

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

Sudeste

PENSILVANIA

Bucks • Chester • Delaware • Montgomery • Filadelfia

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

| | COBERTURA ÚNICA | COBERTURA PARA 2 PERSONAS |
|---|-----------------|---------------------------|
| Freedom Blue PPO de Highmark | \$335 | \$670 |
| PPO de Capital Blue Cross | \$257 | \$514 |
| Medicare P01 PPO de Aetna | \$482 | \$964 |
| PSERS HOP Custom PPO de UPMC | \$247 | \$494 |
| Personal Choice 65 PPO de Independence Blue Cross | \$307 | \$614 |

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 |
| POS de \$20 a \$40/\$250 de Independence Blue Cross | \$3,153 | \$6,306 |

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 |

* Debe obtener suministros para pedidos por correo utilizando Express Scripts/ESI. En la cobertura inicial y el período sin cobertura: suministro para 100 días de los medicamentos de los niveles 1 y 2; suministro para 90 días de los medicamentos de los niveles 3 y 4.

| 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.

| CUÁNTO PAGARÁ EN 2024 | PERSONAL CHOICE 65 PPO DE INDEPENDENCE BLUE CROSS | |
|--|---|---|
| PLAN MÉDICO | En la red | Fuera de la red |
| Deducible anual | \$0 | \$0 |
| Gasto máximo de bolsillo anual | \$3,400 | \$10,000 (dentro y fuera de la red combinados) |
| Hospitalización | \$50/por estadía (de 1 a 6 días) | 30% |
| Visitas al médico | \$0 por médico de atención primaria (PCP); \$15 por especialista | 30% |
| Cuidado preventivo | \$0 | 30% |
| Sala de emergencias | \$90 (se exime si es admitido) | \$90 (se exime si es admitido) |
| Centro de atención de urgencias | \$40 | \$40 |
| Cirugía ambulatoria | \$75 | 30% |
| Pruebas diagnósticas | \$0 | 30% |
| Terapia ambulatoria | \$15; \$5 por rehabilitación pulmonar/ cardiovascular | 30% |
| Equipo médico duradero | 20%; \$0 por suministros para diabéticos | 30% |
| Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios | \$15 | 30% |
| Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados (máximo combinado de por vida de 190 días) | \$50 por estadía (de 1 a 6 días); máximo de por vida de 190 días en un centro de atención aprobado por Medicare | 30% |
| Exámenes físicos | \$0 | 30% |
| Exámenes de obstetricia/ginecología | \$0 (rutina cada dos años) | 30% |
| Mamografías | \$0 | 30% |
| Centro de enfermería especializada | \$0 de 1 a 20 días; \$188 de 21 a 100 días | 30% |
| Audífonos (una vez cada 12 meses) | \$0 después del copago anual de \$499 por audífono para TruHearing Advanced; \$799 por audífono para TruHearing Premium | \$0 después del copago anual de \$499 por audífono para TruHearing Advanced; \$799 por audífono para TruHearing Premium |
| Atención dental | No cubierto | No cubierto |
| Exámenes de la visión/exámenes auditivos | \$15 | 30% |
| Lentes recetados (una vez cada 24 meses) | \$0 por lentes y marcos o lentes de contacto estándar; 100% después de la asignación de \$100 para marcos no estándar y lentes de contacto especiales | 30% |
| 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) | \$2 por farmacia preferida; \$10 por farmacia estándar | \$4 por farmacia preferida |
| Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2) | \$10 por farmacia preferida; \$20 por farmacia estándar | \$20 por farmacia preferida |
| Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3) | \$30 | \$60 por farmacia preferida |
| Medicamentos no preferidos (Nivel 4) | \$60 | \$120 por farmacia preferida |
| Medicamentos especializados (Nivel 5) | 33% | 33% por farmacia preferida |
| Interrupción de cobertura hasta el límite del gasto máximo de bolsillo de \$8,000 | | |
| Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1) | \$2 por farmacia preferida; \$10 por farmacia estándar | \$4 por farmacia preferida |
| Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2) | \$10 por farmacia preferida; \$20 por farmacia estándar | \$20 por farmacia preferida |
| Medicamentos de marca (Niveles 3 y 4) | 25% | 25% por farmacia preferida |
| Medicamentos especializados (Nivel 5) | 33% | 33% por farmacia preferida |
| Cobertura en caso de catástrofe | | |
| Medicamentos genéricos | | \$0 |
| Medicamentos de marca | | \$0 |

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.

| CUÁNTO PAGARÁ EN 2024 | POS DE \$20 A \$40/\$250 DE INDEPENDENCE BLUE CROSS | |
|---|---|---|
| MÉDICO | En la red | Fuera de la red |
| Deducible anual | \$0 | \$5,000/individual \$10,000/familiar |
| Gasto máximo de bolsillo anual | \$7,900/individual \$15,800/familiar | \$30,000/individual \$60,000/familiar |
| Hospitalización | \$250 por día hasta \$1,250 o el máximo de hospitalización | 50% |
| Visitas al médico | \$20 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista | 50% |
| Cuidado preventivo | \$0 | 50%; sin deducible |
| Sala de emergencias | \$250 (no se exime si es admitido) | \$250 (no se exime si es admitido); sin deducible |
| Centro de atención de urgencias | \$85 | 50% |
| Cirugía ambulatoria | \$250 | 50% |
| Pruebas diagnósticas | \$0 por servicios de laboratorio/patología para pacientes ambulatorios; \$40 por radiografías y radiología de rutina/de diagnóstico para pacientes ambulatorios; \$80 por radiología compleja | 50% |
| Terapia ambulatoria | \$40 | 50% |
| Equipo médico duradero | 50% | 50% |
| Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios | \$40 | 50% |
| Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados | \$250 por día hasta \$1,250 o el máximo de hospitalización | 50% |
| Exámenes físicos | \$20 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista | 50%; sin deducible |
| Exámenes de obstetricia/ginecología | \$0 | 50% |
| Mamografías | \$0 | 50%; sin deducible |
| Centro de enfermería especializada | Máximo de \$125 por día con un copago de \$625; 120 días por año calendario | 50%; 120 días por año calendario |
| Audífonos | No cubierto | No cubierto |
| Atención dental | No cubierto | No cubierto |
| Exámenes de la visión/exámenes auditivos | \$35 por examen de la visión, una vez cada 24 meses; Los exámenes auditivos no están cubiertos | No cubierto |
| Lentes recetados | No cubierto | No cubierto |
| MEDICAMENTOS RECETADOS | | |
| Deducible anual | \$0 | \$0 |
| Máximo anual | Sin máximo | Sin máximo |
| Farmacia minorista | | |
| Medicamentos genéricos | \$5 por medicamento genérico de bajo costo \$20 por medicamento genérico | 70% del costo de venta minorista de medicamentos |
| Medicamentos de marca | \$40 por medicamentos preferidos \$60 por medicamentos no preferidos | 70% del costo de venta minorista de medicamentos |
| Pedido por correo (suministro para 90 días) | | |
| Medicamentos genéricos | \$10 por medicamento genérico de bajo costo \$40 por medicamento genérico | 70% del costo de venta minorista de medicamentos |
| Medicamentos de marca | \$80 por medicamentos preferidos \$120 por medicamentos no preferidos | 70% del costo de venta minorista de medicamentos |

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.