

Pennsylvania Public School  
Employees' Retirement System (PSERS)

# Health Options Program

# 2024



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

## Suroeste

PENSILVANIA

Allegheny • Fayette • Greene • Indiana • Washington  
Westmoreland



## 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
PSERS HOP Custom PPO de UPMC	\$247	\$494
Medicare P01 PPO de Aetna	\$433	\$866

## 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
Business Advantage de UPMC	\$1,823	\$3,646
Premier Open Choice PPO de Aetna	\$2,112	\$4,224

# Opciones de plan de 2024 si es elegible para Medicare

<b>CUÁNTO PAGARÁ EN 2024</b>	<b>FREEDOM BLUE PPO DE HIGHMARK</b>	
<b>PLAN MÉDICO</b>	<b>En la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
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
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b>	<b>Farmacia minorista (suministro para 31 días)</b>	<b>Pedido por correo*</b>
Deducible anual	\$0	\$0
<b>Cobertura inicial hasta un costo total de medicamentos de \$5,030</b>		
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)
<b>Interrupción de cobertura hasta el límite del gasto máximo de bolsillo de \$8,000</b>		
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)
<b>Cobertura en caso de catástrofe</b>		
Medicamentos genéricos		\$0
Medicamentos de marca		\$0

<b>CUÁNTO PAGARÁ EN 2024</b>	<b>PPO DE CAPITAL BLUE CROSS</b>	
<b>PLAN MÉDICO</b>	<b>En la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
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	
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b>	<b>Farmacia minorista (suministro para 30 días)</b>	<b>Pedido por correo (suministro para 90 días)</b>
Deducible anual	\$0	\$0
<b>Cobertura inicial hasta un costo total de medicamentos de \$5,030</b>		
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)
<b>Interrupción de cobertura hasta el límite del gasto máximo de bolsillo de \$8,000</b>		
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	
<b>Cobertura en caso de catástrofe</b>		
Medicamentos genéricos	\$0	
Medicamentos de marca	\$0	

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)	
<b>MEDICAMENTOS CON RECETA</b>	<b>Farmacia minorista (suministro para 30 días)</b>	<b>Farmacia minorista/de pedidos por correo (suministro de 100 días)</b>
Deducible anual	\$0	\$0
<b>Cobertura inicial hasta un costo total de medicamentos de \$5030</b>		
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)
<b>Período sin cobertura hasta el umbral de gastos por cuenta del afiliado máximo de \$8000</b>		
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 %)	
<b>Cobertura por catástrofe</b>		
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.

<b>CUÁNTO PAGARÁ EN 2024</b>	<b>MEDICARE P01 PPO DE AETNA*</b>	
<b>PLAN MÉDICO</b>	<b>En la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
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	
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b>	<b>Farmacia minorista (suministro para 30 días)</b>	<b>Pedido por correo (suministro para 90 días)</b>
Deducible anual	\$0	\$0
<b>Cobertura inicial hasta un costo total de medicamentos de \$5,030</b>		
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)
<b>Interrupción de cobertura hasta el límite del gasto máximo de bolsillo de \$8,000</b>		
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%)	
<b>Cobertura en caso de catástrofe</b>		
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.

# 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
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b>		
Deducible anual	\$0	No cubierto
Máximo anual	Sin máximo	No cubierto
<b>Farmacia minorista (suministro para 34 días)</b>		
Medicamentos genéricos	30% (obligatoriamente genéricos)	No cubierto
Medicamentos de marca	50%	No cubierto
<b>Pedido por correo (suministro para 90 días)</b>		
Medicamentos genéricos	30% (obligatoriamente genéricos)	No cubierto
Medicamentos de marca	50%	No cubierto

\* Máximo combinado dentro y fuera de la red



<b>CUÁNTO PAGARÁ EN 2024</b>	<b>PPO DE CAPITAL BLUE CROSS</b>	
<b>MÉDICO</b>	<b>En la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
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
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b>		
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
<b>Farmacia minorista</b>		
Medicamentos genéricos	30%*	No cubierto
Medicamentos de marca	30%/farmacia preferida;* 50%/farmacia no preferida	No cubierto
<b>Pedido por correo (suministro para 90 días)</b>		
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.

<b>CUÁNTO PAGARÁ EN 2024</b>	<b>BUSINESS ADVANTAGE DE UPMC*</b>
<b>MÉDICO</b>	<b>Solo en la red</b>
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
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b>	
Deducible anual	\$0
Máximo anual	Sin máximo
<b>Farmacia minorista</b>	
Medicamentos genéricos	\$8 (obligatoriamente genéricos)
Medicamentos de marca	\$38 por medicamentos preferidos; \$76 por medicamentos especializados y no preferidos
<b>Pedido por correo (suministro para 90 días)</b>	
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.

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
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b>		
Deducible anual	\$200/individual \$600/familiar	\$200/individual \$600/familiar
Máximo anual	Combinado con médico	Combinado con médico
<b>Farmacia minorista</b>		
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
<b>Pedido por correo (suministro para 90 días)</b>		
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.

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.