

Pennsylvania Public School
Employees' Retirement System (PSERS)

Health Options Program

2021



Planes de atención
administrada para afiliados
elegibles para Medicare y
no elegibles para Medicare

Fuera
DE PENNSILVANIA

Los planes de Aetna están disponibles únicamente en Nueva Jersey, Pensilvania y en algunos condados de Florida, Maryland y Nueva York. Consulte las tablas de este folleto que muestran los costos mensuales para saber si hay un plan de Aetna disponible en el lugar donde vive.

Opciones del plan 2021 si es elegible para Medicare

CUÁNTO PAGARÁ EN 2021		HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO	
PLAN MÉDICO	Dentro de la red	Fuera de la red	
Deducible anual	\$0	\$0	
Máximo anual a cuenta del afiliado	\$3400 (combinado)		
Hospitalización	\$0	\$0	
Visitas al médico	\$10 por PCP; \$15 por especialista	\$10 por PCP; \$15 por especialista	
Cuidado preventivo	\$0	\$0	
Sala de emergencias	\$50 (exento si se admite)	\$50 (exento si se admite)	
Centro de atención de urgencia	\$40	\$40	
Cirugía ambulatoria	\$0	\$0	
Pruebas de diagnóstico	\$0	\$0	
Terapia ambulatoria	\$15	\$15	
Equipo médico duradero	15 %	20 %	
Salud mental ambulatoria	\$15	\$15	
Hospitalización para salud mental	\$0	\$0	
Exámenes físicos	\$0 (puede aplicar copago por visita al consultorio)	\$0 (puede aplicar copago por visita al consultorio)	
Exámenes Ob/Gyn	\$0 (puede aplicar copago por visita al consultorio)	\$0 (puede aplicar copago por visita al consultorio)	
Mamografías	\$0	\$0	
Centro de enfermería especializada	\$0 hasta 100 días por período de beneficios de Medicare	\$0 hasta 100 días por período de beneficios de Medicare	
Audífonos	\$0 después del copago anual de \$499 por audífono con TruHearing Advanced; \$799 por audífono con TruHearing Premium; asignación de \$500 por año para otros audífonos a través de TruHearing	100 % después de una asignación de \$500 para audífonos cada tres años de cualquier otro proveedor o TruHearing	
Atención dental (sujeta a limitaciones de frecuencia)	\$20 por examen y limpieza y \$20 para radiografías cada 6 meses; 50 % para servicios de restauración y dentaduras postizas	50 % para exámenes periódicos, limpiezas, radiografías, empastes según sea necesario y dentaduras postizas	
Exámenes de visión/audición	\$0 vista; \$15 audición	\$50 vista; \$15 audición	
Lentes con receta	Lentes y armazones o lentes de contacto estándar Davis Vision cubiertos en su totalidad (una vez al año); se aplica el 100 % después del beneficio máximo de \$150 por año calendario a marcos no estándar y lentes de contacto especiales	se aplica el 100 % después de un beneficio máximo de \$150 por año calendario a marcos estándar, lentes de antejo o lentes de contacto	
MEDICAMENTOS CON RECETA	Farmacia minorista (suministro para 31 días)	Pedido por correo (suministro para 90 días) *	
Deducible anual	\$0	\$0	
Cobertura inicial hasta un costo total de medicamentos de \$4130			
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	Farmacia preferida \$5; Farmacia estándar \$10	Solamente farmacia preferida \$12,50	
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	Farmacia preferida \$5; Farmacia estándar \$10	Solamente farmacia preferida \$12,50	
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	Farmacia preferida \$25; Farmacia estándar \$30	\$62,50	
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4)	Farmacia preferida \$55; Farmacia estándar \$60	\$137,50	
Medicamentos de especialidad (nivel 5)	33 %	33 % (suministro para 31 días)	
Brecha de cobertura para TrOOP máximo de \$6550			
Medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2)	Farmacia preferida \$5; Farmacia estándar \$10	Solamente farmacia preferida \$12,50	
Medicamentos de marca (Niveles 3 y 4)	Farmacia preferida: 20 % (el plan paga el 10 % y el fabricante descuenta el 70 %) Farmacia estándar: 25 % (el plan paga el 5 % y el fabricante descuenta el 70 %)	20 % (el plan paga el 10 % y el fabricante descuenta el 70 %)	
Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	25 % (el plan paga el 5 % y el fabricante descuenta el 70 %)	25 % (suministro para 31 días)	
Cobertura por catástrofe			
Medicamentos genéricos	El mayor entre 5 % o \$3,70		
Medicamentos de marca	El mayor entre 5 % o \$9,20		

* Debe obtener suministros para pedidos por correo utilizando Express Scripts/ESI.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2021	CAPITAL BLUECROSS BLUEJOURNEY PPO*	
PLAN MÉDICO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$0	\$0
Máximo anual a cuenta del afiliado	\$3400 combinados (excluye los medicamentos de la Parte D y de audición)	
Hospitalización	\$0	\$0
Visitas al médico	\$5 por PCP; \$0 por atención virtual; \$15 por especialista	\$5 por PCP; \$15 por especialista; atención virtual N/C
Cuidado preventivo	\$0	\$0
Sala de emergencias	\$50 (exento si se admite)	\$50 (exento si se admite)
Centro de atención de urgencia	\$35 por atención de urgencia; \$0 por atención virtual	\$35 por atención de urgencia; atención virtual N/C
Cirugía ambulatoria	\$0	20 %
Pruebas de diagnóstico	\$10 por servicios de laboratorio; \$25 por imágenes de alta tecnología; 15 % por radiología terapéutica; todos los demás \$0	\$10 por servicios de laboratorio; \$25 por imágenes de alta tecnología; 15 % por radiología terapéutica, \$0 todos los demás
Terapia ambulatoria	\$15	\$15
Equipo médico duradero	20 %	20 %
Salud mental ambulatoria	\$15	\$15
Hospitalización para salud mental	\$0	\$0
Exámenes físicos	\$0 (examen de bienestar anual)	\$0 (examen de bienestar anual)
Exámenes Ob/Gyn	\$0 por exámenes preventivos (una vez cada 24 meses)	\$0 por exámenes preventivos (una vez cada 24 meses)
Mamografías	\$0 por exámenes preventivos (una vez cada 12 meses)	\$0 por exámenes preventivos (una vez cada 12 meses)
Centro de enfermería especializada	\$0 los días 1 a 10; \$25 los días 11 a 100	20 %
Audífonos (una vez cada 36 meses)	100 % después de la asignación de \$500 (combinando dentro y fuera de la red)	100 % después de la asignación de \$500 (combinando dentro y fuera de la red)
Atención dental	\$15 por visita al consultorio; limpieza y radiografías cubiertas; 50 % para otros servicios; \$1500 máximo por año calendario (combinando dentro y fuera de la red)	50 %; \$1500 máximo por año calendario (combinando dentro y fuera de la red)
Examen de visión/audición (una vez por año calendario)	Vista: \$20 por examen de la vista de rutina Audición: \$0 por examen de audición de rutina	50 %
Lentes con receta (una vez cada 24 meses)	100 % después de la asignación de \$125 para marcos; \$0 por un par de lentes estándar	Lentes: 100 % después del límite de dólares** Marcos: 100 % después del límite de \$125
MEDICAMENTOS CON RECETA	Farmacia minorista (suministro para 30 días)	Pedido por correo (suministro para 90 días)
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura inicial hasta un costo total de medicamentos de \$4130		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	\$4	\$12
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	\$4	\$12
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	\$30	\$90
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4)	\$75	\$225
Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	33 %	No cubierto
Brecha de cobertura para TrOOP máximo de \$6550		
Medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2)	25 %	25 %
Medicamentos de marca (Niveles 3 y 4)	25 % (el plan paga el 5 % y el fabricante descuenta el 70 %)	
Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	25 % (el plan paga el 5 % y el fabricante descuenta el 70 %)	No cubierto
Cobertura por catástrofe		
Medicamentos genéricos	El mayor entre 5 % o \$3,70	
Medicamentos de marca	El mayor entre 5 % o \$9,20	

* Capital BlueCross BlueJourney PPO no está disponible en Delaware ni Maryland.

** Lentes simples, bonificación de \$36; lentes bifocales, bonificación de \$48; lentes trifocales, bonificación de \$58.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2021	AETNA MEDICARE V02 PPO*	
PLAN MÉDICO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$300	\$500
Máximo anual a cuenta del afiliado	\$6700	\$10 000
Hospitalización	Copago de \$200 por día para los días 1 a 7	30 %
Visitas al médico	\$15 por PCP; \$40 por especialista	30 %
Cuidado preventivo	\$0	30 %
Sala de emergencias	\$90 (exento si se admite)	\$90 (exento si se admite)
Centro de atención de urgencia	\$50	\$50
Cirugía ambulatoria	\$185	30 %
Pruebas de diagnóstico	\$35; \$200 por imágenes complejas	30 %
Terapia ambulatoria	\$40	30 %
Equipo médico duradero	20 %	30 %
Salud mental ambulatoria	\$40	30 %
Hospitalización para salud mental	Copago de \$200 por día para los días 1 a 7	30 %
Exámenes físicos	\$0	30 %
Exámenes Ob/Gyn	\$0	30 %; no deducible
Mamografías	\$0	30 %; no deducible
Centro de enfermería especializada	Copago de \$0 por día para los días 1 a 20; Copago de \$172 por día para los días 21 a 100	30 %
Audífonos (una vez cada 36 meses)	100 % después de la asignación de \$500	
Atención dental (sujeta a limitaciones de frecuencia)	\$40 (si está cubierto por Medicare)	30 % (si está cubierto por Medicare)
Examen de visión/audición (una vez cada 12 meses)	\$0	30 %
Lentes con receta	100 % después de bonificación de \$100 (una vez cada 24 meses)	
MEDICAMENTOS CON RECETA	Farmacia minorista (suministro para 30 días)	Pedido por correo (suministro para 90 días)
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura inicial hasta un costo total de medicamentos de \$4130		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	Farmacia preferida \$2; Farmacia estándar \$15	Farmacia preferida \$4; Farmacia estándar \$30
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	Farmacia preferida \$10; Farmacia estándar \$20	Farmacia preferida \$20; Farmacia estándar \$40
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	Farmacia preferida \$40; Farmacia estándar \$47	Farmacia preferida \$80; Farmacia estándar \$94
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4)	35 % farmacia preferida; 50 % farmacia estándar	
Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	33 %	33 % (suministro limitado para un mes)
Brecha de cobertura para TrOOP máximo de \$6550		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	Farmacia preferida \$2; Farmacia estándar \$15	Farmacia preferida \$4; Farmacia estándar \$30
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	Farmacia preferida \$10; Farmacia estándar \$20	Farmacia preferida \$20; Farmacia estándar \$40
Medicamentos de marca (Niveles 3 y 4)	25 %	25 %
Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	25 %	25 %
Cobertura por catástrofe		
Medicamentos genéricos	El mayor entre 5 % o \$3,70	
Medicamentos de marca	El mayor entre 5 % o \$9,20	

*Los planes de Aetna están disponibles únicamente en Pensilvania, Nueva Jersey y en algunos condados de Florida, Maryland y Nueva York.

Costos mensuales en 2021 en caso de ser elegible para Medicare *(no incluye asistencia con las primas)*

	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO		AETNA MEDICARE V02 PPO		CAPITAL BLUECROSS BLUEJOURNEY PPO	
	Cobertura simple	Cobertura 2 personas	Cobertura simple	Cobertura 2 personas	Cobertura simple	Cobertura 2 personas
Delaware						
Kent	\$342	\$684	No disponible		No disponible	
New Castle	\$342	\$684	No disponible		No disponible	
Sussex	\$342	\$684	No disponible		No disponible	
Florida						
Alachua	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Baker	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Bay	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Bradford	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Brevard	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Broward	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Calhoun	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Charlotte	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Citrus	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Clay	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Collier	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Columbia	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
DeSoto	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Dixie	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Duval	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Escambia	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Flagler	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Franklin	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Gadsden	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Gilchrist	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Glades	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Gulf	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Hamilton	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Hardee	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Hendry	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Hernando	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Highlands	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Hillsborough	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Holmes	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Indian River	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Jackson	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Jefferson	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Lafayette	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Lake	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Lee	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Leon	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Levy	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Liberty	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500

continúa en la siguiente página

Costos mensuales en 2021 en caso de ser elegible para Medicare *(no incluye asistencia con las primas)*

	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO		AETNA MEDICARE V02 PPO		CAPITAL BLUECROSS BLUEJOURNEY PPO	
	Cobertura simple	Cobertura 2 personas	Cobertura simple	Cobertura 2 personas	Cobertura simple	Cobertura 2 personas
Florida						
Madison	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Manatee	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Marion	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Martin	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Miami-Dade	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Monroe	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Nassau	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Okaloosa	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Okeechobee	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Orange	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Osceola	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Palm Beach	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Pasco	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Pinellas	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Polk	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Putnam	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
St. Johns	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
St. Lucie	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Santa Rosa	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Sarasota	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Seminole	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Sumter	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Suwannee	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Taylor	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Union	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Volusia	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Wakulla	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Walton	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Washington	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Maryland						
Alleghany	\$342	\$684	No disponible		No disponible	
Anne Arundel	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Condado de Baltimore	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Ciudad de Baltimore	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Calvert	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Caroline	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Carroll	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Cecil	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	

continúa en la siguiente página

Costos mensuales en 2021 en caso de ser elegible para Medicare *(no incluye asistencia con las primas)*

	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO		AETNA MEDICARE V02 PPO		CAPITAL BLUECROSS BLUEJOURNEY PPO	
	Cobertura simple	Cobertura 2 personas	Cobertura simple	Cobertura 2 personas	Cobertura simple	Cobertura 2 personas
Maryland						
Charles	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Dorchester	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Frederick	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Garrett	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Harford	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Howard	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Kent	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Montgomery	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Prince George's	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Queen Anne's	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Saint Mary's	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Somerset	\$342	\$684	No disponible		No disponible	
Talbot	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Washington	\$302	\$604	\$135	\$270	No disponible	
Wicomico	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
Worcester	\$342	\$684	\$135	\$270	No disponible	
New Jersey						
Atlantic	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Bergen	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Burlington	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Camden	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Cape May	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Cumberland	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Essex	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Gloucester	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Hudson	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Hunterdon	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Mercer	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Middlesex	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Monmouth	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Morris	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Ocean	\$302	\$604	\$191	\$382	\$250	\$500
Passaic	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Salem	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Somerset	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Sussex	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Union	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500
Warren	\$342	\$684	\$191	\$382	\$250	\$500

continúa en la siguiente página

Costos mensuales en 2021 en caso de ser elegible para Medicare *(no incluye asistencia con las primas)*

	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO		AETNA MEDICARE V02 PPO		CAPITAL BLUECROSS BLUEJOURNEY PPO	
	Cobertura simple	Cobertura 2 personas	Cobertura simple	Cobertura 2 personas	Cobertura simple	Cobertura 2 personas
New York						
Albany	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Allegany	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Bronx	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Broome	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Cattaraugus	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Cayuga	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Chautauqua	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Chemung	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Chenango	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Clinton	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Columbia	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Cortland	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Delaware	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Dutchess	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Erie	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Essex	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Franklin	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Fulton	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Genesee	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Greene	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Hamilton	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Herkimer	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Jefferson	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Kings (Brooklyn)	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Lewis	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Livingston	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Madison	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Monroe	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Montgomery	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Nassau	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
New York	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Niagara	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Oneida	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Onondaga	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Ontario	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Orange	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500

continúa en la siguiente página

Costos mensuales en 2021 en caso de ser elegible para Medicare *(no incluye asistencia con las primas)*

	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO		AETNA MEDICARE V02 PPO		CAPITAL BLUECROSS BLUEJOURNEY PPO	
	Cobertura simple	Cobertura 2 personas	Cobertura simple	Cobertura 2 personas	Cobertura simple	Cobertura 2 personas
New York						
Orleans	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Oswego	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Otsego	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Putnam	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Queens	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Rensselaer	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Richmond	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Rockland	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
St. Lawrence	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Saratoga	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Schenectady	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Schoharie	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Schuyler	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Seneca	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Steuben	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Suffolk	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Sullivan	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Tioga	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Tompkins	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Ulster	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Warren	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Washington	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Wayne	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500
Westchester	\$342	\$684	\$135	\$270	\$250	\$500
Wyoming	\$302	\$604	\$135	\$270	\$250	\$500
Yates	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500

Costos mensuales en 2021 en caso de ser elegible para Medicare *(no incluye asistencia con las primas)*

	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO		AETNA MEDICARE V02 PPO		CAPITAL BLUECROSS BLUEJOURNEY PPO	
	Cobertura simple	Cobertura 2 personas	Cobertura simple	Cobertura 2 personas	Cobertura simple	Cobertura 2 personas
Todos los demás						
Alabama • Alaska Arizona • Arkansas California • Colorado Connecticut • Georgia Illinois • Indiana Kansas • Kentucky Michigan • Minnesota Mississippi • Nebraska • Nevada Ohio • Oklahoma Carolina del Sur Tennessee • Wyoming	\$342	\$684	No disponible		\$250	\$500
Distrito de Columbia Guam • Hawái Idaho • Iowa Louisiana • Maine Massachusetts Missouri • Montana Nuevo Hampshire Nuevo México Carolina del Norte Dakota del Norte Oregón • Puerto Rico Rhode Island Dakota del Sur Texas • Islas Vírgenes de los EE. UU. Utah • Vermont Virginia • Washington West Virginia Wisconsin	\$302	\$604	No disponible		\$250	\$500

Opciones del plan 2021 si NO es elegible para Medicare

CUÁNTO PAGARÁ EN 2021	HIGHMARK PPOBLUE (PLAN 80-70)	
PLAN MÉDICO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$100/individual \$300/familiar	\$500/individual \$1500/familiar
Máximo anual a cuenta del afiliado	\$10 000	No hay máximo
Hospitalización	20 %	30 %
Visitas al médico	\$20 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista	30 %
Cuidado preventivo	\$20 por visita	Los exámenes físicos de rutina no están cubiertos; 30 % para mamografías y ginecología de rutina
Sala de emergencias	\$100 (exento si se admite)	\$100 (exento si se admite)
Centro de atención de urgencia	\$40; no deducible	30 %
Cirugía ambulatoria	20 %	30 %
Pruebas de diagnóstico	20 %	30 %
Terapia ambulatoria	\$40 por visita; máximo de 60 visitas*; no deducible	30 %; máximo de 60 visitas*
Equipo médico duradero	20 %	30 %
Salud mental ambulatoria	0 %; no deducible	30 %
Hospitalización para salud mental	20 %	30 %
Exámenes físicos	\$20 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista	No cubierto
Exámenes Ob/Gyn	\$40 por visita	30 % por examen de rutina; no deducible
Mamografías	20 %	30 %
Centro de enfermería especializada	20 %; 100 visitas por año calendario	30 %; 100 visitas por año calendario
Audífonos (una vez cada 36 meses)	No cubierto	No cubierto
Atención dental	No cubierto	No cubierto
Exámenes de visión/audición	No cubierto	No cubierto
Lentes con receta (una vez cada 24 meses)	No cubierto	No cubierto
MEDICAMENTOS CON RECETA		
Deducible anual	\$0	No cubierto
Máximo anual	No hay máximo	No cubierto
Farmacia minorista (suministro para 34 días)		
Medicamentos genéricos	30 % (genérico obligatorio)	No cubierto
Medicamentos de marca	50 %	No cubierto
Pedido por correo (suministro para 90 días)		
Medicamentos genéricos	30 % (genérico obligatorio)	No cubierto
Medicamentos de marca	50 %	No cubierto

*Máximo combinado dentro y fuera de la red

CUÁNTO PAGARÁ EN 2021	CAPITAL BLUECROSS PPO	
PLAN MÉDICO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$100/individual \$300/familia	\$500/individual \$1500/familia
Máximo anual a cuenta del afiliado	\$3000/individual \$6000/familia	No hay máximo
Hospitalización	20 %; no deducible	30 %; no deducible
Visitas al médico	\$10 por visita al PCP; \$25 por visita al especialista	30 %; no deducible
Cuidado preventivo	\$10 por visita	20 %
Sala de emergencias	\$100; no deducible (exento si se admite)	\$100; no deducible (exento si se admite)
Centro de atención de urgencia	\$40; no deducible	30 %; no deducible
Cirugía ambulatoria	20 %	30 %
Pruebas de diagnóstico	20 %	30 %
Terapia ambulatoria	\$40 por visita; no deducible	30 %
Equipo médico duradero	20 %	30 %
Salud mental ambulatoria	\$40 por visita; no deducible	30 %; no deducible
Hospitalización para salud mental	20 %	30 %
Exámenes físicos	\$10 por visita al PCP; \$25 por visita al especialista; no deducible	20 %; no deducible
Exámenes Ob/Gyn	\$0; no deducible	30 %, no deducible
Mamografías	\$0; no deducible	30 %, no deducible
Centro de enfermería especializada	\$0; límite de 100 días	50 %; límite de 100 días
Audífonos	No cubierto	No cubierto
Atención dental	No cubierto	No cubierto
Exámenes de visión/audición	No cubierto	No cubierto
Lentes con receta	No cubierto	No cubierto
MEDICAMENTOS CON RECETA		
Deducible anual	\$300/individual \$600/familia	No cubierto
Máximo anual	Máximo por período de beneficios de \$2500 para medicamentos relacionados con el estilo de vida	No cubierto
Farmacia minorista		
Medicamentos genéricos	30 %*	No cubierto
Medicamentos de marca	30 %/preferida;* 50 %/no preferida	No cubierto
Pedido por correo (suministro para 90 días)		
Medicamentos genéricos	30 %	No cubierto
Medicamentos de marca	30 %/preferida; 50 %/no preferida	No cubierto

* Los medicamentos genéricos de especialidad y los medicamentos de marca preferidos están cubiertos al 50 %, y los medicamentos de especialidad de marca no preferidos no están cubiertos.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2021	AETNA PREMIER OPEN CHOICE PPO*	
PLAN MÉDICO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$300/individual \$600/familiar	\$500/individual \$1000/familiar
Máximo anual a cuenta del afiliado	\$6600/individual \$13 200/familiar	\$10 000/individual \$20 000/familiar
Hospitalización	\$200 por día hasta \$1000 por máximo de admisión	30 %
Visitas al médico	\$15 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista	30 %
Cuidado preventivo	\$0; no deducible	30 %
Sala de emergencias	\$75; no deducible (exento si se admite)	\$75; no deducible (exento si se admite)
Centro de atención de urgencia	\$50; no deducible	30 %
Cirugía ambulatoria	\$150	30 %
Pruebas de diagnóstico	\$35 por radiografía/análisis; \$150 por imágenes complejas	30 %
Terapia ambulatoria	\$40	30 %
Equipo médico duradero	20 %	30 %
Salud mental ambulatoria	\$40; el resto de los servicios de salud mental \$0	30 %
Hospitalización para salud mental	\$200 por día hasta \$1000 por máximo de admisión	30 %
Exámenes físicos	0 %; no deducible; examen de rutina	30 %
Exámenes Ob/Gyn	0 %; no deducible; examen de rutina	30 %
Mamografías	0 %; no deducible; examen de rutina	30 %
Centro de enfermería especializada	\$100 por día hasta \$500, luego \$0; límite de 100 días	30 %
Audífonos (una vez cada 36 meses)	100 % después de bonificación de \$1000	30 %
Atención dental	No cubierto	No cubierto
Exámenes de visión/audición	Vista: \$0; 1 examen cada 12 meses; Audición: \$40; 1 examen cada 24 meses	30 %
Lentes con receta (una vez cada 24 meses)	100 % después de bonificación de \$100	100 % después de bonificación de \$100
MEDICAMENTOS CON RECETA		
Deducible anual	\$200/individual \$600/familiar	\$200/individual \$600/familiar
Máximo anual	Combinado con plan médico	Combinado con plan médico
Farmacia minorista		
Medicamentos genéricos	30 %	50 % después del copago aplicable
Medicamentos de marca	30 % - formulario 50 % - sin formulario	50 % después del copago aplicable
Pedido por correo (suministro para 90 días)		
Medicamentos genéricos	30 %	No cubierto
Medicamentos de marca	30 % - formulario 50 % - sin formulario	No cubierto

*Los planes de Aetna están disponibles únicamente en Nueva Jersey, Pensilvania y en algunos condados de Florida, Maryland y Nueva York.

Costos mensuales en 2021 en caso de NO ser elegible para Medicare *(no incluye asistencia con las primas)*

	HIGHMARK PPOBLUE (PLAN 80-70)		AETNA PREMIER OPEN CHOICE PPO		CAPITAL BLUECROSS PPO	
	Cobertura simple	Cobertura 2 personas	Cobertura simple	Cobertura 2 personas	Cobertura simple	Cobertura 2 personas
Florida						
Bradford	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Brevard	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Broward	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Charlotte	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Citrus	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Clay	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Collier	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
DeSoto	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Duval	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Hernando	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Highlands	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Hillsborough	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Indian River	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Lake	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Lee	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Madison	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Manatee	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Marion	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Martin	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Miami-Dade	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Nassau	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Orange	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Osceola	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Palm Beach	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Pasco	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Pinellas	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Polk	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
St. Johns	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
St. Lucie	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Sarasota	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Seminole	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Volusia	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Todos los demás condados de Florida	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Maryland						
Allegany	\$1287	\$3339	No disponible		No disponible	
Somerset	\$1287	\$3339	No disponible		No disponible	
Todos los demás condados de Maryland	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	No disponible	
New Jersey						
Atlantic	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Bergen	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Burlington	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Camden	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Cape May	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742

continúa en la siguiente página

Costos mensuales en 2021 en caso de NO ser elegible para Medicare *(no incluye asistencia con las primas)*

	HIGHMARK PPOBLUE (PLAN 80-70)		AETNA PREMIER OPEN CHOICE PPO		CAPITAL BLUECROSS PPO	
	Cobertura simple	Cobertura 2 personas	Cobertura simple	Cobertura 2 personas	Cobertura simple	Cobertura 2 personas
New Jersey						
Cumberland	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Essex	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Gloucester	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Hudson	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Hunterdon	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Mercer	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Middlesex	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Monmouth	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Morris	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Ocean	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Passaic	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Salem	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Somerset	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Sussex	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Union	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
Warren	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742
New York						
Allegany	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Cattaraugus	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Chautauqua	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Clinton	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Delaware	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Erie	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Essex	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Franklin	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Fulton	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Genesee	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Hamilton	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Herkimer	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Madison	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Monroe	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Montgomery	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Niagara	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Orleans	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Otsego	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Schoharie	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Schuyler	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Steuben	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Tompkins	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Warren	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Wayne	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Yates	\$1287	\$3339	No disponible		\$1371	\$2742
Todos los demás condados de Nueva York	\$1287	\$3339	\$2113	\$4226	\$1371	\$2742

continúa en la siguiente página

Costos mensuales en 2021 en caso de NO ser elegible para Medicare *(no incluye asistencia con las primas)*

	HIGHMARK PPOBLUE (PLAN 80-70)		AETNA PREMIER OPEN CHOICE PPO		CAPITAL BLUECROSS PPO	
	Cobertura simple	Cobertura 2 personas	Cobertura simple	Cobertura 2 personas	Cobertura simple	Cobertura 2 personas
Todos los demás						
Delaware	\$1287	\$3339			No disponible	
Alabama • Alaska						
Arizona • Arkansas						
California						
Colorado						
Connecticut						
Distrito de Columbia						
Georgia • Guam						
Hawái • Idaho						
Illinois • Indiana						
Iowa • Kansas						
Kentucky • Louisiana						
Maine						
Massachusetts						
Michigan						
Minnesota						
Mississippi						
Missouri • Montana						
Nebraska						
Nevada				No disponible		
Nuevo Hampshire	\$1287	\$3339			\$1371	\$2742
Nuevo México						
Carolina del Norte						
Dakota del Norte						
Ohio • Oklahoma						
Oregón • Puerto Rico						
Rhode Island						
Dakota del Sur						
South Carolina del Sur						
Tennessee						
Texas						
Islas Vírgenes de los EE. UU.						
Utah • Vermont						
Virginia						
Washington						
West Virginia						
Wisconsin						
Wyoming						

Este folleto proporciona solo un resumen de los beneficios de estos planes. No proporciona detalles sobre lo que está cubierto o las limitaciones que pueden aplicarse. Se incluye más información en la Evidencia de cobertura (para un plan Medicare Advantage) o en la Descripción de beneficios (para un plan para miembros que no son elegibles para Medicare). Además, puede llamar a la Unidad de Administración de HOP al 1-800-773-7725 y solicitar un paquete de información para cualquiera de estos planes.