

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

Fuera
DE PENNSILVANIA

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

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.

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

	FREEDOM BLUE PPO DE HIGHMARK		MEDICARE P01 PPO DE AETNA		PPO DE CAPITAL BLUE CROSS	
	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas
Delaware						
Kent	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
New Castle	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Sussex	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Florida						
Alachua	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Baker	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Bay	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Bradford	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Brevard	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Broward	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Calhoun	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Charlotte	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Citrus	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Clay	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Collier	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Columbia	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
DeSoto	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Dixie	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Duval	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Escambia	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Flagler	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Franklin	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Gadsden	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Gilchrist	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Glades	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Gulf	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Hamilton	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Hardee	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Hendry	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Hernando	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Highlands	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Hillsborough	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Holmes	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Indian River	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Jackson	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Jefferson	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Lafayette	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Lake	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Lee	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Leon	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Levy	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Liberty	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514

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

	FREEDOM BLUE PPO DE HIGHMARK		MEDICARE P01 PPO DE AETNA		PPO DE CAPITAL BLUE CROSS	
	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas
Florida						
Madison	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Manatee	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Marion	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Martin	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Miami-Dade	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Monroe	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Nassau	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Okaloosa	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Okeechobee	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Orange	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Osceola	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Palm Beach	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Pasco	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Pinellas	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Polk	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Putnam	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
St. Johns	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
St. Lucie	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Santa Rosa	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Sarasota	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Seminole	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Sumter	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Suwannee	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Taylor	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Union	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Volusia	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Wakulla	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Walton	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Washington	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Maryland						
Alleghany	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Anne Arundel	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Baltimore County	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Baltimore City	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Calvert	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Caroline	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Carroll	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Cecil	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514

continúa en la siguiente página

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

	FREEDOM BLUE PPO DE HIGHMARK		MEDICARE P01 PPO DE AETNA		PPO DE CAPITAL BLUE CROSS	
	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas
Maryland						
Charles	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Dorchester	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Frederick	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Garrett	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Harford	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Howard	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Kent	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Montgomery	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Prince George's	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Queen Anne's	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Saint Mary's	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Somerset	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
Talbot	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Washington	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Wicomico	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Worcester	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
New Jersey						
Atlantic	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Bergen	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Burlington	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Camden	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Cape May	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Cumberland	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Essex	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Gloucester	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Hudson	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Hunterdon	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Mercer	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Middlesex	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Monmouth	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Morris	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Ocean	\$301	\$602	\$498	\$996	\$257	\$514
Passaic	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Salem	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Somerset	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Sussex	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Union	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514
Warren	\$335	\$670	\$498	\$996	\$257	\$514

continúa en la siguiente página

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

	FREEDOM BLUE PPO DE HIGHMARK		MEDICARE P01 PPO DE AETNA		PPO DE CAPITAL BLUE CROSS	
	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas
New York						
Albany	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Allegany	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Bronx	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Broome	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Cattaraugus	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Cayuga	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Chautauqua	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Chemung	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Chenango	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Clinton	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Columbia	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Cortland	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Delaware	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Dutchess	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Erie	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Essex	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Franklin	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Fulton	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Genesee	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Greene	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Hamilton	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Herkimer	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Jefferson	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Kings (Brooklyn)	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Lewis	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Livingston	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Madison	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Monroe	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Montgomery	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Nassau	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
New York	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Niagara	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Oneida	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Onondaga	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Ontario	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Orange	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514

continúa en la siguiente página

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

	FREEDOM BLUE PPO DE HIGHMARK		MEDICARE P01 PPO DE AETNA		PPO DE CAPITAL BLUE CROSS	
	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas
New York						
Orleans	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Oswego	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Otsego	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Putnam	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Queens	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Rensselaer	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Richmond	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Rockland	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
St. Lawrence	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Saratoga	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Schenectady	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Schoharie	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Schuyler	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Seneca	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Steuben	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Suffolk	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Sullivan	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Tioga	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Tompkins	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Ulster	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Warren	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Washington	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Wayne	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514
Westchester	\$335	\$670	\$381	\$762	\$257	\$514
Wyoming	\$301	\$602	\$381	\$762	\$257	\$514
Yates	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514

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

	FREEDOM BLUE PPO DE HIGHMARK		MEDICARE P01 PPO DE AETNA		PPO DE CAPITAL BLUE CROSS	
	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas
Todos los demás						
Alabama • Alaska Arizona • Arkansas California • Colorado Connecticut • Georgia Illinois • Indiana Kansas • Kentucky Michigan • Minnesota Mississippi • Nebraska • Nevada Ohio • Oklahoma South Carolina Tennessee • Wyoming	\$335	\$670	No disponible		\$257	\$514
District of Columbia Guam • Hawaii Idaho • Iowa Louisiana • Maine Massachusetts Missouri • Montana New Hampshire New Mexico North Carolina North Dakota Oregon • Puerto Rico Rhode Island South Dakota • Texas U.S. Virgin Islands Utah • Vermont Virginia • Washington West Virginia Wisconsin	\$301	\$602	No disponible		\$257	\$514

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.

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

	PPOBLUE (PLAN 80-70) DE HIGHMARK		PREMIER OPEN CHOICE PPO DE AETNA		PPO DE CAPITAL BLUE CROSS	
	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas
Florida						
Bradford	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Brevard	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Broward	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Charlotte	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Citrus	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Clay	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Collier	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
DeSoto	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Duval	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Hernando	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Highlands	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Hillsborough	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Indian River	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Lake	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Lee	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Madison	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Manatee	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Marion	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Martin	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Miami-Dade	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Nassau	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Orange	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Osceola	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Palm Beach	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Pasco	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Pinellas	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Polk	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
St. Johns	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
St. Lucie	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Sarasota	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Seminole	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Volusia	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Todos los demás condados de Florida	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Maryland						
Allegany	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Somerset	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Todos los demás condados de Maryland	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
New Jersey						
Atlantic	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Bergen	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Burlington	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Camden	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Cape May	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394

continúa en la siguiente página

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

	PPOBLUE (PLAN 80-70) DE HIGHMARK		PREMIER OPEN CHOICE PPO DE AETNA		PPO DE CAPITAL BLUE CROSS	
	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas
New Jersey						
Cumberland	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Essex	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Gloucester	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Hudson	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Hunterdon	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Mercer	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Middlesex	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Monmouth	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Morris	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Ocean	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Passaic	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Salem	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Somerset	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Sussex	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Union	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Warren	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
New York						
Allegany	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Cattaraugus	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Chautauqua	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Clinton	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Delaware	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Erie	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Essex	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Franklin	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Fulton	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Genesee	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Hamilton	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Herkimer	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Madison	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Monroe	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Montgomery	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Niagara	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Orleans	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Otsego	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Schoharie	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Schuyler	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Steuben	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Tompkins	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Warren	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Wayne	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Yates	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Todos los demás condados de Nueva York	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394

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

	PPOBLUE (PLAN 80-70) DE HIGHMARK		PREMIER OPEN CHOICE PPO DE AETNA		PPO DE CAPITAL BLUE CROSS	
	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas
Todos los demás						
New Castle County, Delaware	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Todos los demás condados, Delaware	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Alabama • Alaska Arizona • Arkansas California Colorado Connecticut District of Columbia Georgia • Guam Hawaii • Idaho Illinois • Indiana Iowa • Kansas Kentucky • Louisiana Maine Massachusetts Michigan Minnesota Mississippi Missouri • Montana Nebraska Nevada New Hampshire New Mexico North Carolina North Dakota Ohio • Oklahoma Oregon • Puerto Rico Rhode Island South Dakota South Carolina Tennessee Texas U.S. Virgin Islands Utah • Vermont Virginia Washington West Virginia Wisconsin Wyoming	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394

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.