medicamentos recetados^{12, 13, 15}

Deducible: individual/familiar ⁷	\$500/\$1,000	\$500/\$1,000	\$500/\$1,000
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$400	50% después del ded. hasta \$400	50% después del ded. hasta \$400
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000

Beneficios adicionales

Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes médicos de categoría Silver

ON Keystone HMO Silver Proactive Essential²

Beneficios por año calendario¹

	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar ⁸	\$5,000/\$10,000	\$8,000/\$16,000	\$8,000/\$16,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ⁹	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro

Servicios preventivos⁵

Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.

Servicios del médico

Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$50 sin ded./\$35 sin ded.	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$70 sin ded./\$50 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$100 sin ded./\$70 sin ded.	\$120 sin ded./\$80 sin ded.	\$140 sin ded./\$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$50 sin ded.	\$60 sin ded.	\$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$100 sin ded.	\$100 sin ded.	\$100 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.

Servicios hospitalarios y otros servicios médicos

Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$900/día ⁷	Sujeto a ded. y \$1,300/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁰	\$975 sin ded.	\$975 sin ded.	\$975 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$300 sin ded./\$300 sin ded.	\$300 sin ded./\$300 sin ded.	\$300 sin ded./\$300 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin ded.	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷

Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de \$250/Sujeto a ded. y copago de \$250	Sujeto a ded. y copago de \$750/Sujeto a ded. y copago de \$750	Sujeto a ded. y copago de \$1,250/ sujeto a ded. y copago de \$1,250
---	---	---	--

Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios

En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
-------------------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Medicamentos recetados^{12, 13, 15}

Deducible: individual/familiar ⁷	\$600/\$1,200	\$600/\$1,200	\$600/\$1,200
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$25 sin ded.	\$25 sin ded.	\$25 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$400	50% después del ded. hasta \$400	50% después del ded. hasta \$400
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000

Beneficios adicionales

Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes médicos de categoría Silver

OFF Keystone HMO Silver Proactive Value²

Beneficios por año calendario¹

	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar ⁸	\$1,500/\$3,000	\$6,000/\$12,000	\$6,000/\$12,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ⁹	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro

Servicios preventivos⁵

Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.

Servicios del médico

Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$40 sin ded./\$30 sin ded.	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$70 sin ded./\$50 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$80 sin ded./\$55 sin ded.	\$120 sin ded./\$80 sin ded.	\$140 sin ded./\$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$40 sin ded.	\$60 sin ded.	\$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$80 sin ded.	\$80 sin ded.	\$80 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$80 sin ded./\$80 sin ded.	\$80 sin ded./\$80 sin ded.	\$80 sin ded./\$80 sin ded.

Servicios hospitalarios y otros servicios médicos

Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$900/día ⁷	Sujeto a ded. y \$1,300/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁹	\$950 sin ded.	\$950 sin ded.	\$950 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$300 sin ded./\$300 sin ded.	\$300 sin ded./\$300 sin ded.	\$300 sin ded./\$300 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin ded.	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$80 sin ded./\$80 sin ded.	\$80 sin ded./\$80 sin ded.	\$80 sin ded./\$80 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷

Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de \$250/Sujeto a ded. y copago de \$250	Sujeto a ded. y copago de \$750/Sujeto a ded. y copago de \$750	Sujeto a ded. y copago de \$1,250/ sujeto a ded. y copago de \$1,250
---	---	---	--

Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios

En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
-------------------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Medicamentos recetados^{12, 13, 15}

Deducible: individual/familiar ⁷	\$500/\$1,000	\$500/\$1,000	\$500/\$1,000
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	\$100 después del ded.	\$100 después del ded.	\$100 después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000

Beneficios adicionales

Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes médicos de categoría Bronze

Personal Choice® PPO Bronze²

Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga	Fuera de la red, usted paga ⁴
Deducible: individual/familiar	\$6,000/\$12,000	\$15,000/\$30,000
Coseguro	50%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro	\$25,000/\$50,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵		
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	50% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	N/C
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.	50% sin ded.
Servicios del médico		
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	50% sin ded./50% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	50% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	50% sin ded.	50% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.	Sin cobertura
Atención de urgencia	50% después del ded.	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) ⁶	50% después del ded.	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital ⁶	50% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	25% después del ded.	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del ded.	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	50% después del ded.	50% después del ded. dentro de la red
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	50% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	50% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	50% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del ded.	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	50% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	25% después del ded.	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	50% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	0% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}		
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$5 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$35 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded.	70% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded.	70% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded.	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios de la vista^{17, 18}		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios dentales^{21, 22}		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	Sin cobertura

Planes médicos de categoría Bronze

Personal Choice® EPO Bronze Reserve + elegible para HSA²

Beneficios por año calendario¹

Deducible: individual/familiar
Coseguro
Máximo de bolsillo: individual/familiar

Dentro de la red, usted paga³

\$7,450/\$14,900
0%
\$7,450/\$14,900 por copago, ded. y coseguro

Servicios preventivos⁵

Atención preventiva para adultos y niños
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital

0% sin ded.
0% sin ded.
\$750 sin ded.

Servicios del médico

Consultas de atención primaria: consultorio/virtual
Consultas con especialistas: consultorio/virtual
Clínica en establecimiento minorista
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵
Atención de urgencia
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital

0% después del ded./0% después del ded.
0% después del ded./0% después del ded.
0% después del ded.
0% después del ded.
0% después del ded.
0% después del ded.
0% después del ded./0% después del ded.

Servicios hospitalarios y otros servicios médicos

Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio
Equipo médico duradero y prótesis
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás
Internación de salud mental y abuso de sustancias

0% después del ded.
0% después del ded.
0% después del ded.
0% después del ded./0% después del ded.
0% después del ded./0% después del ded.
0% después del ded./0% después del ded.
0% después del ded./0% después del ded.
0% después del ded.
0% después del ded./0% después del ded.
0% después del ded.

Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria/en hospital

0% después del ded./0% después del ded.

Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios

En centro independiente/en hospital

0% después del ded./0% después del ded.

Medicamentos recetados^{12, 13, 15}

Deducible: individual/familiar
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁵

Integrado con ded. médico
0% después del ded.
0% después del ded.
0% después del ded.
0% después del ded.
0% después del ded.

Beneficios adicionales

Servicios de la vista^{17, 18}

Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}

\$0 sin ded.

Servicios dentales^{21, 22}

Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)
Examen pediátrico y limpiezas ²³
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴

Integrado con ded. médico
0% sin ded.
0% después del ded.

Planes médicos de categoría Bronze	Personal Choice® EPO Bronze Classic ²
Beneficios por año calendario¹	Dentro de la red, usted paga³
Deducible: individual/familiar	\$4,200/\$8,400
Coseguro	50%
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$65 sin ded./\$50 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$65 sin ded./\$50 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$65 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.
Atención de urgencia	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$65 sin ded./\$65 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	50% después del ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	50% después del ded./50% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	65% sin ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	50% después del ded./50% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	50% después del ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded.
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista^{17, 18}	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.

Planes médicos de categoría Bronze	Personal Choice® EPO Bronze Basic ²
Beneficios por año calendario¹	Dentro de la red, usted paga³
Deducible: individual/familiar	\$9,200/\$18,400
Coseguro	0%
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	Visitas 1 a 3: copago de \$20 sin ded./copago de \$15 sin ded.* Visita 4 y siguientes: 0% después del ded./0% después del ded.*
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	0% después del ded./0% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	0% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.
Atención de urgencia	0% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	0% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	0% después del ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	0% después del ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	Visitas 1 a 3: 0% sin ded./0% después del ded. Visita 4 y siguientes: 0% después del ded./0% después del ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	0% después del ded.
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$25 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	0% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	0% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	0% después del ded.
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista^{17, 18}	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	Integrado con ded. médico
Examen pediátrico y limpiezas ²³	0% sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	0% después del ded.

Planes médicos de categoría Bronze	Keystone HMO Bronze ²
Beneficios por año calendario¹	Dentro de la red, usted paga³
Deducible: individual/familiar	\$8,500/\$17,000
Coseguro	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$75 sin ded./\$50 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$150 sin ded./\$100 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$75 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.
Atención de urgencia	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$150 sin ded./\$150 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y \$700/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	50% después del ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$150 sin ded./\$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$250 sin ded./\$250 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$150 sin ded./\$150 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a ded. y \$700/día ⁷
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$750 después del ded./\$1,000 después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	\$10 sin ded./\$10 sin ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$25 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded.
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista^{17, 18}	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.

Plan de salud Catastrophic	Personal Choice® EPO Catastrophic ²
Beneficios por año calendario¹	Dentro de la red, usted paga³
Deducible: individual/familiar	\$9,200/\$18,400
Coseguro	0%
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	Visitas 1 a 3: copago de \$50 sin ded.*/copago de \$35 sin ded.* Visita 4 y siguientes: 0% después del ded.*/0% después del ded.*
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	0% después del ded./0% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	0% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% después del ded.
Atención de urgencia	0% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	0% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	0% después del ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	0% después del ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	Visitas 1 a 3: 0% sin ded./0%, después del ded. Visita 4 y siguientes: 0% después del ded./0% después del ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	0% después del ded.
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	0% después del ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	0% después del ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	0% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	0% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	0% después del ded.
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista^{17, 18}	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	Integrado con ded. médico
Examen pediátrico y limpiezas ²³	0% sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	0% después del ded.

Independence 

Planes de reducción del costo compartido para 2025

Inscríbase en un plan de salud Cost-Share Reduction (CSR) en Pennsylvania Insurance Exchange, Pennie, si reúne los requisitos tanto para primas mensuales más bajas como para gastos de bolsillo más bajos (consulte la página 72 para obtener más información). Llámenos al 1-855-640-3454 si necesita ayuda para determinar su elegibilidad o hacer una solicitud.



Independence 

IBX

Planes Silver 200–249 % CSR	Personal Choice® PPO Silver Classic ²	
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga	Fuera de la red, usted paga ⁴
Deducible: individual/familiar	\$3,250/\$6,500	\$10,000/\$20,000
Coseguro	30%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$6,500/\$13,000 por copago, ded. y coseguro	\$20,000/\$40,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵		
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	50% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	N/C
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.	50% sin ded.
Servicios del médico		
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$30 sin ded./\$20 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$75 sin ded./\$50 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$30 sin ded.	50% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.	Sin cobertura
Atención de urgencia	30% después del ded.	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) ⁶	\$50 sin ded.	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital ⁹	\$75 sin ded./\$75 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del ded.	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del ded.	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	30% después del ded.	30% después del ded. dentro de la red
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	20% después del ded./20% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	20% después del ded./20% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	30% después del ded./30% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	30% después del ded./30% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	30% después del ded.	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$75 luego del ded./20% luego del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	20% después del ded.	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	20% después del ded./20% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./50% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}		
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$3 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$20 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	40% después del ded. hasta \$200	70% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$200	70% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded. hasta \$1,000	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios de la vista^{17, 18}		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios dentales^{21, 22}		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	Sin cobertura

Planes Silver 200–249 % CSR

Keystone HMO Silver Classic²

Beneficios por año calendario¹

Deducible: individual/familiar
Coseguro
Máximo de bolsillo: individual/familiar

Dentro de la red, usted paga³

\$3,500/\$7,000
30%, a menos que se indique lo contrario
\$7,000/\$14,000 por copago, ded. y coseguro

Servicios preventivos⁵

Atención preventiva para adultos y niños
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital

0% sin ded.
0% sin ded.
\$750 sin ded.

Servicios del médico

Consultas de atención primaria: consultorio/virtual
Consultas con especialistas: consultorio/virtual
Clínica en establecimiento minorista
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵
Atención de urgencia
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital

\$35 sin ded./\$25 sin ded.
\$70 sin ded./\$50 sin ded.
\$35 sin ded.
0% sin ded.
30% después del ded.
\$50 sin ded.
\$70 sin ded./\$70 sin ded.

Servicios hospitalarios y otros servicios médicos

Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio
Equipo médico duradero y prótesis
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás
Internación de salud mental y abuso de sustancias

30% después del ded.
30% después del ded.
30% después del ded.
\$120 sin ded./\$120 sin ded.
\$250 sin ded./\$250 sin ded.
30% después del ded./30% después del ded.
30% después del ded./30% después del ded.
30% después del ded.
\$70 sin ded./\$70 sin ded.
30% después del ded.

Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria/en hospital

\$400 sin ded./\$800 sin ded.

Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios

En centro independiente/en hospital

0% sin ded./0% sin ded.

Medicamentos recetados^{12, 13, 15}

Deducible: individual/familiar
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶

Integrado con ded. médico
\$3 sin ded.
\$15 sin ded.
50% después del ded. hasta \$300
50% después del ded. hasta \$400
50% después del ded. hasta \$1,000

Beneficios adicionales

Servicios de la vista^{17, 18}
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}

\$0 sin ded.

Servicios dentales^{21, 22}
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)
Examen pediátrico y limpiezas ²³
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴

\$50
\$0 sin ded.
50% después del ded.

Planes Silver 200–249 % CSR	Keystone HMO Silver Proactive ²		
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar ⁸	\$0/\$0	\$3,500/\$7,000	\$3,500/\$7,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ⁹	\$7,200/\$14,400 por copago y coseguro	\$7,200/\$14,400 por copago, ded. y coseguro	\$7,200/\$14,400 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$40/\$30	\$70 sin ded./\$50 sin ded.	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$90/\$65	\$140 sin ded./\$100 sin ded.	\$150 sin ded./\$105 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$40	\$70 sin ded.	\$80 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$90	\$90 sin ded.	\$90 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$90/\$90	\$90 sin ded./\$90 sin ded.	\$90 sin ded./\$90 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	\$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$900/día ⁷	Sujeto a ded. y \$1,300/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁰	\$950	\$950 sin ded.	\$950 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$150/\$150	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$375/\$375	\$375 sin ded./\$375 sin ded.	\$375 sin ded./\$375 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50%/50%	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50%	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$90/\$90	\$90 sin ded./\$90 sin ded.	\$90 sin ded./\$90 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	\$600/día ⁷	\$600/día sin ded. ⁷	\$600/día sin ded. ⁷
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$250/\$250	Sujeto a ded. y copago de \$750/Sujeto a ded. y copago de \$750	Sujeto a ded. y copago de \$1,250/Sujeto a ded. y copago de \$1,250
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0%/0%	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}			
Deducible: individual/familiar ⁷	\$500/\$1,000	\$500/\$1,000	\$500/\$1,000
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$7 sin ded.	\$7 sin ded.	\$7 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$25 sin ded.	\$25 sin ded.	\$25 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14,16}	\$100 después del ded.	\$100 después del ded.	\$100 después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14,16}	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 200–249 % CSR	Keystone HMO Silver Proactive Lite ²		
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar ⁸	\$2,000/\$4,000	\$6,500/\$13,000	\$6,500/\$13,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ⁹	\$7,350/\$14,700 por copago, ded. y coseguro	\$7,350/\$14,700 por copago, ded. y coseguro	\$7,350/\$14,700 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$50 sin ded./\$35 sin ded.	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$70 sin ded./\$50 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$90 sin ded./\$60 sin ded.	\$120 sin ded./\$80 sin ded.	\$140 sin ded./\$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$50 sin ded.	\$60 sin ded.	\$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$90 sin ded.	\$90 sin ded.	\$90 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$90 sin ded./\$90 sin ded.	\$90 sin ded./\$90 sin ded.	\$90 sin ded./\$90 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$900/día ⁷	Sujeto a ded. y \$1,300/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁰	\$950 sin ded.	\$950 sin ded.	\$950 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$300 sin ded./\$300 sin ded.	\$300 sin ded./\$300 sin ded.	\$300 sin ded./\$300 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin ded.	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$90 sin ded./\$90 sin ded.	\$90 sin ded./\$90 sin ded.	\$90 sin ded./\$90 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de \$250/Sujeto a ded. y copago de \$250	Sujeto a ded. y copago de \$750/Sujeto a ded. y copago de \$750	Sujeto a ded. y copago de \$1,250/Sujeto a ded. y copago de \$1,250
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}			
Deducible: individual/familiar ¹	\$300/\$600	\$300/\$600	\$300/\$600
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	\$90 después del ded.	\$90 después del ded.	\$90 después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 200–249 % CSR	Keystone HMO Silver Basic ²
Beneficios por año calendario¹	Dentro de la red, usted paga³
Deducible: individual/familiar	\$5,000/\$10,000
Coseguro	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$7,350/\$14,700 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$35 sin ded./\$25 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$35 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$80 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$80 sin ded./\$80 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	\$600 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$150 sin ded./\$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$350 sin ded./\$350 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$80 sin ded./\$120 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$1,650 después del ded./\$1,650 después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$15 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded. hasta \$1,000
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista^{17, 18}	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.

Planes Silver 200–249 % CSR	Keystone HMO Silver Proactive Basic ²		
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar ⁸	\$2,500/\$5,000	\$6,500/\$13,000	\$6,500/\$13,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ⁹	\$7,350/\$14,700 por copago, ded. y coseguro	\$7,350/\$14,700 por copago, ded. y coseguro	\$7,350/\$14,700 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$50 sin ded./\$35 sin ded.	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$70 sin ded./\$50 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$100 sin ded./\$70 sin ded.	\$120 sin ded./\$80 sin ded.	\$140 sin ded./\$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$50 sin ded.	\$60 sin ded.	\$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$100 sin ded.	\$100 sin ded.	\$100 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$900/día ⁷	Sujeto a ded. y \$1,300/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁹	\$800 sin ded.	\$800 sin ded.	\$800 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$125 sin ded./\$125 sin ded.	\$125 sin ded./\$125 sin ded.	\$125 sin ded./\$125 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$300 sin ded./\$300 sin ded.	\$300 sin ded./\$300 sin ded.	\$300 sin ded./\$300 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin ded.	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de \$250/Sujeto a ded. y copago de \$250	Sujeto a ded. y copago de \$750/Sujeto a ded. y copago de \$750	Sujeto a ded. y copago de \$1,250/sujeto a ded. y copago de \$1,250
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}			
Deducible: individual/familiar ⁷	\$300/\$600	\$300/\$600	\$300/\$600
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	40% después del ded. hasta \$400	40% después del ded. hasta \$400	40% después del ded. hasta \$400
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 200–249 % CSR	Keystone HMO Silver Proactive Essential ²		
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar ⁸	\$4,500/\$9,000	\$6,900/\$13,800	\$6,900/\$13,800
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ⁹	\$7,200/\$14,400 por copago, ded. y coseguro	\$7,200/\$14,400 por copago, ded. y coseguro	\$7,200/\$14,400 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$50 sin ded./\$35 sin ded.	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$70 sin ded./\$50 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$100 sin ded./\$70 sin ded.	\$120 sin ded./\$80 sin ded.	\$140 sin ded./\$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$50 sin ded.	\$60 sin ded.	\$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$100 sin ded.	\$100 sin ded.	\$100 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$900/día ⁷	Sujeto a ded. y \$1,300/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁰	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$300 sin ded./\$300 sin ded.	\$300 sin ded./\$300 sin ded.	\$300 sin ded./\$300 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin ded.	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷	Sujeto a ded. y \$600/día ⁷
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de \$250/Sujeto a ded. y copago de \$250	Sujeto a ded. y copago de \$750/Sujeto a ded. y copago de \$750	Sujeto a ded. y copago de \$1,250/sujeto a ded. y copago de \$1,250
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}			
Deducible: individual/familiar ⁷	\$600/\$1,200	\$600/\$1,200	\$600/\$1,200
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	40% después del ded. hasta \$400	40% después del ded. hasta \$400	40% después del ded. hasta \$400
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 150–199% CSR	Personal Choice® PPO Silver Classic ²	
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga	Fuera de la red, usted paga ⁴
Deducible: individual/familiar	\$2,250/\$4,500	\$10,000/\$20,000
Coseguro	10%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$3,000/\$6,000 por copago, ded. y coseguro	\$20,000/\$40,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵		
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	50% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	N/C
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$500 sin ded.	50% sin ded.
Servicios del médico		
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$25 sin ded./\$20 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$50 sin ded./\$35 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$25 sin ded.	50% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.	Sin cobertura
Atención de urgencia	10% después del ded.	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) ⁶	\$50 sin ded.	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital ⁶	\$50 sin ded./\$50 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	10% sin ded.	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	10% sin ded.	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	10% después del ded.	10% después del ded. dentro de la red
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	10% sin ded./10% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	10% sin ded./10% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	10% después del ded./10% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	10% después del ded./10% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	10% después del ded.	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$50 sin ded./10% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	10% sin ded.	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	10% sin ded./10% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./50% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}		
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$3 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$10 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	40% después del ded. hasta \$200	70% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$200	70% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded. hasta \$500	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios de la vista ^{17, 18}		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios dentales^{21, 22}		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	Sin cobertura

Planes Silver 150–199% CSR	Keystone HMO Silver Classic ²
Beneficios por año calendario¹	Dentro de la red, usted paga³
Deducible: individual/familiar	\$1,000/\$2,000
Coseguro	20%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$2,250/\$4,500 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$30 sin ded./\$20 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$60 sin ded./\$40 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$30 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.
Atención de urgencia	20% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$60 sin ded./\$60 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	20% después del ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$50 sin ded./\$50 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$100 sin ded./\$100 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	20% después del ded./20% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	20% después del ded./20% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	20% después del ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$60 sin ded./\$60 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	20% después del ded.
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$200 sin ded./\$400 sin ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$10 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14,16}	40% después del ded. hasta \$200
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14,16}	50% después del ded. hasta \$200
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded. hasta \$500
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista^{17, 18}	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.

Planes Silver 150–199% CSR	Keystone HMO Silver Proactive ²		
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar ⁸	\$0/\$0	\$1,750/\$3,500	\$1,750/\$3,500
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ⁹	\$3,050/\$6,100 por copago y coseguro	\$3,050/\$6,100 por copago, ded. y coseguro	\$3,050/\$6,100 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$500	\$500 sin ded.	\$500 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$20/\$15	\$30 sin ded./\$20 sin ded.	\$40 sin ded./\$30 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$40/\$30	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$20	\$30 sin ded.	\$40 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$40	\$40 sin ded.	\$40 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$40/\$40	\$40 sin ded./\$40 sin ded.	\$40 sin ded./\$40 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	\$200/día ⁷	Sujeto a ded. y \$500/día ⁷	Sujeto a ded. y \$900/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁰	\$450	\$450 sin ded.	\$450 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$75/\$75	\$75 sin ded./\$75 sin ded.	\$75 sin ded./\$75 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$200/\$200	\$200 sin ded./\$200 sin ded.	\$200 sin ded./\$200 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	40%/40%	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	20%	20% sin ded.	20% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$40/\$40	\$40 sin ded./\$40 sin ded.	\$40 sin ded./\$40 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	\$200/día ⁷	\$200/día sin ded. ⁷	\$200/día sin ded. ⁷
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$100/\$100	Sujeto a ded. y copago de \$450/Sujeto a ded. y copago de \$450	Sujeto a ded. y copago de \$900/sujeto a ded. y copago de \$900
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0%/0%	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}			
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$3	\$3	\$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$10	\$10	\$10
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	\$100	\$100	\$100
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	40% hasta \$400	40% hasta \$400	40% hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% hasta \$500	50% hasta \$500	50% hasta \$500
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 150–199% CSR	Keystone HMO Silver Proactive Lite ²		
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar ⁸	\$1,000/\$2,000	\$2,000/\$4,000	\$2,000/\$4,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ⁹	\$3,000/\$6,000 por copago, ded. y coseguro	\$3,000/\$6,000 por copago, ded. y coseguro	\$3,000/\$6,000 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$500 sin ded.	\$500 sin ded.	\$500 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$20 sin ded./\$15 sin ded.	\$30 sin ded./\$20 sin ded.	\$40 sin ded./\$30 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$40 sin ded./\$30 sin ded.	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$20 sin ded.	\$30 sin ded.	\$40 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$40 sin ded.	\$40 sin ded.	\$40 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$40 sin ded./\$40 sin ded.	\$40 sin ded./\$40 sin ded.	\$40 sin ded./\$40 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y \$300/día ⁷	Sujeto a ded. y \$500/día ⁷	Sujeto a ded. y \$900/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁰	\$250 sin ded.	\$250 sin ded.	\$250 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$75 sin ded./\$75 sin ded.	\$75 sin ded./\$75 sin ded.	\$75 sin ded./\$75 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	20% sin ded.	20% sin ded.	20% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$40 sin ded./\$40 sin ded.	\$40 sin ded./\$40 sin ded.	\$40 sin ded./\$40 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a ded. y \$300/día ⁷	Sujeto a ded. y \$300/día ⁷	Sujeto a ded. y \$300/día ⁷
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de \$100/Sujeto a ded. y copago de \$100	Sujeto a ded. y copago de \$450/Sujeto a ded. y copago de \$450	Sujeto a ded. y copago de \$900/sujeto a ded. y copago de \$900
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}			
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$3	\$3	\$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$10	\$10	\$10
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	\$90	\$90	\$90
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	40% hasta \$400	40% hasta \$400	40% hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% hasta \$500	50% hasta \$500	50% hasta \$500
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 150–199% CSR	Keystone HMO Silver Basic ²
Beneficios por año calendario¹	Dentro de la red, usted paga³
Deducible: individual/familiar	\$1,000/\$2,000
Coseguro	30%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$2,750/\$5,500 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$20 sin ded./\$15 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$40 sin ded./\$30 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$20 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$40 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$40 sin ded./\$40 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	30% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	30% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	\$250 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$75 sin ded./\$75 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$150 sin ded./\$150 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	30% después del ded./30% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	30% después del ded./30% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	30% después del ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$40 sin ded./\$70 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	30% después del ded.
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$1,000 después del ded./\$1,000 después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$10 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	40% después del ded. hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	50% después del ded. hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% después del ded. hasta \$1,000
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista ^{17, 18}	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.
Servicios dentales ^{21, 22}	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.

Planes Silver 150–199% CSR	Keystone HMO Silver Proactive Basic ²		
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar ⁸	\$1,000/\$2,000	\$2,000/\$4,000	\$2,000/\$4,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ⁹	\$3,000/\$6,000 por copago, ded. y coseguro	\$3,000/\$6,000 por copago, ded. y coseguro	\$3,000/\$6,000 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$500 sin ded.	\$500 sin ded.	\$500 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$20 sin ded./\$15 sin ded.	\$30 sin ded./\$20 sin ded.	\$40 sin ded./\$30 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$40 sin ded./\$30 sin ded.	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$20 sin ded.	\$30 sin ded.	\$40 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$40 sin ded.	\$40 sin ded.	\$40 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$40 sin ded./\$40 sin ded.	\$40 sin ded./\$40 sin ded.	\$40 sin ded./\$40 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y \$300/día ⁷	Sujeto a ded. y \$500/día ⁷	Sujeto a ded. y \$900/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁰	\$250 sin ded.	\$250 sin ded.	\$250 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$75 sin ded./\$75 sin ded.	\$75 sin ded./\$75 sin ded.	\$75 sin ded./\$75 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	20% sin ded.	20% sin ded.	20% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$40 sin ded./\$40 sin ded.	\$40 sin ded./\$40 sin ded.	\$40 sin ded./\$40 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a ded. y \$300/día ⁷	Sujeto a ded. y \$300/día ⁷	Sujeto a ded. y \$300/día ⁷
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de \$100/Sujeto a ded. y copago de \$100	Sujeto a ded. y copago de \$450/Sujeto a ded. y copago de \$450	Sujeto a ded. y copago de \$900/Sujeto a ded. y copago de \$900
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}			
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$3	\$3	\$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$10	\$10	\$10
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	30% hasta \$300	30% hasta \$300	30% hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	40% hasta \$400	40% hasta \$400	40% hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁵	50% hasta \$500	50% hasta \$500	50% hasta \$500
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 150–199% CSR	Keystone HMO Silver Proactive Essential ²		
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar ⁸	\$1,500/\$3,000	\$2,000/\$4,000	\$2,000/\$4,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ⁹	\$3,000/\$6,000 por copago, ded. y coseguro	\$3,000/\$6,000 por copago, ded. y coseguro	\$3,000/\$6,000 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$500 sin ded.	\$500 sin ded.	\$500 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$20 sin ded./\$15 sin ded.	\$30 sin ded./\$20 sin ded.	\$40 sin ded./\$30 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$40 sin ded./\$30 sin ded.	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$20 sin ded.	\$30 sin ded.	\$40 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$40 sin ded.	\$40 sin ded.	\$40 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$40 sin ded./\$40 sin ded.	\$40 sin ded./\$40 sin ded.	\$40 sin ded./\$40 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y \$300/día ⁷	Sujeto a ded. y \$500/día ⁷	Sujeto a ded. y \$900/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁰	\$250 sin ded.	\$250 sin ded.	\$250 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$75 sin ded./\$75 sin ded.	\$75 sin ded./\$75 sin ded.	\$75 sin ded./\$75 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	20% sin ded.	20% sin ded.	20% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$40 sin ded./\$40 sin ded.	\$40 sin ded./\$40 sin ded.	\$40 sin ded./\$40 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a ded. y \$300/día ⁷	Sujeto a ded. y \$300/día ⁷	Sujeto a ded. y \$300/día ⁷
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de \$100/Sujeto a ded. y copago de \$100	Sujeto a ded. y copago de \$450/Sujeto a ded. y copago de \$450	Sujeto a ded. y copago de \$900/Sujeto a ded. y copago de \$900
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}			
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$3	\$3	\$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$15	\$15	\$15
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	30% hasta \$300	30% hasta \$300	30% hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	40% hasta \$400	40% hasta \$400	40% hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁵	50% hasta \$500	50% hasta \$500	50% hasta \$500
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 138–149% CSR	Personal Choice® PPO Silver Classic ²	
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga	Fuera de la red, usted paga ⁴
Deducible: individual/familiar	\$0/\$0	\$10,000/\$20,000
Coseguro	10%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$2,250/\$4,500 por copago y coseguro	\$20,000/\$40,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵		
Atención preventiva para adultos y niños	\$0	50% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	\$0	N/C
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$250	50% sin ded.
Servicios del médico		
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$5/\$0	50% después del ded./50% después del ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$10/\$5	50% después del ded./50% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$5	50% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	\$0	Sin cobertura
Atención de urgencia	10%	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) ⁶	\$10	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital ⁶	\$10/\$10	50% después del ded./50% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	10%	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	10%	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	10%	10% sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	10%/10%	50% después del ded./50% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	10%/10%	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	10%/10%	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	10%/10%	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	10%	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$10/10%	50% después del ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	10%	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	10%/10%	50% después del ded./50% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	0%/50%	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}		
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$3	70%
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$4	70%
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	15% hasta \$200	70%
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	15% hasta \$200	70%
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% hasta \$500	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios de la vista^{17, 18}		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0	Sin cobertura
Servicios dentales^{21, 22}		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	Sin cobertura

Planes Silver 138–149% CSR	Keystone HMO Silver Classic ²
Beneficios por año calendario¹	Dentro de la red, usted paga³
Deducible: individual/familiar	\$0/\$0
Coseguro	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$1,850/\$3,700 por copago y coseguro
Servicios preventivos⁵	
Atención preventiva para adultos y niños	\$0
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	\$0
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$10/\$5
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$20/\$15
Clínica en establecimiento minorista	\$10
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	\$0
Atención de urgencia	10%
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$20/\$20
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	10%
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$10/\$10
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$20/\$20
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	10%/10%
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	10%/10%
Equipo médico duradero y prótesis	10%
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$20/\$20
Internación de salud mental y abuso de sustancias	10%
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$40/\$80
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	\$0/\$0
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}	
Deducible: individual/familiar	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	5% hasta \$200
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	15% hasta \$200
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% hasta \$500
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista ^{17, 18}	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0
Servicios dentales^{21, 22}	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.

Planes Silver 138–149% CSR	Keystone HMO Silver Proactive ²		
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar ⁸	\$0/\$0	\$200/\$400	\$200/\$400
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ⁹	\$1,850/\$3,700 por copago y coseguro	\$1,850/\$3,700 por copago, ded. y coseguro	\$1,850/\$3,700 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$250	\$250 sin ded.	\$250 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$5/\$0	\$10 sin ded./\$5 sin ded.	\$20 sin ded./\$15 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$15/\$10	\$20 sin ded./\$15 sin ded.	\$40 sin ded./\$30 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$5	\$10 sin ded.	\$20 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$15	\$15 sin ded.	\$15 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$15/\$15	\$15 sin ded./\$15 sin ded.	\$15 sin ded./\$15 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	\$50/día ⁷	Sujeto a ded. y \$250/día ⁷	Sujeto a ded. y \$500/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁰	\$50	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$10/\$10	\$10 sin ded./\$10 sin ded.	\$10 sin ded./\$10 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$20/\$20	\$20 sin ded./\$20 sin ded.	\$20 sin ded./\$20 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	40%/40%	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	20%	20% sin ded.	20% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$15/\$15	\$15 sin ded./\$15 sin ded.	\$15 sin ded./\$15 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	\$50/día ⁷	\$50/día sin ded. ⁷	\$50/día sin ded. ⁷
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$50/\$50	Sujeto a ded. y copago de \$200/Sujeto a ded. y copago de \$200	Sujeto a ded. y copago de \$400/sujeto a ded. y copago de \$400
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0%/0%	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}			
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$1	\$1	\$1
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$4	\$4	\$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14,16}	\$15	\$15	\$15
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14,16}	5% hasta \$400	5% hasta \$400	5% hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	30% hasta \$500	30% hasta \$500	30% hasta \$500
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 138–149% CSR	Keystone HMO Silver Proactive Lite ²		
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar ⁸	\$0/\$0	\$200/\$400	\$200/\$400
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ⁹	\$1,850/\$3,700 por copago y coseguro	\$1,850/\$3,700 por copago, ded. y coseguro	\$1,850/\$3,700 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$250	\$250 sin ded.	\$250 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$5/\$0	\$10 sin ded./\$5 sin ded.	\$20 sin ded./\$15 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$15/\$10	\$20 sin ded./\$15 sin ded.	\$40 sin ded./\$30 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$5	\$10 sin ded.	\$20 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$15	\$15 sin ded.	\$15 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$15/\$15	\$15 sin ded./\$15 sin ded.	\$15 sin ded./\$15 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	\$50/día ⁷	Sujeto a ded. y \$250/día ⁷	Sujeto a ded. y \$500/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁹	\$50	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$10/\$10	\$10 sin ded./\$10 sin ded.	\$10 sin ded./\$10 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$20/\$20	\$20 sin ded./\$20 sin ded.	\$20 sin ded./\$20 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	40%/40%	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	20%	20% sin ded.	20% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$15/\$15	\$15 sin ded./\$15 sin ded.	\$15 sin ded./\$15 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	\$50/día ⁷	\$50/día sin ded. ⁷	\$50/día sin ded. ⁷
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Copago de \$50/Copago de \$50	Sujeto a ded. y copago de \$200/Sujeto a ded. y copago de \$200	Sujeto a ded. y copago de \$400/sujeto a ded. y copago de \$400
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0%/0%	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}			
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$1	\$1	\$1
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$4	\$4	\$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	\$15	\$15	\$15
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	5% hasta \$400	5% hasta \$400	5% hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	30% hasta \$500	30% hasta \$500	30% hasta \$500
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 138–149% CSR	Keystone HMO Silver Basic ²
Beneficios por año calendario¹	Dentro de la red, usted paga³
Deducible: individual/familiar	\$0/\$0
Coseguro	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$1,500/\$3,000 por copago y coseguro
Servicios preventivos⁵	
Atención preventiva para adultos y niños	\$0
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	\$0
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$15/\$10
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$30/\$20
Clínica en establecimiento minorista	\$15
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	\$0
Atención de urgencia	\$30
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$30/\$30
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	\$50
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$15/\$15
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$30/\$30
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	10%/10%
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	10%/10%
Equipo médico duradero y prótesis	10%
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$30/\$30
Internación de salud mental y abuso de sustancias	10%
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$75/\$75
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	\$0/\$0
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}	
Deducible: individual/familiar	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	5% hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	15% hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	50% hasta \$1,000
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista ^{17, 18}	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0
Servicios dentales^{21, 22}	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.

Planes Silver 138–149% CSR	Keystone HMO Silver Proactive Basic ²		
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar ⁸	\$0/\$0	\$200/\$400	\$200/\$400
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ⁹	\$1,850/\$3,700 por copago y coseguro	\$1,850/\$3,700 por copago, ded. y coseguro	\$1,850/\$3,700 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos⁵			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$250	\$250 sin ded.	\$250 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$5/\$0	\$10 sin ded./\$5 sin ded.	\$20 sin ded./\$15 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$15/\$10	\$20 sin ded./\$15 sin ded.	\$40 sin ded./\$30 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$5	\$10 sin ded.	\$20 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	\$15	\$15 sin ded.	\$15 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$15/\$15	\$15 sin ded./\$15 sin ded.	\$15 sin ded./\$15 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	\$50/día ⁷	Sujeto a ded. y \$250/día ⁷	Sujeto a ded. y \$500/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁹	\$50	\$50 sin ded.	\$50 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$10/\$10	\$10 sin ded./\$10 sin ded.	\$10 sin ded./\$10 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$20/\$20	\$20 sin ded./\$20 sin ded.	\$20 sin ded./\$20 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	40%/40%	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	20%	20% sin ded.	20% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$15/\$15	\$15 sin ded./\$15 sin ded.	\$15 sin ded./\$15 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	\$50/día ⁷	\$50/día sin ded. ⁷	\$50/día sin ded. ⁷
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$50/\$50	Sujeto a ded. y copago de \$200/Sujeto a ded. y copago de \$200	Sujeto a ded. y copago de \$400/sujeto a ded. y copago de \$400
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0%/0%	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}			
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$1	\$1	\$1
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$4	\$4	\$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14,16}	5% hasta \$300	5% hasta \$300	5% hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14,16}	5% hasta \$400	5% hasta \$400	5% hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁵	30% hasta \$500	30% hasta \$500	30% hasta \$500
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 138–149% CSR	Keystone HMO Silver Proactive Essential ²		
Beneficios por año calendario ¹	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 1: Preferido	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red, usted paga ³ Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar	\$0/\$0	\$0/\$0	\$0/\$0
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar ²	\$1,500/\$3,000 por copago y coseguro	\$1,500/\$3,000 por copago y coseguro	\$1,500/\$3,000 por copago y coseguro
Servicios preventivos⁵			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0%	0%
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0%	0%
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$250	\$250	\$250
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	\$5/\$0	\$10/\$5	\$20/\$15
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	\$15/\$10	\$20/\$15	\$40/\$30
Clínica en establecimiento minorista ¹¹	\$5	\$10	\$20
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado ²⁵	0%	0%	0%
Atención de urgencia	\$15	\$15	\$15
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	\$50	\$50	\$50
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	\$15/\$15	\$15/\$15	\$15/\$15
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	\$50/día ⁷	\$250/día ⁷	\$500/día ⁷
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5%	10%
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) ¹⁹	\$50	\$50	\$50
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	\$10/\$10	\$10/\$10	\$10/\$10
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	\$20/\$20	\$20/\$20	\$20/\$20
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	40%/40%	40%/40%	40%/40%
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0%/0%	5%/5%	10%/10%
Equipo médico duradero y prótesis	20%	20%	20%
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$15/\$15	\$15/\$15	\$15/\$15
Internación de salud mental y abuso de sustancias	\$50/día ⁷	\$50/día ⁷	\$50/día ⁷
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$50/\$50	\$200/\$200	\$400/\$400
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0%/0%	0%/0%	0%/0%
Medicamentos recetados^{12, 13, 15}			
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo ¹⁴	\$1	\$1	\$1
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas ¹⁴	\$10	\$10	\$10
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas ^{14, 16}	5% hasta \$300	5% hasta \$300	5% hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas ^{14, 16}	5% hasta \$400	5% hasta \$400	5% hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados ¹⁶	30% hasta \$500	30% hasta \$500	30% hasta \$500
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista^{17, 18}			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos ^{19, 20}	\$0	\$0	\$0
Servicios dentales^{21, 22}			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas ²³	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia ²⁴	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes dentales y de la vista para adultos para 2025

La cobertura de atención pediátrica dental y oftalmológica está incluida en todos los planes médicos de IBX. Hay planes de la vista individuales para familias y adultos mayores de 19 años y planes de la vista y dentales individuales para adultos mayores de 19 años durante todo el año, con o sin inscripción en un plan médico.



Independence 

IBX

Elija su plan dental para adultos

Adult Dental Preferred el plan perfecto si desea cobertura para servicios preventivos (como los exámenes y las limpiezas) y los servicios básicos (como los empastes y tratamientos de conducto).

Adult Dental Premier el plan perfecto si desea protección agregada de gastos de bolsillo más bajos y cobertura para servicios principales, como coronas y prótesis dentales.

	Adult Dental Preferred		Adult Dental Premier ¹	
Beneficios dentro de la red	Usted paga		Usted paga	
Deducible anual: individual/familiar	\$50/\$150		\$50/\$150	
Beneficio máximo anual	\$1,500 por socio cubierto		\$2,000 por socio cubierto	
Comience a usar estos servicios de inmediato	Usted paga		Usted paga	
Exámenes	Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera	1 cada 12 meses	Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera	1 cada 6 meses
Limpiezas	Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera	1 cada 12 meses	Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera	1 cada 6 meses
Radiografía de mordida	Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera	1 set cada 24 meses, de 19 a 29 años; 1 set cada 3 años, de 30 años en adelante	Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera	1 set cada 18 meses
Radiografías de boca completa	Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera	1 cada 5 años	Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera	1 cada 5 años
Empastes, extracciones	50% después del deducible	Sin período de espera	20% después del deducible	Sin período de espera
Obtendrá estos beneficios después de 12 meses	Usted paga		Usted paga	
Endodoncia, periodoncia, cirugía oral	50% después del deducible	Período de espera de 12 meses para los socios nuevos	20% después del deducible	Período de espera de 12 meses para los socios nuevos
Reparaciones de coronas y prótesis dentales	50% después del deducible	Período de espera de 12 meses para los socios nuevos	20% después del deducible	Período de espera de 12 meses para los socios nuevos
Coronas y prótesis dentales	Sin cobertura	N/C	50% después del deducible	Período de espera de 12 meses para los socios nuevos

Primas mensuales por socio

Edad	Adult Dental Preferred	Adult Dental Premier
19 a 25	\$18.89	\$39.39
26 a 39	\$20.07	\$41.85
40 a 49	\$23.61	\$49.24
50 a 63	\$27.74	\$57.86
Mayores de 64	\$28.33	\$59.09

Las tarifas están sujetas a cambios que dependen de la aprobación del Pennsylvania Insurance Department (Departamento de Seguros de Pennsylvania).

¹ Con el plan Adult Dental Premier, el monto que paga el plan por estos servicios no se deduce del beneficio máximo anual.

Elija un plan de la vista para adultos o familias

Estos planes de la vista están disponibles para adultos mayores de 19 años y familias.

	Vision Care 150	Vision Care 200
Beneficios dentro de la red	Usted paga	Usted paga
Frecuencia (examen y equipo)	Una vez cada año calendario	Una vez cada año calendario
Copagos por examen y lentes	\$0	\$0
Marcos	Usted paga	Usted paga
Marcos de la Exclusive Collection de Davis Vision (en lugar de asignación):		
• Selección de moda	Copago de \$0	Copago de \$0
• Selección de diseñador	\$15 de copago	Copago de \$0
• Selección de primera	\$40 de copago	Copago de \$0
Asignación para marcos fuera de la colección	Hasta \$100 o \$150 ¹ en Visionworks, 20% de descuento sobre el excedente ²	Hasta \$150 o \$200 ¹ en Visionworks, 20% de descuento sobre el excedente ³
Opciones de lentes	Usted paga	Usted paga
Lentes de plástico transparentes monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales o lenticulares (cualquier receta)	\$0	\$0
Polarizado de lentes de plástico	\$15	\$0
Recubrimiento resistente a rayas	\$0	\$0
Lentes de policarbonato	\$35	\$0
Recubrimiento ultravioleta	\$0	\$0
Recubrimiento antirreflectante (AR) (estándar/de primera calidad/ultra/superior)	\$40/\$55/\$69/\$85	\$35/\$48/\$60/\$85
Lentes progresivas (estándar/de primera calidad/ultra/superior)	\$65/\$105/\$140/\$175	\$0/\$40/\$90/\$125
Lentes de alto índice (monofocales/multifocales)	\$60/\$120	\$55/\$120
Lentes de transición (de plástico y fotosensibles)	\$70	\$65
Lentes polarizadas	\$75	\$75
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	Beneficio	Beneficio
Colección de lentes de contacto de Davis Vision (en lugar de asignación)		
• Desechables	Sin cobertura	8 cajas/paquetes múltiples
• Reemplazo planificado	Sin cobertura	4 cajas/paquetes múltiples
• Evaluación, adaptación y atención de seguimiento	Sin cobertura	Incluido
Lentes de contacto que no son de colección: asignación de materiales	Hasta \$100, además del 15% de descuento sobre el excedente ³	Hasta \$150, además del 15% de descuento sobre el excedente ³
Lentes de contacto necesarios por motivos médicos (con aprobación previa): materiales, evaluación, adaptación y atención de seguimiento	Incluido	Incluido
Fuera de la red	Monto reembolsable (máximo)	Monto reembolsable (máximo)
Examen ocular	\$40	\$40
Marcos	\$50	\$50
Lentes: monofocales/bifocales/trifocales/lenticulares	\$40/\$60/\$80/\$100	\$40/\$60/\$80/\$100
Lentes de contacto electivos	\$80	\$105
Lentes de contacto necesarios por motivos médicos	\$225	\$225

Primas mensuales

Nivel familiar	Vision Care 150	Vision Care 200
Individual	\$13.21	\$15.30
Titular + un dependiente	\$26.42	\$30.60
Titular + dos o más dependientes	\$39.63	\$45.90

Las tarifas están sujetas a cambios que dependen de la aprobación del Pennsylvania Insurance Department (Departamento de Seguros de Pennsylvania).

¹ Asignación mejorada para marcos en todas las sucursales de Visionworks en todo el país.

² Descuento no disponible en Walmart, Sam's Club y Costco.

³ Ciertos beneficios de los planes pueden mejorarse para cumplir con las leyes o normativas de la reforma de atención médica. Los hijos dependientes elegibles tienen cobertura hasta los 26 años.

Notas al pie de los planes de salud

Servicios médicos

- * Para estos planes, los límites de consultas se combinan para el consultorio y la atención virtual.
- 1 Ciertos beneficios del plan pueden mejorarse para cumplir con las leyes o normativas de la reforma de atención médica. Los hijos dependientes elegibles tienen cobertura hasta los 26 años.
- 2 Deducible incluido/Gasto máximo de bolsillo: el deducible familiar y el gasto máximo de bolsillo se aplican cuando más de una persona tiene la cobertura de un plan. Un familiar cubierto solo debe alcanzar su deducible individual antes de recibir los beneficios del plan. Una vez que se alcance el deducible familiar, todos los miembros de la familia cubiertos recibirán los beneficios del plan. Un familiar cubierto solo debe alcanzar su gasto máximo de bolsillo individual antes de que sus beneficios tengan cobertura completa. Una vez que se alcance el gasto máximo de bolsillo familiar, todos los miembros de la familia cubiertos tendrán cobertura completa.
- 3 No hay servicios fuera de la red disponibles, con excepción de los servicios de emergencia.
- 4 Los proveedores fuera de la red podrán cobrarle las diferencias entre la asignación monetaria del plan, que es el monto que paga Independence Blue Cross, y los cargos reales de dicho proveedor. Ese monto puede ser una cantidad importante. Los pagos de reclamaciones por proveedores fuera de la red se basan en el pago permitido por Medicare o el cargo real del proveedor, el que sea menor. Para los servicios cubiertos que Medicare no reconozca o reembolse, el pago se basa o bien en el plan de tarifas exclusivo de Independence Blue Cross o en los cargos reales del proveedor, el que sea menor. Para los servicios cubiertos que ni Medicare ni el plan de tarifas de Independence Blue Cross reconozcan o reembolsen, el monto será equivalente al 50 por ciento del cargo real del proveedor, con la excepción de servicios en centros para pacientes internados. Para los servicios cubiertos en centros para pacientes internados que ni Medicare ni el plan de tarifas de Independence Blue Cross reconozcan o reembolsen, el monto será determinado por el plan de tarifas de Independence Blue Cross en función del servicio cubierto similar más cercano.
- 5 Se pueden aplicar límites de edad y frecuencia. Para hacerse una colonoscopia preventiva sin tener que pagar gastos de bolsillo, debe elegir proveedores y profesionales en gastroenterología (gastroenterólogos o cirujanos colorrectales) de Preventive Plus que no trabajen en un hospital para que le realicen el procedimiento. Para encontrar un proveedor de Preventive Plus, ingrese a ibx.com/findadoctor.
- 6 Para los planes de PPO, los límites de consultas incluyen tanto consultas dentro como fuera de la red.
- 7 El monto indicado refleja el copago por día. Hay un máximo de cinco copagos por hospitalización.

Keystone HMO Proactive

- 8 Para todos los planes Keystone HMO Silver Proactive, se combina el deducible para los niveles 2 y 3.
- 9 Para todos los planes Keystone HMO Proactive, se combinan los gastos máximos de bolsillo correspondientes a los niveles 1, 2 y 3.
- 10 Si un socio es ingresado a un hospital dentro de la red desde la sala de emergencias, los costos compartidos por la atención hospitalaria como paciente internado, incluida la atención médica prestada por un proveedor profesional de la red, se aplicarán según el nivel correspondiente al hospital o el proveedor profesional de la red. Si un socio es ingresado a un hospital fuera de la red después de haber sido atendido en una sala de emergencias, se aplicará el Nivel 3: Estándar de beneficios. Para la atención que no sea de emergencia, los socios deben usar proveedores dentro de la red.
- 11 Para todos los planes Keystone HMO Proactive, a todas las clínicas en establecimientos minoristas dentro de la red se les asigna el Nivel 1, a excepción de los centros de salud de Walgreens, a las que se les asignó el Nivel 3.

Medicamentos recetados

- 12 Los planes de los medicamentos recetados los administra una empresa independiente de administración de beneficios de farmacias (PBM).
- 13 No es obligatorio ningún costo compartido en las farmacias minoristas dentro de la red y de pedidos por correo/entregas a domicilio para ciertos medicamentos preventivos (medicamentos con receta y de venta libre con receta médica).
- 14 Los beneficios fuera de la red se aplican a medicamentos con receta comprados en farmacias fuera de la red; el socio deberá pagar el precio minorista total del medicamento y posteriormente presentar una reclamación para el reembolso. El socio debe consultar el folleto de beneficios para determinar la cobertura fuera de la red de su plan.

- 15 Este plan utiliza la red de farmacias preferidas, con más de 58,000 farmacias en todo el país. Si tiene la red de farmacias preferidas y compra un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red, como Walgreens, deberá pagar el valor inicial total en la farmacia. Posteriormente, puede presentar una reclamación y podrían reintegrarle parte del costo.
- 16 Cuando un medicamento con receta no está disponible en una forma genérica, se proporcionarán los beneficios para adquirir el medicamento de marca y el socio será responsable del costo compartido para un medicamento de marca. Cuando un medicamento con receta esté disponible en una forma genérica, se ofrecerán beneficios para ese medicamento solo al nivel de genéricos. Si el socio compra un medicamento de marca, será responsable de pagar a la farmacia la diferencia entre el precio con descuento negociado del medicamento genérico y el del medicamento de marca, además del costo compartido correspondiente a un medicamento de marca.
- † Deducible incluido/Gastos máximos de bolsillo: El deducible y el máximo de bolsillo familiares se aplican cuando se inscriben una persona y uno o más dependientes. Después de que una persona alcance el monto del deducible individual, se pagarán las reclamaciones para dicha persona. Después de que se alcance el deducible familiar, se pagarán las reclamaciones de todas las personas. Después de que una persona alcance el máximo de gastos de bolsillo, los beneficios para dicha persona tendrán cobertura completa. Después de que se alcance el máximo de gastos de bolsillo familiar, los beneficios para todos los familiares tendrán cobertura completa. El deducible y el máximo de gastos de bolsillo individuales se aplican cuando una persona se inscribe sin dependientes.

Beneficios adicionales

- 17 Los planes oftalmológicos de Independence Blue Cross son administrados por Davis Vision, una compañía independiente. Una empresa socia de Independence Blue Cross tiene interés económico en Visionworks, una compañía independiente.
- 18 Los beneficios pediátricos de la vista se vencerán al final del mes en que su hijo cumpla los 19 años.
- 19 Un examen de la vista por año calendario.
- 20 Los lentes para anteojos pediátricos están cubiertos sin costo adicional e incluyen lentes monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria o lenticulares. Para que los marcos tengan cobertura completa, elija uno de los marcos para niños Pediatric Frame Selection de Davis Vision (disponibles en la mayoría de los proveedores independientes dentro de la red). La colección de lentes de contacto de Davis Vision tiene cobertura completa en proveedores independientes dentro de la red.
- 21 Los planes dentales de Independence Blue Cross están asegurados por QCC Insurance Company.
- 22 Los beneficios dentales pediátricos tienen cobertura hasta el final del año calendario en que su hijo cumpla los 19 años.
- 23 Se cubre un examen y una limpieza cada seis meses por año calendario.
- 24 Solo se cubre la ortodoncia necesaria por motivos médicos.
- 25 La atención virtual de un proveedor virtual designado incluye los servicios de telesalud, tele dermatología y telesalud conductual ofrecidos a través de nuestro proveedor de atención virtual, Teladoc Health, una compañía independiente.
- 26 Con el plan Adult Dental Premier, el monto que paga el plan por estos servicios no se deduce del beneficio máximo anual.
- 27 El descuento no está disponible en Walmart, Sam's Club y Costco.
- 28 Asignación mejorada para marcos disponible en todas las sucursales de Visionworks en todo el país.

Cobertura para nativos norteamericanos u originarios de Alaska

¿Es usted nativo norteamericano u originario de Alaska?

Si usted es miembro de una tribu reconocida por el Gobierno federal, cumple los requisitos para inscribirse en planes de categoría Gold, Silver y Bronze con costos compartidos similares o sin costos compartidos en función de si sus ingresos familiares son mayores o menores al 300% del Índice Federal de Pobreza (FPL, Federal Poverty Level).

Opciones de planes para menos del 300 % del FPL

Usted puede elegir cualquiera de las opciones de planes estándar que aparecen en las páginas 14-35, pero tendrá un costo compartido de \$0 para todos los servicios cubiertos. También podría calificar para obtener un crédito tributario de primas (subsidio).

Opciones de planes para más del 300 % del FPL

Usted puede elegir cualquiera de las opciones de planes estándar que aparecen en las páginas 14-35 y pagará los montos de costos compartidos enumerados, pero tendrá \$0 en costos compartidos si recibe atención médica para cualquier beneficio de salud esencial que sea referido por o recibido directamente del HIS, una tribu indígena, una organización indígena o una organización urbana indígena. También podría calificar para obtener un crédito tributario de primas.

Tamaño del grupo familiar	Ingreso familiar	
	Menos del 300 % del FPL	Más del 300% del FPL
Individual	\$45,179.99	\$45,180.00
Familia de 2	\$61,319.99	\$61,320.00
Familia de 3	\$77,459.99	\$77,460.00
Familia de 4	\$93,599.99	\$93,600.00
Familia de 5	\$109,739.99	\$109,740.00
Familia de 6	\$125,879.99	\$125,880.00
Familia de 7	\$142,019.99	\$142,020.00
Familia de 8*	\$158,159.99	\$158,160.00

* En caso de que sean más de ocho personas, agregue este monto por cada persona extra: \$5,380. Fuente: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Este cuadro pretende darle una idea sobre si será elegible para recibir ayuda para pagar los costos de su seguro de salud dependiendo de sus ingresos y el tamaño de su familia. El Gobierno federal hará las determinaciones finales sobre la elegibilidad y el monto real de su crédito tributario.

Ubicaciones por niveles de hospitales de Keystone HMO Proactive

Nivel 1: Preferido \$

Pennsylvania

Bucks

Doylestown Hospital
 Grand View Hospital
 Jefferson Health — Bucks Hospital
 Prime Healthcare — Lower Bucks Hospital
 Rothman Orthopaedic Specialty Hospital
 St. Luke's University Health Network — Quakertown Campus

Chester

Penn Medicine — Chester County Hospital
 Tower Health — Phoenixville Hospital

Delaware

Crozer-Chester Medical Center
 Delaware County Memorial Hospital
 Taylor Hospital

Lehigh

St. Luke's University Health Network — Allentown Campus
 St. Luke's University Health Network — Bethlehem Campus

Montgomery

Holy Redeemer Hospital and Medical Center
 Jefferson Health — Abington Hospital
 Jefferson Health — Einstein Medical Center Montgomery
 Jefferson Health — Lansdale Hospital
 Prime Healthcare — Suburban Community Hospital
 Tower Health — Pottstown Memorial Medical Center

Philadelphia

Jefferson Health — Einstein Medical Center
 Jefferson Health — Frankford Hospital
 Jefferson Health — Torresdale Hospital
 Prime Healthcare — Roxborough Memorial Hospital
 Temple Health — Chestnut Hill Hospital
 Temple University Hospital — Jeanes Campus
 Wills Eye Hospital

New Jersey

Camden

Cooper University Hospital

Warren

Hackettstown Community Hospital

Nivel 2: Mejorado \$\$

Pennsylvania

Philadelphia

Children's Hospital of Philadelphia
 Shriner's Hospital for Children
 Temple Health — Fox Chase Cancer Center
 Tower Health — St. Christopher's Hospital for Children

New Jersey

Camden

Virtua Our Lady of Lourdes Hospital

Salem

Memorial Hospital of Salem County

Delaware

New Castle

A.I. DuPont Hospital for Children

Nivel 3: Estándar \$\$\$

Pennsylvania

Berks

St. Joseph Medical Center
 Tower Health — Reading Hospital and Medical Center

Bucks

Trinity Health — St. Mary Medical Center

Chester

Main Line Health — Paoli Hospital

Delaware

Main Line Health — Riddle Hospital
 Trinity Health — Mercy Fitzgerald Hospital

Lancaster

Ephrata Community Hospital
 Penn Medicine — Lancaster General Hospital

Lehigh

Lehigh Valley Hospital — 17th Street
 Lehigh Valley Hospital — Cedar Crest
 Lehigh Valley Hospital — Muhlenberg

St. Luke's University Health Network — Sacred Heart Campus

Montgomery

Main Line Health — Bryn Mawr Hospital
 Main Line Health — Lankenau Medical Center

Philadelphia

Jefferson Health — Methodist Hospital
 Jefferson Health — Thomas Jefferson University Hospital
 Penn Medicine — Hospital of the University of Pennsylvania
 Penn Medicine — Penn Presbyterian Medical Center
 Penn Medicine — Pennsylvania Hospital
 Temple University Hospital
 Temple University Hospital — Episcopal Campus
 Trinity Health — Nazareth Hospital

New Jersey

Burlington

Virtua Marlton Hospital
 Virtua Memorial Hospital
 Virtua Willingboro Hospital

Camden

Jefferson Health — Cherry Hill Hospital
 Jefferson Health — Stratford Hospital
 Jefferson Health — Washington Township Hospital
 Virtua Voorhees Hospital

Gloucester

Inspira Medical Center — Woodbury

Hunterdon

Hunterdon Medical Center

Mercer

Capital Health System — Fuld Campus
 Capital Health System — Hopewell Campus
 Robert Wood Johnson University Hospital at Hamilton

Salem

Inspira Medical Center — Elmer

Warren

St. Luke's University Health Network — Warren Campus

Delaware

New Castle

Christiana Care Health System — Christiana Hospital
 Christiana Care Health System — Wilmington Hospital
 St. Francis Hospital

Maryland

Cecil

Union Hospital

Se hacen actualizaciones periódicas en nuestra red y en los niveles de proveedores. Para obtener la información más reciente, ingrese a ibx.com/providerfinder. Seleccione *Keystone HMO Proactive* bajo Your Plan (Su plan) para ver los niveles.

Información importante sobre los planes

Beneficios que requieren aprobación previa

Cuando necesite servicios que requieran una aprobación previa, su médico o proveedor deberá comunicarse con el equipo de Servicios Clínicos de Independence Blue Cross y proporcionar la información necesaria para respaldar la solicitud de servicios. Los socios de PPO que usen un proveedor de PPO BlueCard® o uno fuera de la red son responsables de comunicarse con Servicios Clínicos directamente para solicitar cualquier aprobación requerida. Los socios de EPO que usen un proveedor de PPO BlueCard® son responsables de comunicarse con Servicios Clínicos directamente para solicitar cualquier aprobación requerida. El equipo de Servicios Clínicos, conformado por médicos y enfermeros, evalúa el plan de atención propuesto para el pago de los beneficios. El equipo de Servicios Clínicos notifica a su médico o proveedor si se aprobó la cobertura de los servicios. Si el equipo de Servicios Clínicos no tiene suficiente información o si la información evaluada no justifica la cobertura, usted y su médico o proveedor recibirán una notificación escrita de la decisión. Los socios y proveedores que actúen en representación de un socio podrán apelar la decisión. En cualquier momento durante el proceso de evaluación o apelación, el proveedor o el socio podrán proporcionar más información para respaldar la solicitud.

Para obtener una lista de los servicios que requieren aprobación previa, visite ibx.com/importantinfo.

Internaciones

Tanto durante como después de una internación aprobada, nuestro equipo de Administración y Coordinación de la Atención supervisa su internación. El equipo controla que usted esté recibiendo la atención médicamente adecuada, verifica que exista un plan de alta hospitalaria y coordina los servicios posteriores al alta que puedan ser necesarios.

Revisión de utilización

Para hacer las determinaciones de cobertura en cuanto a la necesidad médica y la idoneidad de los servicios solicitados, utilizamos lineamientos médicos basados en evidencia clínicamente creíble. Esto se llama "revisión de utilización". La revisión de utilización puede hacerse antes de que se preste el servicio (aprobación previa/precertificación/preservicio), durante la internación (revisión concurrente) o después de que se hayan prestado los servicios (revisión retrospectiva/posterior al servicio). Independence Blue Cross se rige por estándares federales o estatales aplicables relacionados con la forma y el momento en que se hacen dichas revisiones.

Continuidad de la atención médica

La política de continuidad de la atención médica solamente se aplica a planes de HMO.

Proveedores desvinculados

Independence Blue Cross ofrece a sus socios la posibilidad de continuar la cobertura para un tratamiento en curso con un proveedor desvinculado (por motivos distintos de los fundamentados) por hasta 90 días a partir de la fecha en que se notifique al socio que se ha desvinculado al proveedor. Dicho tratamiento en curso tendrá cobertura en virtud de los mismos términos y condiciones como si el tratamiento proviniera de un proveedor dentro de la red.

Si una socia está en el segundo o tercer trimestre de embarazo al momento de la desvinculación, la cobertura quedará vigente durante todo el embarazo y continuará hasta las seis semanas posteriores al parto. Todos los servicios de atención médica autorizados que se hayan prestado durante este período de transición tendrán la cobertura de Independence Blue Cross según los mismos términos y condiciones aplicables a los proveedores de atención médica dentro de la red.

El proveedor fuera de la red debe acordar que todos los servicios de atención médica autorizados que se hayan prestado durante este período de transición tendrán la cobertura de Independence Blue Cross según los mismos términos y condiciones aplicables a los proveedores de atención médica dentro de la red. No es obligatorio que el plan preste servicios de atención médica que no sean beneficios cubiertos.

Para poder comenzar la continuidad de la atención, los socios deberán llenar un Formulario de continuidad de la atención y presentarlo ante nuestro departamento de Administración y Coordinación de la Atención. El formulario está disponible mediante el Servicio de Atención al cliente y ibx.com.

Servicios de emergencia

Una emergencia se define como la aparición repentina e inesperada de una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de una gravedad o de un dolor intenso tales que una persona común y sensata, que posee conocimientos promedio de salud y medicina, puede razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata podría tener como resultado alguna de las siguientes situaciones:

- poner en peligro la salud del socio o, en el caso de una socia embarazada, la salud del feto;
- provocar daños graves en las funciones corporales;
- generar la disfunción de órganos o partes del cuerpo.

La atención de emergencia abarca los servicios cubiertos prestados a un socio en caso de una emergencia, incluidos el traslado de emergencia y los servicios de emergencia relacionados, prestados por un servicio de ambulancia autorizado.

Quejas y reclamos

Usted tiene el derecho de apelar cualquier decisión adversa por medio del proceso de quejas y reclamos. Las instrucciones para presentar una apelación se describen en las notificaciones de rechazo y en el contrato.

Política de privacidad

Para nosotros, proteger su privacidad es muy importante. Por esa razón, hemos tomado diversas medidas para asegurarnos de que se preserve la confidencialidad de sus datos de salud protegidos (PHI, Protected Health Information). Los PHI son la información médica de índole personal que lo identifica. Esta información puede encontrarse en forma oral, escrita o electrónica. Independence Blue Cross puede obtener o crear sus PHI en el curso regular de nuestras operaciones comerciales para proporcionarle beneficios de atención médica. Para consultar la información y documentación relacionada con la privacidad y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996, ingrese a ibx.com/privacy o llámenos al 215-241-4735 o al 1-888-678-7005 (líneas gratuitas).

Independence Blue Cross ha implementado políticas y procedimientos relacionados con la recopilación, el uso y la divulgación o revelación de los PHI de parte de nuestra organización o dentro de ella. Revisamos nuestras políticas y supervisamos nuestros procesos comerciales de manera constante para asegurarnos de que su información esté protegida, a la vez que nos cercioramos de que la información esté disponible, según sea necesario, para la prestación de servicios de atención médica. Para obtener información detallada sobre nuestra política de privacidad, ingrese a ibx.com/importantinfo.

Lineamientos para medicamentos con receta

Nuestros planes de medicamentos con receta están diseñados para proporcionarle un acceso seguro y económico a los medicamentos cubiertos. Contamos con varios procedimientos para garantizar la seguridad en la receta, lo que incluye:

- **Autorización previa:** es posible que necesite otra aprobación de su plan de salud. Ciertos medicamentos cubiertos requieren autorización previa para asegurarnos de que el fármaco recetado sea necesario y adecuado por razones médicas y de que se recete de conformidad con las pautas de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, Food and Drug Administration) de Estados Unidos.
- **Límites de edad:** la FDA ha establecido procedimientos específicos que rigen la prescripción de medicamentos. Estas normas están diseñadas para evitar daños potenciales a los pacientes y garantizar que los medicamentos se receten de acuerdo con los lineamientos de la FDA. Por ejemplo, la FDA aprueba algunos medicamentos solo para personas mayores de 14 años.
- **Límites de cantidad:** están diseñados para que se dispense una cantidad suficiente del medicamento con base en la dosis diaria máxima y la duración del tratamiento de un medicamento específico aprobadas por la FDA. Existen varios tipos distintos de límites de cantidad, como por ejemplo, el período renovable de 30 días, reponer la receta demasiado pronto y la categoría de medicamento terapéutico.

Para obtener más información sobre los procedimientos para la receta segura de medicamentos, consultar la lista de medicamentos que requieren autorización previa, averiguar qué cubre su plan o informarse sobre cómo se completa una solicitud o apelación, ingrese a ibx.com/rx o llame al 1-866-346-2081 (TTY: 711).

Proceso de excepción

Su médico puede solicitar la cobertura de un medicamento que no está en el formulario después de probar medicamentos cubiertos o si existen motivos médicos por los que usted no puede consumir otros medicamentos cubiertos. Para ello, el médico debe presentar una solicitud de excepción donde describa por qué usted necesita un medicamento que no está en el formulario. Su médico debe enviar la solicitud por fax al 1-888-671-5285. Si no obtiene una respuesta en dos días hábiles, llame al 1-888-678-7012.

Si se aprueba la solicitud de excepción, el medicamento estará cubierto al máximo costo compartido que figure en sus beneficios. Igualmente, se aplicarán ciertos límites, como los de cantidad y de edad. Si se rechaza la solicitud, usted y su médico recibirán una carta de rechazo. La carta explicará cómo presentar una apelación, en caso de que decida hacerlo.

Información del programa de medicamentos recetados

Una compañía de administración de beneficios de farmacia (PBM) gestiona nuestros beneficios de medicamentos con receta y es responsable de proporcionar una red de farmacias y procesar las reclamaciones de farmacia. La PBM también negocia los descuentos en los precios con los fabricantes farmacéuticos y proporciona revisiones de utilización y de calidad de los medicamentos. Los descuentos en los precios pueden incluir reembolsos de parte de un fabricante de medicamentos según el volumen comprado. Independence Blue Cross prevé que transferirá a los socios un alto porcentaje de los reembolsos que espera obtener de su PBM en el punto de servicio. En la mayoría de los planes de beneficios, los medicamentos con receta quedan sujetos a un copago por parte del socio.

Beneficios y exclusiones

Los resúmenes de beneficios en este folleto solo incluyen una parte de los beneficios y exclusiones de los planes. Los beneficios y las exclusiones pueden tener definiciones más elaboradas según las políticas médicas.

Es posible que este plan de atención administrada no cubra todos sus gastos de atención médica. Lea cuidadosamente su contrato para determinar qué servicios de atención médica tienen cobertura. Si necesita más información, llame al 1-866-346-2081 (TTY: 711).

¿Qué servicios no tienen cobertura en su plan médico?

- Servicios que no sean necesarios por motivos médicos
- Servicios o suministros médicos experimentales o en investigación, excepto aquellos costos de rutina asociados a ensayos clínicos que cumplan los requisitos
- Audífonos, pruebas o exámenes auditivos para la receta o el ajuste de audífonos e implantes cocleares
- Técnicas de fertilización asistida, tales como fecundación in vitro, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, Gamete Intrafallopian Transfer) y transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, Zygote Intrafallopian Transfer)
- Reversión de la esterilización voluntaria
- Terapias alternativas, como la acupuntura
- Atención dental para adultos, que incluye implantes o prótesis dentales, y tratamiento no quirúrgico del trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ, Temporomandibular Joint Dysfunction)
- Cirugía bariátrica o cirugía de pérdida de peso
- Podología de rutina, excepto el tratamiento necesario por motivos médicos para la enfermedad vascular periférica o la neuropatía periférica que involucra, entre otras afecciones, la diabetes
- Dispositivos podológicos de apoyo (ortopedia), excepto dispositivos ortopédicos y podiátricos necesarios para la prevención de complicaciones asociadas a la diabetes
- Exámenes físicos de rutina con fines no preventivos, tales como los exámenes para la solicitud de seguro o empleo, exámenes para el ingreso a la universidad o exámenes prematrimoniales
- Vacunas para viajes o por trabajo
- Servicios o suministros pagaderos bajo la ley de compensación laboral, seguros de vehículos automotores u otra legislación con fines similares
- Servicios o suministros cosméticos
- Servicios para pacientes ambulatorios que no sean prestados por el proveedor para planes de HMO designado por su médico de cuidados primarios
- Servicios de enfermería privada
- Medicamentos autoinyectables que no están incluidos en programas médicos (sin embargo, tienen cobertura dentro del beneficio de medicamentos con receta)
- Atención oftalmológica de rutina para adultos
- Tratamiento pleóptico u ortóptico

Nota: por lo general, los hijos dependientes elegibles tienen cobertura hasta los 26 años. Consulte el contrato para obtener más información. Para obtener copias de estas políticas por correo postal, llame al 1-866-346-2081 (TTY: 711).

Language Assistance Services

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, cuenta con servicios de asistencia en idiomas disponibles de forma gratuita para usted. Llame al 1-800-275-2583 (TTY: 711).

Chinese: 注意: 如果您讲中文, 您可以得到免费的语言协助服务。致电 1-800-275-2583。

Korean: 안내사항: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-275-2583 번으로 전화하십시오.

Portuguese: ATENÇÃO: se você fala português, encontram-se disponíveis serviços gratuitos de assistência ao idioma. Ligue para 1-800-275-2583.

Gujarati: સૂચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-275-2583 કોલ કરો.

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Hãy gọi 1-800-275-2583.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, то можете бесплатно воспользоваться услугами перевода. Тел.: 1-800-275-2583.

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-275-2583.

Italian: ATTENZIONE: Se lei parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-275-2583.

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-275-2583.

French Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-275-2583.

Telugu: క్షణ పెట్టండి: ఒకవేళ మీరు తెలుగు భాష మాట్లాడుతున్నట్లయితే, మీ కొరకు తెలుగు భాషాసహాయక సేవలు ఉచితంగా లభిస్తాయి. 1-800-275-2583 (TTY: 711) కు కాల్ చేయండి.

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga serbisyo na tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-275-2583.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-275-2583.

Pennsylvania Dutch: BASS UFF: Wann du Pennsylvania Deitsch schwetzsch, kannsch du Hilf griege in dei eegni Schprooch unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf die Nummer 1-800-275-2583.

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। कॉल करें 1-800-275-2583।

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, können Sie kostenlos sprachliche Unterstützung anfordern. Wählen Sie 1-800-275-2583.

Japanese: 備考: 母国語が日本語の方は、言語アシスタンスサービス(無料)をご利用いただけます。1-800-275-2583へお電話ください。

Persian (Farsi):

توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شماره 1-800-275-2583 تماس بگیرید.

Navajo: Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh. Hódíílnih koji' 1-800-275-2583.

Urdu:

توجہ درکار ہے: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں، تو آپ کے لئے مفت میں زبان معاون خدمات دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-275-2583.

Mon-Khmer, Cambodian:

សូមមេត្តាចាប់អារម្មណ៍: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាមន-ខ្មែរ ឬភាសាខ្មែរ នោះ ជំនួយផ្នែកភាសានឹងមានផ្តល់ជូនដល់លោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-275-2583។

Taglines as of 12/31/2022

Discrimination is Against the Law

This Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. This Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

This Plan provides:

- Free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters, and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Free language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact our Civil Rights Coordinator. If you believe that This Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator. You can file a grievance in the following ways: In person or by mail: ATTN: Civil Rights Coordinator, 1901 Market Street, Philadelphia, PA 19103, By phone: 1-888-377-3933 (TTY: 711) By fax: 215-761-0245, By email: civilrightscordinator@1901market.com. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Taglines as of 12/31/2022

Glosario

Coseguro: el porcentaje que usted tiene que pagar por algunos servicios cubiertos. Si el coseguro es del 20%, la compañía de seguro médico pagará el 80% del costo de los servicios cubiertos y usted pagará el 20% restante.

Copago: el monto fijo que usted paga por una consulta médica u otros servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede tener un copago de \$20 para una consulta médica.

Costos compartidos: también conocidos como gastos de bolsillo, son los montos que usted paga en forma de copago, deducible o coseguro cuando recibe atención médica. Este monto es independiente de la prima mensual que paga por ser socio del plan de salud.

Deducible: el monto que debe pagar cada año antes de que su plan de salud comience a pagar los servicios cubiertos. Por ejemplo, si su plan tiene un deducible de \$1,000, usted tendrá que pagar los primeros \$1,000 del costo de los servicios de atención médica que reciba. Una vez que haya pagado ese monto, su seguro comenzará a pagar una parte o todos sus gastos de atención médica, dependiendo del plan de salud que tenga. Puede aplicarse un deducible sólo para determinados servicios, dependiendo del plan de salud.

EPO: un tipo de plan médico. EPO (Exclusive Provider Organization) significa organización de proveedor exclusivo.

Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, Health Savings Account): una HSA es un tipo de cuenta de ahorros que le permite ahorrar dinero antes de descontar los impuestos para pagar gastos médicos calificados.

HMO: un tipo de plan médico. HMO (Health Maintenance Organization) significa organización para el mantenimiento de la salud.

Proveedores dentro de la red: los médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores de atención médica que tienen un contrato con Independence Blue Cross para prestar servicios a sus socios. Por lo general, cobran tarifas con descuento por sus servicios. Para que sea más sencillo, en este folleto nos referiremos a ellos simplemente como médicos y hospitales.

Proveedores fuera de la red: los médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores de atención médica que no tienen un contrato con Independence Blue Cross. Algunos planes de salud no cubren servicios de proveedores fuera de la red (p. ej., los planes de HMO y de EPO) excepto cuando es una emergencia. Los socios que tienen cobertura fuera de la red (p. ej. socios PPO) por lo general pagan más por los servicios de proveedores fuera de la red.

Gasto máximo de bolsillo: el gasto máximo de bolsillo es el monto máximo que tendrá que pagar por sus gastos de atención médica durante un período del plan (por lo general, un año) por los servicios cubiertos que reciba de proveedores dentro de la red. Sin importar lo que pase, usted no pagará más que este monto por cada año. Todos los servicios cubiertos que usted reciba después de haber alcanzado el gasto máximo de bolsillo estarán completamente cubiertos. Las primas mensuales no se incluyen dentro del gasto máximo de bolsillo.

PPO: un tipo de plan médico. PPO (Preferred Provider Organization) significa organización de proveedores preferidos.

Prima: también conocida como una tarifa mensual, es el dinero que paga a su compañía de seguros todos los meses para tener seguro médico. Este monto es independiente de los copagos, deducibles y coseguros que paga cuando recibe atención médica.

Atención preventiva: consiste en servicios de atención médica y consejería que se brindan para prevenir problemas de salud. La atención preventiva es una de las mejores formas de cuidar su salud y la de su familia y mediante esta se pueden detectar algunas enfermedades en las etapas iniciales. Algunos ejemplos de atención preventiva son los controles anuales, la vacuna contra la gripe, mamografías, colonoscopías y exámenes de colesterol.

Médico de cuidados primarios (PCP, Primary Care Physician): es otro nombre con el que se identifica al médico familiar. Los planes médicos de HMO requieren que usted seleccione un PCP.

Referido: si tiene un plan de HMO, el médico de cuidados primarios tendrá que darle un referido antes de que pueda visitar a otros proveedores dentro de la red y la mayoría de los especialistas, como por ejemplo, un cardiólogo.

Especialista: brinda atención para ciertas afecciones además del tratamiento proporcionado por su médico de cuidados primarios. Por ejemplo, quizá necesite consultar con un alergólogo para tratar una alergia o con un cirujano ortopédico por una lesión en la rodilla.

Crédito tributario (subsidio): asistencia financiera del gobierno para pagar sus gastos de seguro médico.

Independence 

¿Cómo se compran los planes individuales y familiares?

Hay dos formas de comprar un plan de salud individual o familiar.

Utilice la siguiente información para saber cuál es la opción más conveniente para usted.

Directamente a través de IBX

Si no califica para recibir asistencia financiera, puede elegir entre una variedad de planes privados de seguro médico que IBX ofrece de forma directa. Cuando compra directamente mediante nosotros, tiene opciones más económicas y es más sencillo actualizar su póliza. Tenemos agentes con licencia que pueden ayudarlo a encontrar el plan que mejor se adapte a sus necesidades.



Averigüe si reúne los requisitos

Los ingresos del grupo familiar, el lugar donde vive y el tamaño de su grupo familiar determinan si reúne los requisitos para obtener un crédito tributario. ¡Podría pagar \$0 por mes por un plan de salud de alta calidad!

Averigüe si reúne los requisitos en ibx.com/calculator.

Pennsylvania Insurance Exchange (Pennie)

Pennsylvania Insurance Exchange, llamado "Pennie", es operado por la Commonwealth of Pennsylvania. Cuando se inscribe en un plan de salud mediante Pennie, puede haber asistencia financiera disponible si cumple los requisitos para recibirla. Bajo el nombre de crédito tributario o subsidio, la asistencia financiera ayuda a quienes califican a pagar los costos

del seguro médico. Es posible que reúna los requisitos para:

- Primas mensuales más bajas¹
- Primas mensuales y gastos de bolsillo más bajos cuando reciba atención médica²

¿Quién necesita cobertura?	¿Cuáles son los ingresos de aquellos que tienen la cobertura del plan de salud? (porcentaje de ingresos del Índice Federal de Pobreza)			
	DEL 138% AL 149%	DEL 150% AL 199%	DEL 200% AL 249%	DEL 250% AL 400%
Individual	\$20,782.80–\$22,589.99	\$22,590.00–\$30,119.99	\$30,120.00–\$37,649.99	\$37,650.00–\$60,240.00
Familia de 2	\$28,207.20–\$30,659.99	\$30,660.00–\$40,879.99	\$40,880.00–\$51,099.99	\$51,100.00–\$81,760.00
Familia de 3	\$35,631.60–\$38,729.99	\$38,730.00–\$51,639.99	\$51,640.00–\$64,549.99	\$64,550.00–\$103,280.00
Familia de 4	\$43,056.00–\$46,799.99	\$46,800.00–\$62,399.99	\$62,400.00–\$77,999.99	\$78,000.00–\$124,800.00
Familia de 5	\$50,480.40–\$54,869.99	\$54,870.00–\$73,159.99	\$73,160.00–\$91,449.99	\$91,450.00–\$146,320.00
Familia de 6	\$57,904.80–\$62,939.99	\$62,940.00–\$83,919.99	\$83,920.00–\$104,899.99	\$104,900.00–\$167,840.00
Familia de 7	\$65,329.20–\$71,009.99	\$71,010.00–\$94,679.99	\$94,680.00–\$118,349.99	\$118,350.00–\$189,360.00
Familia de 8 ³	\$72,753.60–\$79,079.99	\$79,080.00–\$105,439.99	\$105,440.00–\$131,799.99	\$131,800.00–\$210,880.00

Puede ser elegible para...				
Tipo	Crédito tributario de prima y reducción del costo compartido (CSR, cost-share reduction)			Crédito tributario de prima
Planes de salud	Planes Silver 138–149% CSR	Planes Silver 150–199% CSR	Planes Silver 200–249% CSR	Planes estándar
Más información	páginas 53–59	páginas 46–52	páginas 39–45	páginas 14–36

El objetivo de esta tabla es que usted pueda saber si cumple los requisitos para recibir un crédito tributario. El gobierno federal tomará las determinaciones finales sobre la elegibilidad y el monto real de su asistencia financiera. Fuente: ASPE HHS, <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

¹ Elija cualquiera de los planes estándar en los niveles Gold, Silver o Bronze. Aunque no reúna los requisitos para obtener un crédito tributario, puede elegir cualquiera de estos planes.

² Debe seleccionar un plan Silver Cost-Share Reduction, el cual ofrece deducibles, copagos y coseguros más bajos. Si no selecciona un plan Silver Cost-Share Reduction, es posible que pueda recibir ayuda para pagar su prima mensual, pero no podrá recibir ayuda para pagar los deducibles, copagos y coseguros.

³ En caso de que sean más de ocho integrantes, agregue este monto por cada persona extra: \$5,380. Fuente: ASPE HHS, <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Seguro médico internacional a través de GeoBlue®



Cuando viaje fuera los Estados Unidos, es posible que no tenga toda la protección que necesita mediante su plan médico nacional. Por eso, es importante obtener una cobertura internacional cuando viaja. Los planes de salud internacionales de GeoBlue se encargan de la preocupación y de las incertidumbres de viajar y de vivir en el exterior.

- Planes disponibles para un solo viaje, varios viajes y expatriados
- Acceso a médicos en más de 190 países
- Facturación directa con los proveedores
- Cobertura para evacuaciones médicas de emergencia que normalmente no tienen cobertura con planes médicos nacionales
- Asistencia las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año de un equipo de expertos en salud y seguridad mundial
- Servicios de telemedicina de Global TeleMD™ que brindan acceso a consultas médicas por teléfono o por video las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año



Para obtener más información y una cotización instantánea

Visite ibx.com/global.
Llame al **1-855-481-6647**
(TTY: 711)

GeoBlue es el nombre comercial de Worldwide Insurance Services, LLC (Worldwide Services Insurance Agency, LLC en California y Nueva York), un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. GeoBlue es el administrador de cobertura proporcionada dentro de las pólizas de seguro emitidas por 4 Ever Life International Limited, Bermuda, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Advance Medical, parte de Teladoc Health, le brinda los servicios de telemedicina de Global TeleMD de manera directa. GeoBlue no asume ni acepta ninguna responsabilidad por la información brindada por Advance Medical y la prestación de los servicios de parte de Advance Medical. El apoyo y la información proporcionados mediante este servicio no confirman que ningún tratamiento relacionado o apoyo extra esté cubierto dentro de su plan de salud. Para hablar de la cobertura dentro de su plan de salud, llámenos al número en el reverso de su tarjeta de identificación.

Este servicio no está previsto para responder preguntas médicas de emergencia o de tratamiento urgente.

Independence Blue Cross ofrece productos a través de sus subsidiarias Independence Assurance Company, Independence Hospital Indemnity Plan, Keystone Health Plan East y QCC Insurance Company, licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

