

Health Options Program

2024



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

Norte y centro
PENSILVANIA

Adams • Armstrong • Beaver • Bedford • Berks • Blair
Bradford • Butler • Cambria • Cameron • Carbon • Centre
Clarion • Clearfield • Clinton • Columbia • Crawford
Cumberland • Dauphin • Elk • Erie • Forest • Franklin
Fulton • Huntingdon • Jefferson • Juniata • Lackawanna
Lancaster • Lawrence • Lebanon • Lehigh • Luzerne
Lycoming • McKean • Mercer • Mifflin • Monroe
Montour • Northampton • Northumberland • Perry
Pike • Potter • Schuylkill • Snyder • Somerset • Sullivan
Susquehanna • Tioga • Union • Venango • Warren
Wayne • Wyoming • York

Los planes de UPMC NO están disponibles en los condados de Adams, Columbia, y Northumberland.

Costos mensuales de 2024 si es elegible para Medicare *(sin incluir la asistencia para pagar la prima)*

	COBERTURA ÚNICA	COBERTURA PARA 2 PERSONAS
Freedom Blue PPO de Highmark	\$241	\$482
PPO de Capital Blue Cross	\$257	\$514
Medicare P01 PPO de Aetna	\$309	\$618
PSERS HOP Custom PPO de UPMC	\$247	\$494

Costos mensuales de 2024 si NO es elegible para Medicare *(sin incluir la asistencia para pagar la prima)*

	COBERTURA ÚNICA	COBERTURA PARA 2 PERSONAS
PPOBlue (Plan 80-70) de Highmark	\$2,017	\$4,034
PPO de Capital Blue Cross	\$1,697	\$3,394
Premier Open Choice PPO de Aetna	\$2,112	\$4,224
Business Advantage de UPMC	\$1,823	\$3,646

Opciones de plan de 2024 si es elegible para Medicare

CUÁNTO PAGARÁ EN 2024	FREEDOM BLUE PPO DE HIGHMARK	
PLAN MÉDICO	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$0	\$0
Gasto máximo de bolsillo anual	\$1,000 (combinado)	
Hospitalización	\$0	\$0
Visitas al médico	\$5 por médico de atención primaria (PCP); \$15 por especialista	\$5 por médico de atención primaria (PCP); \$15 por especialista
Cuidado preventivo	\$0	\$0
Sala de emergencias	\$40 (se exime si es admitido)	\$40 (se exime si es admitido)
Centro de atención de urgencias	\$25	\$25
Cirugía ambulatoria	\$0	\$0
Pruebas diagnósticas	\$0	\$0
Terapia ambulatoria	\$15	\$15
Equipo médico duradero	15%	20%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$15	\$15
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	\$0	\$0
Exámenes físicos	\$0 (se puede aplicar un copago por visita al consultorio)	\$0 (se puede aplicar un copago por visita al consultorio)
Exámenes de obstetricia/ginecología	\$0 (se puede aplicar un copago por visita al consultorio)	\$0 (se puede aplicar un 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 (una vez cada 12 meses)	Copago de \$499 por año por audífono para TruHearing Advanced; \$799 por audífono para TruHearing Premium; Asignación de \$500 por año para otros audífonos a través de TruHearing	Asignación de \$500 para audífonos cada tres años de cualquier otro proveedor o TruHearing
Atención dental (sujeto a limitaciones de frecuencia)	\$20 por examen y limpieza y \$20 por radiografías cada 6 meses; 50% para servicios de restauración y dentaduras postizas	50% de exámenes periódicos, limpiezas, radiografías, empastes según sea necesario y dentaduras postizas
Exámenes de la visión/exámenes auditivos	\$0 por examen de la visión; \$15 por examen auditivo	\$50 por examen de la visión; \$15 por examen auditivo
Lentes recetados (una vez cada 12 meses)	Beneficio máximo de \$150 por año calendario para marcos de anteojos estándar, lentes para anteojos o lentes de contacto; los marcos de Davis Vision Fashion Collection y los lentes estándar están cubiertos por completo	Beneficio máximo de \$150 por año calendario para marcos de anteojos estándar, lentes para anteojos o lentes de contacto; los marcos de Davis Vision Fashion Collection y los lentes estándar están cubiertos por completo
MEDICAMENTOS RECETADOS	Farmacia minorista (suministro para 31 días)	Pedido por correo*
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura inicial hasta un costo total de medicamentos de \$5,030		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	\$5 por farmacia preferida; \$10 por farmacia estándar	\$12.50 por farmacia preferida; \$25 por farmacia estándar
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	\$5 por farmacia preferida; \$10 por farmacia estándar	\$12.50 por farmacia preferida; \$25 por farmacia estándar
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	\$25 por farmacia preferida; \$30 por farmacia estándar	\$62.50 por farmacia preferida; \$75 por farmacia estándar
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4)	\$55 por farmacia preferida; \$60 por farmacia estándar	\$137.50 por farmacia preferida; \$150 por farmacia estándar
Medicamentos especializados (Nivel 5)	33%	33% (suministro para 31 días)
Interrupción de cobertura hasta el límite del gasto máximo de bolsillo de \$8,000		
Medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2)	\$5 por farmacia preferida; \$10 por farmacia estándar	\$12.50 por farmacia preferida; \$25 por farmacia estándar
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%)	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%)
Medicamentos especializados (Nivel 5)	25% (el plan paga el 5% y el fabricante descuenta el 70%)	25% (suministro para 31 días)
Cobertura en caso de catástrofe		
Medicamentos genéricos		\$0
Medicamentos de marca		\$0

CUÁNTO PAGARÁ EN 2024	PPO DE CAPITAL BLUE CROSS	
PLAN MÉDICO	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$0	\$0
Gasto máximo de bolsillo anual	\$3,400 combinado	
Hospitalización	\$0	\$0
Visitas al médico	\$5 por médico de atención primaria (PCP); \$15 por especialista	\$5 por médico de atención primaria (PCP); \$15 por especialista
Cuidado preventivo	\$0	\$0
Sala de emergencias	\$50 (se exime si es admitido)	\$50 (se exime si es admitido)
Centro de atención de urgencias	\$35	\$35
Cirugía ambulatoria	\$0	20%
Pruebas diagnósticas	\$0 - \$10 por servicios de laboratorio; \$0 - \$25 por imágenes de alta tecnología; 15% de radiología terapéutica; todos los demás \$0	\$0 - \$10 por servicios de laboratorio; \$0 - \$25 por imágenes de alta tecnología; 15% de radiología terapéutica; todos los demás \$0
Terapia ambulatoria	\$15	\$15
Equipo médico duradero	20%	20%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$15	\$15
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	\$0	\$0
Exámenes físicos	\$0 (examen de bienestar anual)	\$0 (examen de bienestar anual)
Exámenes de obstetricia/ginecología	\$0 por exámenes preventivos	\$0 por exámenes preventivos
Mamografías	\$0 por exámenes preventivos	\$0 por exámenes preventivos
Centro de enfermería especializada	\$0 de 1 a 20 días; \$25 de 21 a 100 días	20% de 1 a 100 días
Audífonos (una vez cada 12 meses)	\$150 de bonificación para audífonos de venta libre (OTC); 100% después de la bonificación de \$500 (combinado dentro y fuera de la red)	\$150 de bonificación para audífonos de venta libre (OTC); 100% después de la bonificación de \$500 (combinado dentro y fuera de la red)
Atención dental	\$15 por visita al consultorio; la limpieza y las radiografías están cubiertas dos veces al año; máximo de \$1,500 por año calendario (combinado dentro y fuera de la red)	50% por visita al consultorio; la limpieza y las radiografías están cubiertas dos veces al año; máximo de \$1,500 por año calendario (combinado dentro y fuera de la red)
Exámenes de la visión/exámenes auditivos (una vez cada año calendario)	Exámenes de la visión: \$20 por examen de la visión de rutina Exámenes auditivos: \$0 por examen auditivo de rutina	50%
Lentes con receta (una vez cada 12 meses)	100% después de la bonificación de \$150 para marcos y lentes o lentes de contacto	
MEDICAMENTOS RECETADOS	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 \$5,030		
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 especializados (Nivel 5)	33%	33% (suministro para 30 días)
Interrupción de cobertura hasta el límite del gasto máximo de bolsillo de \$8,000		
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 especializados (Nivel 5)	25% (el plan paga el 5% y el fabricante descuenta el 70%); limitado a un suministro para 30 días	
Cobertura en caso de catástrofe		
Medicamentos genéricos	\$0	
Medicamentos de marca	\$0	

CUÁNTO PAGARÁ EN 2024	MEDICARE P01 PPO DE AETNA*	
PLAN MÉDICO	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$0	\$0
Gasto máximo de bolsillo anual	\$3,500	\$5,000
Hospitalización	\$0	15%
Visitas al médico	\$15	15%
Cuidado preventivo	\$0	15%
Sala de emergencias	\$50 (se exime si es admitido)	\$50 (se exime si es admitido)
Centro de atención de urgencias	\$15	\$15
Cirugía ambulatoria	\$0	15%
Pruebas diagnósticas	\$15	15%
Terapia ambulatoria	\$15	15%
Equipo médico duradero	15%	15%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$15	15%
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	\$0	15%
Exámenes físicos	\$0	15%
Exámenes de obstetricia/ginecología	\$0	15%
Mamografías	\$0	15%
Centro de enfermería especializada	Copago de \$0 por día, de 1 a 20 días; \$75 por día, de 21 a 100 días	15%
Audífonos (una vez cada 36 meses)	Asignación de \$500	
Atención dental	\$15 (si está cubierto por Medicare)	15% (si está cubierto por Medicare)
Exámenes de la visión/exámenes auditivos	\$0 (una vez cada 12 meses)	15% (una vez cada 12 meses)
Lentes recetados (una vez cada 24 meses)	Asignación de \$100	
MEDICAMENTOS RECETADOS	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 \$5,030		
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$4 por farmacia preferida; \$5 por farmacia estándar	\$8 por farmacia preferida; \$10 por farmacia estándar
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$25**	\$50**
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	\$50**	\$100**
Medicamentos especializados (Nivel 4)	33%**	33%** (limitado al suministro de un mes)
Interrupción de cobertura hasta el límite del gasto máximo de bolsillo de \$8,000		
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$4 por farmacia preferida; \$5 por farmacia estándar	\$8 por farmacia preferida; \$10 por farmacia estándar
Medicamentos de marca (Niveles 2 y 3)	25%** (el plan paga el 5% y el fabricante descuenta el 70%)	
Medicamentos especializados (Nivel 4)	25%** (limitado al suministro de un mes; el plan paga el 5% y el fabricante descuenta el 70%)	
Cobertura en caso de catástrofe		
Medicamentos genéricos	\$0	
Medicamentos de marca	\$0	

* Aetna solo está disponible en Pensilvania, Nueva Jersey y algunos condados de Florida, Maryland, Nueva York y Delaware.

** Incluye algunos genéricos de alto costo.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2024	PSERS HOP CUSTOM PPO DE UPMC*	
PLAN MÉDICO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$0	\$500
Máximo anual a cuenta del afiliado	\$3400	\$5100
Hospitalización	\$0	20 %
Consultas médicas	\$0 por médico de cabecera; \$20 por especialista	20 %
Cuidado preventivo	\$0	20 %; sin deducible
Sala de emergencias	\$120 (exento si se admite dentro de los 3 días)	\$120 (exento si se admite dentro de los 3 días), sin deducible
Centro de atención de urgencia	\$20	Copago de \$20, sin deducible
Cirugía ambulatoria	\$0	20 %
Pruebas de diagnóstico	\$0 por análisis; \$10 por radiografía; \$30 por imágenes avanzadas	20 %
Terapia ambulatoria	\$20	20 %
Equipo médico duradero	15 %	50 %
Salud mental ambulatoria	\$20	20 %
Hospitalización para salud mental	\$0	20 %
Exámenes físicos	\$0 por exámenes de bienestar anuales; Exámenes físicos anuales: no cubiertos	20 % por exámenes de bienestar anuales: sin deducible; Exámenes físicos anuales: no cubiertos
Exámenes ginecológicos y obstétricos	\$0 por examen de rutina	20 %; sin deducible
Mamografías	\$0 por examen de rutina	20 %; sin deducible
Centro de enfermería especializada	\$0 por día los días 1 a 15; \$50 por día los días 16 a 100	20 %
Audífonos (una vez cada 12 meses)	\$690/\$1890	\$690/\$1890, sin deducible
Atención dental	Exámenes dentales: \$20	Exámenes dentales: 50 %; sin deducible
Exámenes de visión/audición (una vez al año)	\$0 por examen de la vista de rutina; \$20 por examen de audición de rutina	\$50 por examen de la vista de rutina, sin deducible; 50 % por examen de audición de rutina, sin deducible
Lentes con receta (una vez cada 12 meses)	Asignación de \$175 (combinando dentro y fuera de la red)	
MEDICAMENTOS CON RECETA	Farmacia minorista (suministro para 30 días)	Farmacia minorista/de pedidos por correo (suministro de 100 días)
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura inicial hasta un costo total de medicamentos de \$5030		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	Farmacia preferida \$0; Farmacia estándar \$15	Farmacia preferida \$0; 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 estándar o preferida \$47	Farmacia preferida \$117,50; Farmacia estándar \$141
Medicamentos no preferidos (Nivel 4)	Farmacia estándar o preferida \$100	Farmacia estándar o preferida \$300
Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	33 % en farmacia estándar o preferida	33 % en farmacia estándar o preferida (limitado a un suministro de 30 días)
Período sin cobertura hasta el umbral de gastos por cuenta del afiliado máximo de \$8000		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	Farmacia preferida \$0; Farmacia estándar \$15	Farmacia preferida \$0; 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 % (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 %)	
Cobertura por catástrofe		
Medicamentos genéricos	\$0	
Medicamentos de marca	\$0	

* UPMC está disponible en todos los condados del sureste y suroeste de Pensilvania y en algunos condados del centro norte de Pensilvania.

Opciones de plan de 2024 si NO es elegible para Medicare

CUÁNTO PAGARÁ EN 2024	PPOBLUE (PLAN 80-70) DE HIGHMARK	
MÉDICO	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$100/individual \$300/familiar	\$500/individual \$1,500/familiar
Gasto máximo de bolsillo anual	\$10,000	Sin máximo
Hospitalización	20%	30%
Visitas al médico	\$20 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista; sin deducible	30%
Cuidado preventivo	\$20 por visita, sin deducible	Los exámenes físicos de rutina no están cubiertos; 30% de mamografías y exámenes ginecológicos de rutina
Sala de emergencias	\$100 (se exime si es admitido); sin deducible	\$100 (se exime si es admitido); sin deducible
Centro de atención de urgencias	\$40; sin deducible	30%
Cirugía ambulatoria	20%	30%
Pruebas diagnósticas	20%	30%
Terapia ambulatoria	\$40 por visita; con un máximo de 60 visitas*; sin deducible	30%; con un máximo de 60 visitas*
Equipo médico duradero	20%	30%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	0%; sin deducible	30%
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	20%	30%
Exámenes físicos	\$20 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista; sin deducible	No cubierto
Exámenes de obstetricia/ginecología	\$20 por visita, sin deducible	30% de rutina; sin deducible
Mamografías	20%	30%
Centro de enfermería especializada	20%; 100 visitas por año calendario	30%; 100 visitas por año calendario
Audífonos	No cubierto	No cubierto
Atención dental	No cubierto	No cubierto
Exámenes de la visión/exámenes auditivos	No cubierto	No cubierto
Lentes recetados	No cubierto	No cubierto
MEDICAMENTOS RECETADOS		
Deducible anual	\$0	No cubierto
Máximo anual	Sin máximo	No cubierto
Farmacia minorista (suministro para 34 días)		
Medicamentos genéricos	30% (obligatoriamente genéricos)	No cubierto
Medicamentos de marca	50%	No cubierto
Pedido por correo (suministro para 90 días)		
Medicamentos genéricos	30% (obligatoriamente genéricos)	No cubierto
Medicamentos de marca	50%	No cubierto

* Máximo combinado dentro y fuera de la red

CUÁNTO PAGARÁ EN 2024	PPO DE CAPITAL BLUE CROSS	
MÉDICO	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$100/individual \$300/familiar	\$500/individual \$1,500/familiar
Gasto máximo de bolsillo anual	\$3,000/individual \$6,000/familiar	Sin máximo
Hospitalización	20%; sin deducible	30%; sin deducible
Visitas al médico	\$10 por visita al PCP; \$25 por visita al especialista; sin deducible	30%; sin deducible
Cuidado preventivo	\$10 por visita, sin deducible	20%
Sala de emergencias	\$100; sin deducible (se exime si es admitido)	\$100; sin deducible (se exime si es admitido)
Centro de atención de urgencias	\$40; sin deducible	30%
Cirugía ambulatoria	20%	30%
Pruebas diagnósticas	20%	30%
Terapia ambulatoria	\$40 por visita, sin deducible	30%
Equipo médico duradero	20%	30%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$40 por visita, sin deducible	30%; sin deducible
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	20%	30%
Exámenes físicos	\$10 por visita al PCP; \$25 por visita al especialista; sin deducible	20%; sin deducible
Exámenes de obstetricia/ginecología	\$0; sin deducible	30% sin deducible
Mamografías	\$0; sin deducible	30% sin 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 la visión/exámenes auditivos	No cubierto	No cubierto
Lentes recetados	No cubierto	No cubierto
MEDICAMENTOS RECETADOS		
Deducible anual	\$300/individual \$600/familiar	No cubierto
Máximo anual	Máximo de período de beneficio de \$2,500 en medicamentos para mejorar la calidad de vida	No cubierto
Farmacia minorista		
Medicamentos genéricos	30%*	No cubierto
Medicamentos de marca	30%/farmacia preferida; 50%/farmacia no preferida	No cubierto
Pedido por correo (suministro para 90 días)		
Medicamentos genéricos	30%	No cubierto
Medicamentos de marca	30%/farmacia preferida; 50%/farmacia no preferida	No cubierto

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

CUÁNTO PAGARÁ EN 2024	PREMIER OPEN CHOICE PPO DE AETNA*	
MÉDICO	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$300/individual \$600/familiar	\$500/individual \$1,000/familiar
Gasto máximo de bolsillo anual	\$6,600/individual \$13,200/familiar	\$10,000/individual \$20,000/familiar
Hospitalización	\$200 por día durante 5 días; después \$0	30%
Visitas al médico	\$15 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista	30%
Cuidado preventivo	\$0; sin deducible	30%
Sala de emergencias	\$75; sin deducible (se exime si es admitido)	\$75; sin deducible (se exime si es admitido)
Centro de atención de urgencias	\$50; sin deducible	30%
Cirugía ambulatoria	\$150	30%
Pruebas diagnósticas	\$35 por radiografía/servicio de laboratorio; \$150 por imágenes complejas	30%
Terapia ambulatoria	\$40; la cobertura está sujeta a cambios según el tipo de terapia recibida	30%
Equipo médico duradero	20%	30%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$40; todos los demás servicios de salud mental \$0	30%
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	\$200 por día durante 5 días; después \$0	30%
Exámenes físicos	0%; sin deducible; de rutina	30%
Exámenes de obstetricia/ginecología	0%; sin deducible; de rutina	30%
Mamografías	0%; sin deducible; de rutina	30%
Centro de enfermería especializada	\$200 por día durante 5 días; después \$0; con un límite de 100 días	30%
Audífonos (una vez cada 36 meses; \$1,000 máximo)	100% después de una asignación de \$1,000	30%
Atención dental	No cubierto	No cubierto
Exámenes de la visión/exámenes auditivos	Exámenes de la visión: \$0; sin deducible; 1 examen cada 12 meses; exámenes auditivos: \$40; 1 examen cada 24 meses	30%
Lentes recetados (una vez cada 24 meses)	100% después de una asignación de \$100	100% después de una asignación de \$100
MEDICAMENTOS RECETADOS		
Deducible anual	\$200/individual \$600/familiar	\$200/individual \$600/familiar
Máximo anual	Combinado con médico	Combinado con médico
Farmacia minorista		
Medicamentos genéricos	30%	50% después del copago aplicable
Medicamentos de marca	30%/en la farmacopea 50%/fuera de la farmacopea	50% después del copago aplicable
Pedido por correo (suministro para 90 días)		
Medicamentos genéricos	30%	No cubierto
Medicamentos de marca	30%/en la farmacopea 50%/fuera de la farmacopea	No cubierto

* Aetna solo está disponible en Nueva Jersey, Pensilvania y algunos condados de Florida, Delaware, Maryland y Nueva York.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2024	BUSINESS ADVANTAGE DE UPMC*
MÉDICO	Solo en la red
Deducible anual	\$500/individual \$1,000/familiar
Gasto máximo de bolsillo anual	\$4,000/individual \$8,000/familiar
Hospitalización	20%
Visitas al médico	\$20 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista; sin deducible
Cuidado preventivo	\$0; sin deducible
Sala de emergencias	Copago de \$100 (se exime si es admitido); sin deducible
Centro de atención de urgencias	\$40; sin deducible
Cirugía ambulatoria	20%
Pruebas diagnósticas	20%
Terapia ambulatoria	\$40 por visita; con un máximo de 30 visitas; sin deducible
Equipo médico duradero	20%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$20 por visita, sin deducible
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	20%
Exámenes físicos	\$0 examen de rutina; sin deducible
Exámenes de obstetricia/ginecología	\$0 examen de rutina; sin deducible
Mamografías	\$0 examen de rutina; sin deducible
Centro de enfermería especializada	20%; 120 días por período de beneficios
Audífonos	No cubierto
Atención dental	No cubierto
Exámenes de la visión/exámenes auditivos	No cubierto
Lentes recetados	No cubierto
MEDICAMENTOS RECETADOS	
Deducible anual	\$0
Máximo anual	Sin máximo
Farmacia minorista	
Medicamentos genéricos	\$8 (obligatoriamente genéricos)
Medicamentos de marca	\$38 por medicamentos preferidos; \$76 por medicamentos especializados y no preferidos
Pedido por correo (suministro para 90 días)	
Medicamentos genéricos	\$16 (obligatoriamente genéricos)
Medicamentos de marca	\$76 por medicamentos preferidos; \$152 por medicamentos no preferidos

* UPMC no está disponible en todos los condados.

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 miembros de un plan Medicare Advantage) o 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.