Planes de salud para 2024

Individuales y familiares

Independence

IBX

Nos alegra que esté considerando elegir a Independence Blue Cross.

Tómese su tiempo para leer la información de este manual. Consulte la página **68** para verificar si es elegible para recibir asistencia financiera y para obtener más información sobre cómo inscribirse.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para inscribirse en un plan de salud, estamos a su disposición. Puede contactarnos en Internet, por teléfono e, incluso, en persona.

Visite **ibx.com/mas**

Llame al **1-844-888-1540 (TTY: 711)** o contacte a su agente de seguros.

Visítenos en **Independence LIVE**

1919 Market Street, 2nd Floor
Philadelphia, PA 19103
Consulte nuestros horarios de atención en **ibx.com/mas.**

Índice

Philadelphia, nosotros nos encargamos 3
Conozca nuestros planes de salud 4
Nuestros planes más populares: Keystone HMO Proactive 5
Beneficios de medicamentos recetados 6
Complete su cobertura con un plan dental, oftalmológico y LifeSecure para adultos 7
Ahorre tiempo y dinero con la atención virtual 8
Obtenga el apoyo que necesita 9
Ayuda para que alcance el bienestar 10
Apoyo para su bienestar financiero 11
Comparación de planes de alto nivel 12
Planes estándar para 2024 14
Planes con reducción del costo compartido para 2024 36
Planes dentales y oftalmológicos para adultos para 2024 58
Notas al pie de los planes de salud 61
Cobertura para indios norteamericanos o nativos de Alaska 62
Ubicaciones en el nivel hospitalario de Keystone HMO Proactive 63
Información importante sobre el plan 64
Glosario 66
¿Cómo puede comprar los planes individuales y los familiares? 68
Seguro médico internacional a través de GeoBlue® 69

Solo hay un plan de Blue que ha considerado a Philadelphia como su hogar por más de 85 años: **Independence Blue Cross**.

Durante todo este tiempo, hemos hecho un gran esfuerzo para facilitar el acceso al seguro médico para usted que pueda concentrarse en sus prioridades.

Philadelphia, nosotros nos encargamos

Hay una cosa en la que las personas de la región de Philadelphia parecen estar de acuerdo: Independence Blue Cross (IBX). Es por eso que los habitantes de Philadelphia de todos los vecindarios y esferas sociales eligen IBX más que cualquier otro plan de salud.

Llevamos aquí más de 85 años y estamos profundamente comprometidos con usted y las comunidades a las que servimos. Ninguna otra compañía de seguro médico conoce a Philadelphia como nosotros.

Cuando elige IBX, obtiene lo siguiente:

- La mayor red de médicos y hospitales en la región, sin importar el plan que elija
- Formas asequibles de obtener atención conveniente y de alta calidad
- Apoyo integral, que incluye su bienestar físico y emocional

IBX es el Blue que conoce y en el que ha confiado durante todo este tiempo. Seguiremos siendo el Blue en el que siempre puede confiar.

Nos comprometemos a cuidar de su salud.

Queremos ayudarlo a construir y a mantener una buena salud, y diseñamos nuestros planes de salud con esta idea en mente. Los planes de salud de IBX ofrecen lo siguiente:

- $300 en tarjetas de regalo por completar ciertas actividades, como realizar un control anual o recibir la vacuna antigripal.
- Apoyo para su bienestar físico, emocional y financiero.
- Gastos de bolsillo más bajos cuando visita médicos de la red y proveedores de salud mental por telesalud.
- $0* para la atención virtual ilimitada con un médico certificado por la junta o un proveedor de la salud mental a través de Teladoc Health.
- Reembolsos por el costo de elecciones de estilo de vida saludables, que incluye membresías de gimnasio y programas para controlar el peso y dejar de fumar.

Estamos con usted cuando más lo necesita.

Nunca está solo si tiene IBX. Tiene acceso a servicios que le hacen la vida más fácil:

- Enfermeros registrados disponibles por teléfono las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Servicios de salud mental para encontrarle el proveedor indicado.
- Representantes de Atención al Cliente que están listos para ayudar.
- Servicio de Atención al Cliente de manera presencial en Independence LIVE.
- Una cuenta de socio en línea y segura, personalizada para su salud y sus necesidades.

*Se pueden aplicar costos compartidos para planes de salud calificados Catastrophic y HSA.

Conozca nuestros planes de salud

Ofrecemos una amplia variedad de planes de salud para que pueda encontrar uno que se adapte a sus necesidades. Independientemente del plan de salud que elija, siempre tendrá acceso a la red completa de proveedores de IBX.

Elija uno de nuestros tres niveles de planes de salud individuales y familiares: Gold, Silver y Bronze. Todos cubren los mismos beneficios de salud esenciales, incluidas visitas al médico, internaciones, cobertura de medicamentos recetados, análisis de sangre, radiografías, atención preventiva y mucho más. También tiene acceso ilimitado, las 24 horas, los 7 días de la semana a atención virtual por $0 de copago.*

Las diferencias entre los planes de salud están en la prima mensual, si se aplica un deducible y los gastos de bolsillo cuando recibe servicios cubiertos.

	Gold	Silver	Bronze
Prima mensual	$$$	$$	$
Gastos de bolsillo	$	$$	$$$
Una buena opción si…	Tiene previsto usar muchos servicios de atención médica	Quiere pagar una prima más baja y mantener los gastos de bolsillo bajos	No planea usar muchos servicios de atención médica

También ofrecemos un plan de salud Catastrophic para personas menores de 30 años o para aquellas que califican para una exención especial.

Obtenga la red más fuerte

Todos nuestros planes de salud ofrecen la mayor red de médicos y hospitales en la región.

60,000+ Médicos dentro de la red

180+ Hospitales dentro de la red

*Se pueden aplicar costos compartidos para planes de salud calificados Catastrophic y HSA.

Nuestros planes más populares: Keystone HMO Proactive

Los planes de salud Keystone HMO Proactive son los más populares por buenas razones: puede obtener atención de alta calidad y ahorrar dinero a la vez. No solo paga menos por sus primas mensuales, sino que puede ahorrar aún más al elegir médicos y hospitales en el Nivel 1: Preferido.

Ahorre con un plan con red escalonada

Para los planes de salud de Keystone HMO Proactive, agrupamos a los proveedores dentro de la red en tres niveles. Los médicos y hospitales que ofrecen atención de alta calidad a un costo menor están en el Nivel 1: Preferido.

50% de los médicos y hospitales dentro de la red están en el Nivel 1: Preferido.

Nivel 1: Preferido $

Nivel 2: Mejorado $$

Nivel 3: Estándar $$$

Lo que debe saber sobre Keystone HMO Proactive:

- Elegirá un primary care physician (PCP, médico de cuidados primarios) que coordine su atención médica y lo remita a especialistas.
- Puede consultar con cualquier médico o ir a cualquier hospital de la red de IBX una vez que tenga la remisión (no se necesitan remisiones para obstetricia/ginecología, mamografías, salud mental o atención de emergencia).
- Algunos servicios tienen el mismo costo en todos los niveles, como la atención preventiva, las visitas a la sala de emergencias* y la atención de urgencia.
- Cuando consulta con médicos y va a hospitales del Nivel 1: Preferido, los gastos de bolsillo son los más bajos.
- Puede elegir los proveedores del Nivel 1 para ciertos servicios cubiertos y los Niveles 2 o 3 para otros servicios.

Ahorre todavía más

Keystone HMO Silver Proactive Select | Keystone HMO Silver Proactive Value

Estas opciones de primas más bajas solo están disponibles cuando compra directamente de IBX. Keystone HMO Silver Proactive Select no tiene deducible para ningún servicio cuando usa proveedores del Nivel 1. Keystone HMO Silver Proactive Value incluye un deducible para los Niveles del 1 al 3 para algunos servicios.

Keystone HMO Silver Proactive Lite | Keystone HMO Silver Proactive Essential

Estos planes ofrecen una prima más baja para las personas que compran con un crédito tributario en Pennie. Incluyen un deducible para los Niveles 1-3 para algunos servicios.

Revise los detalles de estos planes en las páginas 24 - 29

*Si ingresa a un hospital dentro de la red desde la sala de emergencias, los costos compartidos para la atención hospitalaria como paciente internado, incluida la atención médica prestada por un proveedor profesional dentro de la red, se aplicarán según el nivel correspondiente al hospital o el proveedor profesional dentro de la red.

Si ingresa a un hospital fuera de la red después de haber sido atendido en una sala de emergencias, se aplicará el Nivel 3: Estándar de beneficios. Para la atención que no es de emergencia, debe usar proveedores dentro de la red.

Beneficios de medicamentos con receta

Todos nuestros planes médicos incluyen cobertura de medicamentos con receta, para que tenga un acceso seguro y económico a los medicamentos cubiertos.

Herramientas en línea fáciles de usar

Inicie sesión en ibx.com/mas para encontrar una farmacia de la red, calcular los costos de los medicamentos, revisar reclamaciones y hacer pedidos por correo/solicitar entregas a domicilio.

Comodidad de pedido por correo o entrega a domicilio

Hay pedidos por correo o entregas a domicilio con envío gratuito para los medicamentos que consume habitualmente. En la mayoría de los planes, pagará menos por un suministro para 90 días cuando use el pedido por correo o la entrega a domicilio.

También puede obtener un suministro para 90 días de sus medicamentos de mantenimiento en cualquier farmacia minorista Rite Aid al mismo costo compartido que el pedido por correo/la entrega a domicilio.

Ahorro en medicamentos especializados autoadministrados

Nuestro programa de farmacias especializadas ofrece opciones prácticas de entrega y apoyo a los socios que tienen afecciones complejas, como por ejemplo, cáncer, hemofilia, hepatitis C, VIH/sida, artritis reumatoide, esclerosis múltiple y otras afecciones inflamatorias. Recibirá asesoramiento de farmacéuticos y enfermeros experimentados por teléfono o videollamada y acceso a otros recursos.

Ahorre con alternativas de menor costo

Ayudamos a los socios a ahorrar dinero. Pagará menos cuando su médico le recete alternativas de marcas genéricas y de menor costo. Hacemos que sea más fácil para los médicos elegir medicamentos económicos, ya que muchos pueden ver cuánto pagará un socio por un medicamento determinado mientras eligen el que quieren recetar.

El Formulario de Valores tiene cinco niveles de costo compartido de los medicamentos con receta, y los genéricos son los más económicos.

$ ..... Medicamentos genéricos de bajo costo

$$ ..... Medicamentos genéricos

$$$ ..... Medicamentos de marca
(marca preferida)

$$$$ ..... Medicamentos de marca y genéricos
(no preferidos)

$$$$$ ..... Medicamentos especializados autoadministrados

Red de farmacias estándar

68,000 farmacias en todo el país

Red de farmacias preferidas

58,000+ farmacias en todo el país

Consulte las páginas 12 - 13, en la fila "Disposiciones especiales", para ver la red de farmacias que incluye cada plan de salud.

Complete su cobertura con un plan dental u oftalmológico para adultos

Espere más de sus planes dentales y oftalmológicos para adultos. Los planes se pueden adquirir en cualquier momento del año mediante IBX, con o sin un plan médico. Nota: Todos los planes médicos incluyen cobertura dental y oftalmológica para los socios menores de 19 años.

Atención dental para adultos

Nuestros planes dentales ofrecen los siguientes beneficios integrales:

- **Amplia red de proveedores.** Tiene acceso a una de las mayores redes de proveedores de servicios dentales de la región de Philadelphia.
- **Sin períodos de espera.** Puede empezar a usar sus beneficios de inmediato.
- **Recompensas por recibir atención preventiva.** Usted y sus dependientes cubiertos obtienen $20 si reciben dos limpiezas de un dentista dentro de la red durante el año del plan.
- **Flexibilidad para consultar a cualquier dentista.** Maximizará sus ahorros si acude a un dentista de la red, pero tiene la opción de consultar a cualquier dentista sin una remisión.
- **Incentivo de ahorro para la atención preventiva.** Los servicios preventivos no cuentan para alcanzar el máximo anual, por lo que puede usar esa cobertura para los servicios más costosos.

Consulte las páginas 58 - 60para obtener más información sobre los planes dentales y oftalmológicos para adultos que ofrecemos.

Atención oftalmológica para adultos

Elija entre dos planes oftalmológicos que ofrecen estos beneficios:

- **Una red que es muy completa.** La red nacional Davis Vision tiene más de 131,000 puntos de acceso, incluidas las tiendas de Visionworks y otras tiendas minoristas.
- **Examen oftalmológico anual y ajuste de lentes de contacto completamente cubiertos.*†** Usted pagará $0 para los exámenes oftalmológicos anuales y las evaluaciones y ajustes de lentes de contacto cuando visite a un proveedor dentro de la red.
- **Opciones de $0 de copago y de bajo costo para los armazones y lentes.** Elija armazones de diseño del inventario actualizado de la Exclusive Collection de Davis Vision. O use el beneficio de la asignación para los marcos o lentes de contacto que no son de Collection que obtiene de un proveedor dentro de la red.
- **Precios de tarifa fija en todos los lentes estéticos.** Elija entre una amplia variedad de tipos y estilos de lentes de última generación.
- **Descuentos en otros servicios.** Ahorre en otros servicios, como corrección de la vista mediante cirugía láser, exámenes auditivos y tecnología de audífonos de marca de Your Hearing Network.

Planifique para lo inesperado con LifeSecure

Después de un accidente, enfermedad grave o estancia en el hospital, su atención debería estar puesta en la recuperación, no en las finanzas. Los planes de seguro de LifeSecure pueden ayudarlo a:

- recuperar los ingresos perdidos;
- pagar gastos, como deducibles médicos, visitas a consultorios fuera de la red, tratamientos sin cobertura, cuidado infantil, transporte a citas y mantenimiento del hogar.

Obtenga más información en ibx.com/mas.

* Con un proveedor dentro de la red.

† Existe un período de espera de 30 días para todos los contratos nuevos de planes oftalmológicos.

Los planes dentales están suscritos por QCC Insurance Company.

Una filial de Independence Blue Cross tiene un interés económico en Visionworks.

Los productos y servicios de Your Hearing Network están disponibles mediante su cobertura con Davis Vision. Your Hearing Network no es filial de Independence Blue Cross y no proporciona productos ni presta servicios de Blue Cross o Blue Shield. Your Hearing Network o Davis Vision son responsables de estos productos y servicios.

LifeSecure Insurance Company (Brighton, MI) suscribe y tiene responsabilidad financiera total por los productos de seguros de accidentes, enfermedades graves y recuperación hospitalaria. Los productos enumerados son ofrecidos por LifeSecure Insurance Company, una compañía independiente. Estos no son productos de Blue Cross ni Blue Shield. LifeSecure es plenamente responsable. LifeSecure y el logotipo son marcas registradas de LifeSecure Insurance Company.

Ahorre tiempo y dinero con la atención virtual

Nuestros beneficios de atención virtual hacen que el cuidado de su salud física y emocional sea más fácil y asequible. Obtenga atención de alta calidad que no es de emergencia sin necesidad de salir de casa.

Pague $0 por la atención virtual de Teladoc Health

Con la atención virtual de Teladoc Health (Teladoc), usted obtiene una opción de atención rápida, conveniente y asequible: pagará $0.* Puede comunicarse con un médico certificado o un profesional de la salud mental por teléfono, en línea o a través de la aplicación móvil galardonada de Teladoc. Las visitas virtuales están disponibles en distintos idiomas a través de un intérprete, incluida la interpretación en la American Sign Language (ASL, lengua de señas americana).

Medicina general de Teladoc

Puede hablar las 24 horas, los 7 días de la semana con un médico certificado que puede tratar las afecciones que no son de emergencia, como dolor sinusal, gripe, dolor de oído, conjuntivitis y dolor de garganta. Obtendrá un diagnóstico y una receta (si es necesario).

Dermatología en Teladoc

Reciba atención dermatológica confiable de un profesional certificado que puede tratar una amplia gama de afecciones. Puede utilizar su cuenta de Teladoc para reservar una consulta de dermatología, completar un breve cuestionario y subir imágenes de su problema de piel.

Salud mental en Teladoc

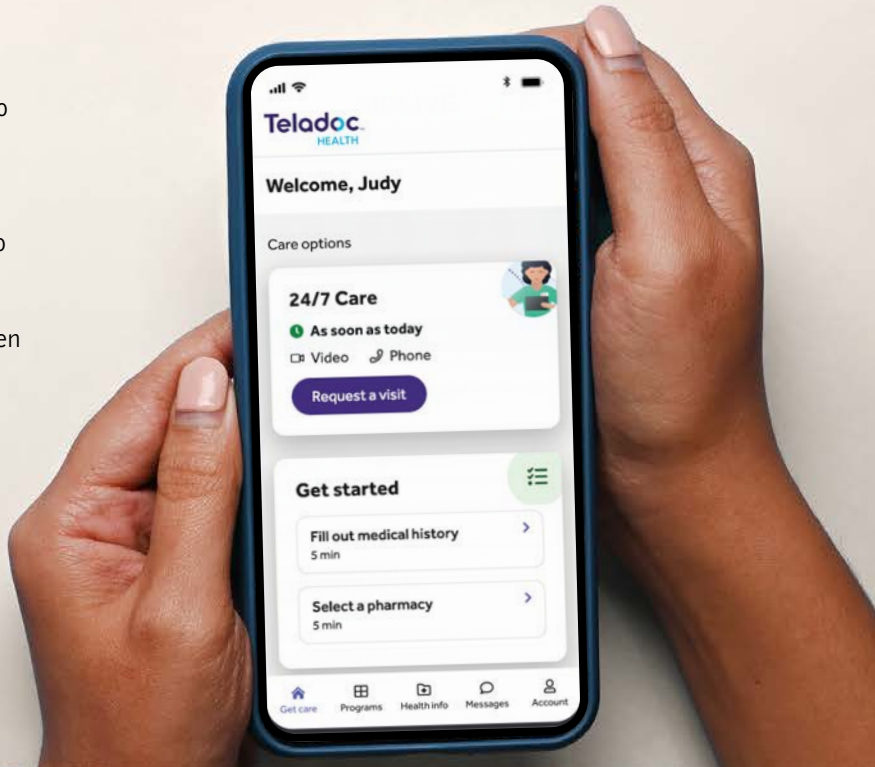
Hable con un psiquiatra certificado, un psicólogo matriculado o un terapeuta de la red de Teladoc, ya sea por teléfono o videollamada. La red de profesionales de la salud mental de Teladoc pueden ayudarlo a abordar problemas como la ansiedad, la depresión, duelos, la presión laboral y otros, mientras construye una relación sólida y regular con el proveedor que elija.

Pague menos por la atención virtual de los proveedores dentro de la red

Cuando tenga una visita virtual con su PCP o especialista, pagará menos de lo que pagaría por una visita en persona. También pagará $0 por las visitas virtuales de salud mental con un proveedor dentro de la red. Este costo compartido reducido está disponible para consultas virtuales con médicos de atención primaria y especialistas dentro de la red que ofrecen esta opción.

Casi el **90%** de los usuarios están muy satisfechos con la experiencia Teladoc.

Más del **75%** de los usuarios que padecen depresión o ansiedad informaron que se sienten mejor después de la tercera o cuarta consulta de Teladoc Mental Health Care.



*Se pueden aplicar costos compartidos para planes de salud calificados Catastrophic y HSA.

Obtenga el apoyo que necesita

Nunca está solo si tiene IBX. Para apoyarlo en su camino hacia la salud, ofrecemos servicios y recursos para que mantenerse sano sea un poco más fácil. No hay costo adicional para usted.

Apoyo personalizado, 24/7

Nuestro equipo de enfermeros matriculados asesores de salud está disponible para proporcionar apoyo adicional a los socios con enfermedades y afecciones crónicas o más graves. También ofrecemos apoyo a las socias durante y después del embarazo.

Recursos de salud mental

Quartet puede ayudar a ponerlo en contacto con un proveedor de servicios de salud mental dentro de la red que se ajuste a sus necesidades.

Peso saludable

Tendrá acceso a Wondr Health, un programa en línea personalizado que le enseña cómo comer sus comidas favoritas para que pueda perder peso, dormir mejor y ganar energía. Sin contar calorías, sin restricciones y sin culpa.

Planificación familiar

Obtenga apoyo personalizado y diario en cada etapa de la paternidad, que incluye el seguimiento del ciclo, la fertilidad, el embarazo, el cuidado del recién nacido y consejos para padres a través de las aplicaciones de Ovia Health.

Control de la diabetes y la hipertensión

Los programas de Livongo facilitan el control de las afecciones crónicas. Los socios obtienen clases personalizadas, tiras reactivas gratis e ilimitadas, alertas de glucosa y más.

Atención de la audición completa

Escuchar bien es fundamental para la salud y el bienestar general. El programa TruHearing incluye cobertura para un examen de la audición y descuentos en audífonos y equipos.

Estamos a su disposición.

Le facilitamos el acceso a la atención que necesita, cuando la necesita.

Acceda a sus beneficios en cualquier momento

Le facilitamos la gestión de su atención médica y de los beneficios en un único lugar conveniente. Puede iniciar sesión en ibx.com/mas o mediante nuestra aplicación móvil gratuita IBX para:

- Ver, imprimir o enviar su tarjeta de identificación
- Acceder a reclamaciones, gastos y beneficios
- Encontrar un médico u hospital cerca de usted
- Calcular los costos de la atención
- Conocer el precio de un medicamento recetado

Obtener respuestas a sus preguntas

Atención al Cliente:

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, nuestro equipo experimentado de Atención al Cliente está listo para ayudar.

Enfermeros matriculados asesores de salud:

Puede llamar a un enfermero matriculado asesor de salud las 24 horas, los 7 días de la semana si tiene preguntas sobre su salud o plan de tratamiento. Este servicio es confidencial y no tiene costo adicional para usted.

Quartet, Wondr Health, Ovia Health, y Livongo son compañías independientes.

Ayuda para que alcance el bienestar

El camino hacia la salud de cada uno es diferente. Aunque lleve una vida por lo general saludable o necesite un poco más de asistencia, Achieve Well-being es una manera divertida y personalizada para alcanzar sus objetivos de salud.

Ofrecemos apoyo, recursos y formas de ahorrar para que lograr sus objetivos de salud sea más fácil y divertido. Obtiene:

Herramientas en línea personalizadas

Achieve Well-being hace que sea fácil y divertido mantenerse motivado en su recorrido hacia el bienestar. Puede crear un plan de acción y recibir recordatorios específicos para sus objetivos de salud. Puede sincronizar con aplicaciones y dispositivos de ejercicio para hacer un seguimiento de su progreso, crear desafíos e invitar a amigos.

Descuentos en actividad física

Use la aplicación HUSK Movement, gracias a la cual estar en forma es más práctico y económico. Elija entre una variedad de contenido a demanda, clases de pago individual con descuento, entrenamientos virtuales, pases de gimnasio por día o sesiones de entrenamiento personal. No hay límites de clases ni tarifas de cancelación.

Ahorros exclusivos para socios

Ahorre dinero en una amplia gama de productos y servicios relacionados con la salud, el entretenimiento y los eventos, desde empresas locales y regionales hasta certificados de regalo de comerciantes y compras en línea.

¡Gane hasta $300 al año por hábitos saludables!

Aquí hay más incentivos para mantenerse saludable. Obtendrá hasta $300 solo por completar seis actividades durante su plan anual:

- **Hacer un control anual con un PCP**
- **Recibir la vacuna contra la gripe**
- **Participar en línea**
- **Completar tres de las siguientes:**
  - Hacerse una evaluación de salud preventiva elegible*
  - Descargar la aplicación HUSK Movement y registrarse
  - Completar su perfil de Well-Being en su cuenta de socio en línea
  - Tener una consulta de asesoramiento nutricional
  - Hacerse un examen dental o limpieza dentro de la red

* Puede acceder a una lista de servicios preventivos que forman parte del programa Achieve Well-being iniciando sesión en ibx.com/mas en la sección Achieve Well-being.

Obtenga apoyo para su bienestar financiero

Nuestros planes de salud incluyen más que beneficios médicos y de medicamentos con receta. También queremos ayudarlo a alcanzar sus objetivos financieros.

Ahorro para la universidad y reducción de la deuda del préstamo estudiantil

Estos servicios de valor agregado* están a disposición de los socios sin costo alguno para ayudar a aliviar la carga financiera de la educación superior:

The College Tuition Benefit®

El programa The College Tuition Benefit funciona como una beca. Puede ser beneficiario de SAGE Scholars Tuition Rewards®, que se extenderá equitativamente a lo largo de los cuatro años de educación universitaria. Use Tuition Rewards en más de 400 institutos educativos y universidades participantes en todo el país.

- Puede patrocinar a la familia inmediata o extendida, que incluye hijos, nietos, sobrinos, hijastros y ahijados.†
- Un punto de Tuition Rewards equivale a un descuento mínimo garantizado de $1 del precio total de la matrícula.
- Ganará 2,000 Tuition Rewards cuando se registre, y los estudiantes recibirán 500 Tuition Rewards cuando se inscriban. Ganará 2,500 más en el cuarto año.‡

Cuanto más tiempo mantenga la cobertura de IBX, más puntos de Tuition Rewards podrá acumular.

* Estos son programas de valor agregado y no un beneficio en virtud de un plan médico de Independence Blue Cross y, por lo tanto, están sujetos a cambios sin previo aviso.

† Sujeto a ciertas restricciones.

‡ El balance no acumula intereses.

GradFin®

GradFin lo ayuda a ahorrar para la universidad y reducir la deuda del préstamo estudiantil. Estos servicios pueden mejorar su futuro financiero:

- **Educación financiera sobre préstamos estudiantiles:** consultas gratuitas, seminarios web en vivo y foros abiertos para ayudarlo a reducir su deuda.
- **Soluciones de préstamos estudiantiles:** ayuda para obtener préstamos nuevos o refinanciados y para consolidar préstamos. La plataforma de préstamos de GradFin incluye 11 prestamistas, por lo que sus posibilidades de aprobación de préstamos y tasas más bajas son mejores.
- **Public Service Loan Forgiveness (PLSF, Programa de Condonación de Préstamos por Servicio Público):** GradFin lo ayuda a mantener el rumbo, ya que audita los pagos, y certifica los ingresos y el empleo.

Programe consultas con un experto en préstamos estudiantiles de GradFin, quien revisará sus carteras de préstamos y analizará las opciones de cancelación para ayudarlo a ahorrar.

Ahorre con una cuenta de ahorros para la salud (HSA)

Cuando se inscribe en un plan de salud EPO que califica para una Health Savings Account (HSA, cuenta de ahorros para la salud) puede abrir una HSA. No pagará impuestos sobre el dinero que ingresa a su cuenta HSA, y puede utilizar esos fondos sin impuestos para pagar gastos de atención médica calificados (incluidos los de atención dental y oftalmológica).

Por estos fondos, también puede ganar intereses o ingresos por inversiones libres de impuestos. Sus ahorros se acumulan año tras año y son suyos para conservarlos, incluso si cambia de plan de salud en el futuro.

Por ejemplo, suponga que aporta $2,000 a su cuenta HSA cada año y gasta $1,000 en gastos médicos calificados. Sus ahorros aumentarán con el tiempo.§

Al final del año 10

Ahorro en impuestos	Saldo de la cuenta HSA
$3,810	$10,949

§ Las cuentas de inversión son opcionales, se aplican cuotas mensuales. Las comisiones de inversión no están incluidas en el ejemplo anterior.

La información que antecede es solo con propósitos informativos. El ejemplo supone una categoría impositiva del 15%, impuestos estatales del 3% y que las opciones de inversión generan una devolución del 2%. Consulte con su asesor de impuestos sobre su situación particular. El retorno sobre la inversión no está garantizado.

El programa Tuition Rewards es proporcionado por The College Tuition Benefit, una compañía independiente. Ni The College Tuition Benefit ni SAGE Scholars, Inc. proporcionan productos ni prestan servicios de Blue Cross.

GradFin, LLC, una compañía independiente, ofrece un programa de refinanciamiento de préstamos estudiantiles a los socios de Independence Blue Cross. GradFin, LLC no ofrece productos ni presta servicios de Blue Cross.

Una mirada rápida a nuestros planes de salud

Ofrecemos una variedad de planes de salud para que pueda encontrar uno que se adapte a sus necesidades. A continuación, encontrará una comparación de planes de alto nivel de algunos de nuestros planes de salud. Los más populares están resaltados en azul. Puede encontrar información más detalla a partir de la página 14.

Comparación de planes de alto nivel

	Gold						Silver			
Nombre del plan	**Personal Choice® PPO Gold**	**Keystone HMO Gold**	**Personal Choice® PPO Gold Classic**	**Personal Choice® PPO Gold Preferred**	**Keystone HMO Gold Proactive**	**Keystone HMO Gold Classic**	**Personal Choice® PPO Silver Classic**	**Keystone HMO Silver Classic**	**Keystone HMO Silver Proactive**	**Keystone HMO Silver Proactive Lite**
Deducible	$0	$0	$1,250	$0	$0	$500	$3,500	$3,500	Nivel 1: $0 Nivel 2: $6,000 Nivel 3: $6,000	Nivel 1: $2,000 Nivel 2: $6,500 Nivel 3: $6,500
Gasto máximo de bolsillo	$8,250	$8,000	$9,450	$8,000	$9,450	$8,000	$8,500	$9,000	$9,450	$9,450
Consultas de atención primaria: atención en consultorio/virtual	$30/$20	$35/$25	20% sin ded./ 20% sin ded.	$15/$5	Nivel 1: $15/$10 Nivel 2: $30/$20 Nivel 3: $45/$30	$40/$25	$30/$20	$35/$25	Nivel 1: $40/$30 Nivel 2: $70/$50 Nivel 3: $80/$55	Nivel 1: $50/$35 Nivel 2: $60/$40 Nivel 3: $70/$50
Consultas con especialistas: atención en consultorio/virtual	$65/$45	$65/$45	20% después del ded./ 20% después del ded.	$15/$5	Nivel 1: $40/$30 Nivel 2: $60/$40 Nivel 3: $80/$55	$80/$55	$75/$50	$80/$55	Nivel 1: $90/$65 Nivel 2: $140/$100 Nivel 3: $150/$105	Nivel 1: $90/$60 Nivel 2: $120/$80 Nivel 3: $140/$95
Salud mental: pacientes ambulatorios	$65	$65	20% después del ded.	$15	$40 para cada nivel	$80	$75	$80	$90 para cada nivel	$90 para cada nivel
Atención de urgencia	$65	$65	20% después del ded.	$15	$40 para cada nivel	$80	30% después del ded.	30% después del ded.	$90 para cada nivel	$90 para cada nivel
Sala de emergencia	$400	$400	20% después del ded.	$300	$400 para cada nivel	$500	30% después del ded.	30% después del ded.	$950 para cada nivel	$950 para cada nivel
Medicamentos con receta genéricos	$15	$15	$15	$15	$15	$15	$20 sin ded. (integrado con ded. médico)	$20 sin ded. (integrado con ded. médico)	$25 sin ded. ($500 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta excepto genéricos)	$20 sin ded. ($500 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta excepto genéricos)
Disposiciones especiales	LCG OON SRx	LCG PCP SRx	LCG ON OON SRx	LCG OON SRx	LCG MG PCP PRx	LCG ON PCP SRx	LCG MG ON OON PRx	LCG MG ON PCP PRx	LCG MG ON PCP PRx	LCG MG ON PCP PRx
Hoja de cálculo. Use esta sección para calcular su prima estimada										
Ingrese su prima mensual	$	$	$	$	$	$	$	$	$	$
Ingrese su monto de crédito tributario (consulte la página 68)	$	$	$	$	$	$	$	$	$	$
Reste el monto del crédito tributario de la prima mensual para determinar la prima final										
Prima final	**$**	**$**	**$**	**$**	**$**	**$**	**$**	**$**	**$**	**$**

Más popular

HSA Este plan es compatible con una cuenta de ahorros para gastos médicos.

LCG Los medicamentos genéricos de bajo costo están disponibles a un costo incluso menor que los genéricos estándar.

MG Genéricos obligatorios: si adquiere un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, usted paga la diferencia del costo más el costo compartido de la marca.

OFF Este plan solo se puede adquirir mediante IBX directamente y no está disponible en Pennie.

ON Este plan solo está disponible para su compra mediante Pennie.

OON Beneficios fuera de la red

PCP Se requiere un médico de cuidados primarios y referencias

PRx La red de farmacias preferidas incluye más de 58,000 farmacias.

SRx La red de farmacias estándar incluye más de 68,000 farmacias.

Silver					Bronze					Catastrophic
Keystone HMO Silver Basic	Keystone HMO Silver Proactive Select	Keystone HMO Silver Proactive Basic	Keystone HMO Silver Proactive Essential	Keystone HMO Silver Proactive Value	Personal Choice® PPO Bronze	Personal Choice® EPO Bronze Reserve + elegible para HSA	Personal Choice® EPO Bronze Classic	Personal Choice® EPO Bronze Basic	Keystone HMO Bronze	Personal Choice® EPO Catastrophic
$5,500	Nivel 1: $0 Nivel 2: $6,000 Nivel 3: $6,000	Nivel 1: $2,500 Nivel 2: $7,000 Nivel 3: $7,000	Nivel 1: $5,000 Nivel 2: $8,000 Nivel 3: $8,000	Nivel 1: $1,500 Nivel 2: $6,000 Nivel 3: $6,000	$6,000	$7,450	$4,200	$9,450	$8,500	$9,450
$9,000	$9,400	$9,450	$9,450	$9,450	$9,450	$7,450	$9,450	$9,450	$9,450	$9,450
$35/$25	Nivel 1: $40/$30 Nivel 2: $70/$50 Nivel 3: $80/$55	Nivel 1: $50/$35 Nivel 2: $60/$40 Nivel 3: $70/$50	Nivel 1: $50/$35 Nivel 2: $60/$40 Nivel 3: $70/$50	Nivel 1: $40/$30 Nivel 2: $60/$40 Nivel 3: $70/$50	50% sin ded./ 50% sin ded.	0% después del ded./ 0% después del ded.	$65/$50	Visitas 1-3: $20/$15 Visita 4 y siguientes: 0% después del ded./ 0% después del ded.	$75/$50	Visitas 1-3: $50/$35 Visita 4 y siguientes: 0% después del ded./0% después del ded.
$80/$55	Nivel 1: $90/$60 Nivel 2: $140/$100 Nivel 3: $150/$105	Nivel 1: $100/$70 Nivel 2: $120/$80 Nivel 3: $140/$95	Nivel 1: $100/$70 Nivel 2: $120/80 Nivel 3: $140/$95	Nivel 1: $80/$55 Nivel 2: $120/$80 Nivel 3: $140/$95	50% después del ded./ 50% después del ded.	0% después del ded./ 0% después del ded.	$65/$50	0% después del ded./ 0% después del ded.	$150/$100	0% después del ded./ 0% después del ded.
$80	$90 para cada nivel	$100 para cada nivel	$100 para cada nivel	$80 para cada nivel	50% después del ded.	0% después del ded.	$65	Visitas 1-3: $0 Visitas: 4+: 0% después del ded.	$150	Visitas 1-3: $0 Visita 4 y siguientes: 0% después del ded.
$80	$90 para cada nivel	$100 para cada nivel	$100 para cada nivel	$80 para cada nivel	50% después del ded.	0% después del ded.	50% después del ded.	0% después del ded.	50% después del ded.	0% después del ded.
$600	$950 para cada nivel	$950 para cada nivel	$975 para cada nivel	$950 para cada nivel	50% después del ded.	0% después del ded.	50% después del ded.	0% después del ded.	50% después del ded.	0% después del ded.
$20 sin ded. (integrado con ded. médico)	$25 sin ded. ($600 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta excepto genéricos)	$20 sin ded. ($500 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta excepto genéricos)	$25 sin ded. ($600 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta excepto genéricos)	$20 sin ded. ($500 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta excepto genéricos)	$35 sin ded. (integrado con ded. médico)	0% después del ded. (integrado con ded. médico)	50% después del ded. (integrado con ded. médico)	$25 sin ded. (integrado con ded. médico)	$25 sin ded. (integrado con ded. médico)	0% después del ded. (integrado con ded. médico)
LCG MG ON PCP PRx	LCG MG OFF PCP PRx	LCG MG ON PCP PRx	LCG MG ON PCP PRx	LCG MG OFF PCP PRx	LCG MG OON PRx	HSA LCG MG PRx	LCG MG PRx	LCG MG PRx	LCG MG PCP PRx	LCG MG PRx
$	$	$	$	$	$	$	$	$	$	$
$	$	$	$	$	$	$	$	$	$	$
$	**$**	**$**	**$**	**$**	**$**	**$**	**$**	**$**	**$**	**$**

Nota: Todos los planes de salud incluyen cobertura pediátrica dental y oftalmológica para menores de 19 años.

Los resúmenes de este folleto representan solo una lista parcial de los beneficios de los planes Keystone Health Plan East y Personal Choice®. Es posible que estos planes de atención médica administrada no cubran todos sus gastos de atención médica. Lea cuidadosamente su contrato para determinar cuáles son los servicios de atención médica que están cubiertos. Para obtener más información, llame al 1-866-346-2081 (TTY: 711).

Planes estándar para 2024

Nuestros planes de salud estándar incluyen una gran variedad de opciones para que pueda elegir la que sea más conveniente para usted. Puede inscribirse en la mayoría de estos planes mediante Pennsylvania Insurance Exchange, o Pennie, si califica para obtener asistencia financiera. También verá los siguientes indicadores en algunos planes de salud:

- OFF Estos planes no se ofrecen en Pennie y deben adquirirse directamente mediante IBX.
- ON Estos planes deben adquirirse en Pennie y no pueden adquirirse directamente mediante IBX.

Independence

IBX

Planes de salud de categoría Gold	Personal Choice® PPO Gold[2]	
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga**	**Fuera de la red usted paga[4]**
Deducible: individual/familiar	$0/$0	$6,000/$12,000
Coseguro	20%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$8,250/$16,500 por copago y coseguro	$12,000/$24,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]		
Atención preventiva para adultos y niños	$0	50% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	$0	N/C
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750	50% sin ded.
Servicios del médico		
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$30/$20	50% después del ded./50% después del ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$65/$45	50% después del ded./50% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	$30	50% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	$0	Sin cobertura
Atención de urgencia	$65	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$50	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital[6]	$65/$95	50% después del ded./50% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$750/día[7]	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20%	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$400	$400 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$60/$90	50% después del ded./50% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$120/$160	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	$120/$240	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	$65/$130	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50%	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$65/$65	50% después del ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	$750/día[7]	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$300/$700	50% después del ded./50% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	$0/50%	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados[12, 13]		
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3	70%
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$15	70%
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14]	$100	70%
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14]	50% hasta $200	70%
Medicamentos especializados autoadministrados	50% hasta $1,000	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios oftalmológicos[17, 18]		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	Sin cobertura
Servicios dentales[21, 22]		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	Sin cobertura

Planes de salud de categoría Gold	ON Personal Choice® PPO Gold Classic[2]	
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga**	**Fuera de la red usted paga[4]**
Deducible: individual/familiar	$1,250/$2,500	$6,000/$12,000
Coseguro	20%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro	$25,000/$50,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]		
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	50% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	N/C
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.	50% sin ded.
Servicios del médico		
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	20% sin ded./20% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	20% después del ded./20% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	20% sin ded.	50% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.	Sin cobertura
Atención de urgencia	20% después del ded.	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	20% después del ded.	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital[6]	20% después del ded./20% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del ded.	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del ded.	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	20% después del ded.	20% después del ded. dentro de la red
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	20% después del ded./20% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	20% después del ded./20% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	20%, después del ded./40%, después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	20%, después del ded./40%, después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del ded.	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	20% después del ded./20% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	20% después del ded.	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	20%, después del ded./40%, después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	0% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados[12, 13]		
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3	70%
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$15	70%
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14]	$100	70%
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14]	50% hasta $200	70%
Medicamentos especializados autoadministrados	50% hasta $1,000	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios oftalmológicos[17, 18]		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios dentales[21, 22]		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	Sin cobertura

Planes de salud de categoría Gold	Personal Choice® PPO Gold Preferred[2]	
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga**	**Fuera de la red usted paga[4]**
Deducible: individual/familiar	$0/$0	$6,000/$12,000
Coseguro	20%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$8,000/$16,000 por copago y coseguro	$12,000/$24,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]		
Atención preventiva para adultos y niños	$0	50% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	$0	N/C
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750	50% sin ded.
Servicios del médico		
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$15/$5	50% después del ded./50% después del ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$15/$5	50% después del ded./50% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	$15	50% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	$0	Sin cobertura
Atención de urgencia	$15	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$50	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital[6]	$45/$45	50% después del ded./50% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$500/día[7]	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20%	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$300	$300 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$100/$100	50% después del ded./50% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$300/$300	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	$120/$240	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	$45/$90	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50%	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$15/$45	50% después del ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	$500/día[7]	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$300/$700	50% después del ded./50% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	$0/50%	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados[12, 13]		
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3	70%
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$15	70%
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14]	$100	70%
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14]	50% hasta $200	70%
Medicamentos especializados autoadministrados	50% hasta $1,000	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios oftalmológicos[17, 18]		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	Sin cobertura
Servicios dentales[21, 22]		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	Sin cobertura

Planes de salud de categoría Gold	Keystone HMO Gold[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$0/$0
Coseguro	20%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$8,000/$16,000 por copago y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	$0
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	$0
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$35/$25
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$65/$45
Clínica en establecimiento minorista	$35
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	$0
Atención de urgencia	$65
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$65/$65
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$750/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20%
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$400
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$60/$60
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$120/$120
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	$120/$240
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	$65/$130
Equipo médico duradero y prótesis	50%
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/ todas las demás	$65/$65
Internación de salud mental y consumo de sustancias	$750/día[7]
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$300/$700
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	$0/$0
Medicamentos recetados[12, 13]	
Deducible: individual/familiar	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$15
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14]	$100
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14]	50% hasta $200
Medicamentos especializados autoadministrados	50% hasta $1,000
Beneficios adicionales	
Servicios oftalmológicos[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.

Planes de salud de categoría Gold	Keystone HMO Gold Proactive[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar	$0/$0	$0/$0	$0/$0
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	20%, a menos que se indique lo contrario	30%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$9,450/$18,900 de copago y coseguro	$9,450/$18,900 de copago y coseguro	$9,450/$18,900 de copago y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	$0	$0	$0
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	$0	$0	$0
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750	$750	$750
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$15/$10	$30/$20	$45/$30
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$40/$30	$60/$40	$80/$55
Clínica en establecimiento minorista[11]	$15	$30	$45
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	$0	$0	$0
Atención de urgencia	$40	$40	$40
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50	$50
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$60/$60	$60/$60	$60/$60
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$350/día[7]	$700/día[7]	$1,100/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	20%	30%
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$400	$400	$400
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$60/$60	$60/$60	$60/$60
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$120/$120	$120/$120	$120/$120
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50%/50%	50%/50%	50%/50%
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0%/0%	20%/20%	30%/30%
Equipo médico duradero y prótesis	50%	50%	50%
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$40/$40	$40/$40	$40/$40
Internación de salud mental y consumo de sustancias	$350/día[7]	$350/día[7]	$350/día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$150/$150	$550/$550	$1,000/$1,000
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$0/$0	$0/$0	$0/$0
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3	$3	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$15	$15	$15
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	$100	$100	$100
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% hasta $300	50% hasta $300	50% hasta $300
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% hasta $1,000	50% hasta $1,000	50% hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0	$0
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes de salud de categoría Gold	ON Keystone HMO Gold Classic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$500/$1,000
Coseguro	20%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$8,000/$16,000 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	$0 sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	$0 sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$40 sin ded./$25 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$80 sin ded./$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	$40 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	$0 sin ded.
Atención de urgencia	$80 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$80 sin ded./$80 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$500 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$65 sin ded./$65 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$125 sin ded./$125 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	$150 sin ded./$300 sin ded
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	$80 sin ded./$160 sin ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$80 sin ded./$80 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	20% después del ded.
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$300 sin ded./$700 sin ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13]	
Deducible: individual/familiar	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$15
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14]	$100
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14]	50% hasta $200
Medicamentos especializados autoadministrados	50% hasta $1,000
Beneficios adicionales	
Servicios oftalmológicos[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.

Planes médicos de categoría Silver	ON Personal Choice® PPO Silver Classic[2]	
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga**	**Fuera de la red usted paga[4]**
Deducible: individual/familiar	$3,500/$7,000	$10,000/$20,000
Coseguro	30%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$8,500/$17,000 por copago, ded. y coseguro	$20,000/$40,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]		
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	50% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	N/C
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.	50% sin ded.
Servicios del médico		
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$30 sin ded./$20 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$75 sin ded./$50 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	$30 sin ded.	50% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.	Sin cobertura
Atención de urgencia	30% después del ded.	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$50 sin ded.	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital[6]	$75 sin ded./$105 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	25% después del ded.	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	30% después del ded.	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	30% después del ded.	30% después del ded. dentro de la red
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	30% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	30% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	30% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	30% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del ded.	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$75 sin ded./30% luego del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	25% después del ded.	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	30% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./50% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]		
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del ded. hasta $300	70% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del ded. hasta $400	70% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $1,000	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios oftalmológicos[17, 18]		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios dentales[21, 22]		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	Sin cobertura

Planes médicos de categoría Silver	ON Keystone HMO Silver Classic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$3,500/$7,000
Coseguro	30%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$9,000/$18,000 copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$35 sin ded./$25 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$80 sin ded./$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	$35 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.
Atención de urgencia	30% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$80 sin ded./$80 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	30% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	30% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	30% después del ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$120 sin ded./$120 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$250 sin ded./$250 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	30% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	30% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$80 sin ded./$80 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	30% después del ded.
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$400 sin ded./$800 sin ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $1,000
Beneficios adicionales	
Servicios oftalmológicos[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.

Planes médicos de categoría Silver	ON Keystone HMO Silver Proactive[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$0/$0	$6,000/$12,000	$6,000/$12,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$9,450/$18,900 de copago y coseguro	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750	$750 sin ded.	$750 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$40/$30	$70 sin ded./$50 sin ded.	$80 sin ded./$55 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$90/$65	$140 sin ded./$100 sin ded.	$150 sin ded./$105 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista[11]	$40	$70 sin ded.	$80 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	$90	$90 sin ded.	$90 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$90/$90	$90 sin ded./$90 sin ded.	$90 sin ded./$90 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$600/día[7]	Sujeto a ded. y $900/día[7]	Sujeto a ded. y $1,300/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$950	$950 sin ded.	$950 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$150/$150	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$375/$375	$375 sin ded./$375 sin ded.	$375 sin ded./$375 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50%/50%	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50%	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$90/$90	$90 sin ded./$90 sin ded.	$90 sin ded./$90 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	$600/día[7]	$600/día sin ded.[7]	$600/día sin ded.[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$250/$250	Sujeto a ded. y copago de $750/sujeto a ded. y copago de $750	Sujeto a ded. y copago de $1,250/sujeto a ded. y copago de $1,250
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0%/0%	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: (individual/familiar)[‡]	$500/$1,000	$500/$1,000	$500/$1,000
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$7 sin ded.	$7 sin ded.	$7 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$25 sin ded.	$25 sin ded.	$25 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	$100 después del ded.	$100 después del ded.	$100 después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Las notas al pie comienzan en la página 61 | ded. = deducible

Planes médicos de categoría Silver	ON Keystone HMO Silver Proactive Lite[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$2,000/$4,000	$6,500/$13,000	$6,500/$13,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.	$750 sin ded.	$750 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$50 sin ded./$35 sin ded.	$60 sin ded./$40 sin ded.	$70 sin ded./$50 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$90 sin ded./$60 sin ded.	$120 sin ded./$80 sin ded.	$140 sin ded./$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista[11]	$50 sin ded.	$60 sin ded.	$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	$90 sin ded.	$90 sin ded.	$90 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$90 sin ded./$90 sin ded.	$90 sin ded./$90 sin ded.	$90 sin ded./$90 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $900/día[7]	Sujeto a ded. y $1,300/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$950 sin ded.	$950 sin ded.	$950 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$300 sin ded./$300 sin ded.	$300 sin ded./$300 sin ded.	$300 sin ded./$300 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin ded.	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/ todas las demás	$90 sin ded./$90 sin ded.	$90 sin ded./$90 sin ded.	$90 sin ded./$90 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $600/día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de $250/ sujeto a ded. y copago de $250	Sujeto a ded. y copago de $750/ sujeto a ded. y copago de $750	Sujeto a ded. y copago de $1,250/ sujeto a ded. y copago de $1,250
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: (individual/familiar)[‡]	$500/$1,000	$500/$1,000	$500/$1,000
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin ded.	$5 sin ded.	$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin ded.	$20 sin ded.	$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	$90 luego del ded	$90 luego del ded	$90 luego del ded
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes médicos de categoría Silver	ON Keystone HMO Silver Basic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$5,500/$11,000
Coseguro	50%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$9,000/$18,000 copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$35 sin ded./$25 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$80 sin ded./$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	$35 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.
Atención de urgencia	$80 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$80 sin ded./$80 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$600 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$175, sin ded./$175, sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$350 sin ded./$350 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$80 sin ded./$120 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$1,650 después del ded./$1,650 después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $1,000
Beneficios adicionales	
Servicios oftalmológicos[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.

Planes médicos de categoría Silver	OFF Keystone HMO Silver Proactive Select[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$0/$0	$6,000/$12,000	$6,000/$12,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$9,400/$18,800 por copago y coseguro	$9,400/$18,800 por copago, ded. y coseguro	$9,400/$18,800 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750	$750 sin ded.	$750 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$40/$30	$70 sin ded./$50 sin ded.	$80 sin ded./$55 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$90/$60	$140 sin ded./$100 sin ded.	$150 sin ded./$105 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista[11]	$40	$70 sin ded.	$80 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	$90	$90 sin ded.	$90 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$90/$90	$90 sin ded./$90 sin ded.	$90 sin ded./$90 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$600/día[7]	Sujeto a ded. y $900/día[7]	Sujeto a ded. y $1,300/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$950	$950 sin ded.	$950 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$150/$150	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$375/$375	$375 sin ded./$375 sin ded.	$375 sin ded./$375 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50%/50%	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50%	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$90/$90	$90 sin ded./$90 sin ded.	$90 sin ded./$90 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	$600/día[7]	$600/día sin ded.[7]	$600/día sin ded.[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$250/$250	Sujeto a ded. y copago de $750/sujeto a ded. y copago de $750	Sujeto a ded. y copago de $1,250/sujeto a ded. y copago de $1,250
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0%/0%	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: (individual/familiar)[‡]	$600/$1,200	$600/$1,200	$600/$1,200
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin ded.	$5 sin ded.	$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$25 sin ded.	$25 sin ded.	$25 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	$100 después del ded.	$100 después del ded.	$100 después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes médicos de categoría Silver	ON Keystone HMO Silver Proactive Basic[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$2,500/$5,000	$7,000/$14,000	$7,000/$14,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.	$750 sin ded.	$750 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$50 sin ded./$35 sin ded.	$60 sin ded./$40 sin ded.	$70 sin ded./$50 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$100 sin ded./$70 sin ded.	$120 sin ded./$80 sin ded.	$140 sin ded./$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista[11]	$50 sin ded.	$60 sin ded.	$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	$100 sin ded.	$100 sin ded.	$100 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$100 sin ded./$100 sin ded.	$100 sin ded./$100 sin ded.	$100 sin ded./$100 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $900/día[7]	Sujeto a ded. y $1,300/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$950 sin ded.	$950 sin ded.	$950 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$300 sin ded./$300 sin ded.	$300 sin ded./$300 sin ded.	$300 sin ded./$300 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin ded.	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$100 sin ded./$100 sin ded.	$100 sin ded./$100 sin ded.	$100 sin ded./$100 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $600/día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de $250/sujeto a ded. y copago de $250	Sujeto a ded. y copago de $750/sujeto a ded. y copago de $750	Sujeto a ded. y copago de $1,250/sujeto a ded. y copago de $1,250
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: (individual/familiar)[‡]	$500/$1,000	$500/$1,000	$500/$1,000
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin ded.	$5 sin ded.	$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin ded.	$20 sin ded.	$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $400	50% después del ded. hasta $400	50% después del ded. hasta $400
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes médicos de categoría Silver	ON Keystone HMO Silver Proactive Essential[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$5,000/$10,000	$8,000/$16,000	$8,000/$16,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.	$750 sin ded.	$750 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$50 sin ded./$35 sin ded.	$60 sin ded./$40 sin ded.	$70 sin ded./$50 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$100 sin ded./$70 sin ded.	$120 sin ded./$80 sin ded.	$140 sin ded./$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista[11]	$50 sin ded.	$60 sin ded.	$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	$100 sin ded.	$100 sin ded.	$100 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$100 sin ded./$100 sin ded.	$100 sin ded./$100 sin ded.	$100 sin ded./$100 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $900/día[7]	Sujeto a ded. y $1,300/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$975 sin ded	$975 sin ded	$975 sin ded
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$300 sin ded./$300 sin ded.	$300 sin ded./$300 sin ded.	$300 sin ded./$300 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin ded.	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$100 sin ded./$100 sin ded.	$100 sin ded./$100 sin ded.	$100 sin ded./$100 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $600/día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de $250/ sujeto a ded. y copago de $250	Sujeto a ded. y copago de $750/ sujeto a ded. y copago de $750	Sujeto a ded. y copago de $1,250/ sujeto a ded. y copago de $1,250
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: (individual/familiar)[‡]	$600/$1,200	$600/$1,200	$600/$1,200
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin ded.	$5 sin ded.	$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$25 sin ded.	$25 sin ded.	$25 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $400	50% después del ded. hasta $400	50% después del ded. hasta $400
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes médicos de categoría Silver	OFF Keystone HMO Silver Proactive Value[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$1,500/$3,000	$6,000/$12,000	$6,000/$12,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.	$750 sin ded.	$750 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$40 sin ded./$30 sin ded.	$60 sin ded./$40 sin ded.	$70 sin ded./$50 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$80 sin ded./$55 sin ded.	$120 sin ded./$80 sin ded.	$140 sin ded./$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista[11]	$40 sin ded.	$60 sin ded.	$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	$80 sin ded.	$80 sin ded.	$80 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$80 sin ded./$80 sin ded.	$80 sin ded./$80 sin ded.	$80 sin ded./$80 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $900/día[7]	Sujeto a ded. y $1,300/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$950 sin ded.	$950 sin ded.	$950 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$300 sin ded./$300 sin ded.	$300 sin ded./$300 sin ded.	$300 sin ded./$300 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin ded.	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$80 sin ded./$80 sin ded.	$80 sin ded./$80 sin ded.	$80 sin ded./$80 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $600/día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de $250/sujeto a ded. y copago de $250	Sujeto a ded. y copago de $750/sujeto a ded. y copago de $750	Sujeto a ded. y copago de $1,250/sujeto a ded. y copago de $1,250
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: (individual/familiar)[‡]	$500/$1,000	$500/$1,000	$500/$1,000
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin ded.	$5 sin ded.	$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin ded.	$20 sin ded.	$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	$100 después del ded.	$100 después del ded.	$100 después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Las notas al pie comienzan en la página 61 | ded. = deducible

Planes médicos de categoría Bronze	Personal Choice® PPO Bronze[2]	
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga**	**Fuera de la red usted paga[4]**
Deducible: individual/familiar	$6,000/$12,000	$15,000/$30,000
Coseguro	50%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro	$25,000/$50,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]		
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	50% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	N/C
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.	50% sin ded.
Servicios del médico		
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	50% sin ded./50% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	50% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	50% sin ded.	50% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.	Sin cobertura
Atención de urgencia	50% después del ded.	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	50% después del ded.	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital[6]	50% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	25% después del ded.	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del ded.	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	50% después del ded.	50% después del ded. dentro de la red
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	50% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	50% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	50% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del ded.	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	50% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	25% después del ded.	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	50% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	0% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]		
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$35 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del ded.	70% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del ded.	70% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded.	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios oftalmológicos[17, 18]		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios dentales[21, 22]		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	Sin cobertura

Planes médicos de categoría Bronze	Personal Choice® EPO Bronze Reserve + eligible para HSA[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$7,450/$14,900
Coseguro	0%
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$7,450/$14,900 copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	0% después del ded./0% después del ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	0% después del ded./0% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	0% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% después del ded.
Atención de urgencia	0% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	0% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	0% después del ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	0% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	0% después del ded./0% después del ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	0% después del ded.
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	0% después del ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	0% después del ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	0% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	0% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	0% después del ded.
Beneficios adicionales	
Servicios oftalmológicos[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	Integrado con ded. médico
Examen pediátrico y limpiezas[23]	0% sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	0% después del ded.

Planes médicos de categoría Bronze	Personal Choice® EPO Bronze Classic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$4,200/$8,400
Coseguro	50%
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$65 sin ded./$50 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$65 sin ded./$50 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	$65 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.
Atención de urgencia	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$65 sin ded./$65 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	50% después del ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	50% después del ded./50% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	65% sin ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de $375/sujeto a ded. y copago de $375
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	50% después del ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded.
Beneficios adicionales	
Servicios oftalmológicos[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.

Planes médicos de categoría Bronze	Personal Choice® EPO Bronze Basic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$9,450/$18,900
Coseguro	0%
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	Visitas 1 a 3: copago de $20 sin ded.*/copago de $15 sin ded.* Visita 4 y siguientes: 0% después del ded.*/0% después del ded.*
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	0% después del ded./0% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	0% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.
Atención de urgencia	0% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	0% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	0% después del ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	0% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	Visitas 1 a 3: 0% sin ded./0%, después del ded. Visita 4 y siguientes: 0% después del ded./0% después del ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	0% después del ded.
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$25 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	0% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	0% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	0% después del ded.
Beneficios adicionales	
Servicios oftalmológicos[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	Integrado con ded. médico
Examen pediátrico y limpiezas[23]	0% sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	0% después del ded.

Planes médicos de categoría Bronze	Keystone HMO Bronze[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$8,500/$17,000
Coseguro	50%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$75 sin ded./$50 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$150 sin ded./$100 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	$75 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.
Atención de urgencia	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$150 sin ded./$150 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a deducible y $700/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	50% después del ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$150 sin ded./$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$250 sin ded./$250 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$150 sin ded./$150 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	Sujeto a deducible y $700/día[7]
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$750 después del ded./$1,000 después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	$10 sin ded./$10 sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$25 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del ded. hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del ded. hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded.
Beneficios adicionales	
Servicios oftalmológicos[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.

Plan de salud Catastrophic	Personal Choice® EPO Catastrophic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$9,450/$18,900
Coseguro	0%
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$9,450/$18,900 de copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	Visitas 1-3: $50 de copago sin ded.*/$35 de copago sin ded.* Visita 4 y siguientes: 0% después del ded.*/0% después del ded.*
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	0% después del ded./0% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	0% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% después del ded.
Atención de urgencia	0% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	0% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	0% después del ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	0% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	Visitas 1 a 3: 0% sin ded./0%, después del ded. Visita 4 y siguientes: 0% después del ded./0% después del ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	0% después del ded.
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	0% después del ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	0% después del ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	0% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	0% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	0% después del ded.
Beneficios adicionales	
Servicios oftalmológicos[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	Integrado con ded. médico
Examen pediátrico y limpiezas[23]	0% sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	0% después del ded.

Planes de reducción del costo compartido para 2024

Inscríbase en un plan de salud Cost-Share Reduction (CSR) en Pennsylvania Insurance Exchange, Pennie, si reúne los requisitos tanto para primas mensuales como para gastos de bolsillo más bajos (consulte la página 68 para obtener más información). Llámenos al **1-866-346-2081 (TTY: 711)** si necesita ayuda para determinar su elegibilidad o hacer una solicitud.

Independence

IBX

Planes Silver 200 - 249% CSR	Personal Choice® PPO Silver Classic[2]	
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga**	**Fuera de la red usted paga[4]**
Deducible: individual/familiar	$3,500/$7,000	$10,000/$20,000
Coseguro	30%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$7,100/$14,200 de copago, ded. y coseguro	$20,000/$40,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]		
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	50% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	N/C
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.	50% sin ded.
Servicios del médico		
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$30 sin ded./$20 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$75 sin ded./$50 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	$30 sin ded.	50% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.	Sin cobertura
Atención de urgencia	30% después del ded.	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$50 sin ded.	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital[6]	$75 sin ded./$75 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del ded.	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del ded.	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	30% después del ded.	30% después del ded. dentro de la red
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	20% después del ded./20% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	20% después del ded./20% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	30% después del ded./30% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	30% después del ded./30% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	30% después del ded.	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/ todas las demás	$75 luego del ded./20% luego del ded	50% después del ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	20% después del ded.	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	20% después del ded./20% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./50% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]		
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	40% después del ded. hasta $200	70% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del ded. hasta $200	70% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $1,000	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios oftalmológicos[17, 18]		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios dentales[21, 22]		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	Sin cobertura

Planes Silver 200 - 249% CSR	Keystone HMO Silver Classic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$3,500/$7,000
Coseguro	30%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$7,250/$14,500 copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$35 sin ded./$25 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$70 sin ded./$50 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	$35 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.
Atención de urgencia	30% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$70 sin ded./$70 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	30% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	30% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	30% después del ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$120 sin ded./$120 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$250 sin ded./$250 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	30% después del ded./30% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	30% después del ded./30% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	30% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$70 sin ded./$70 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	30% después del ded.
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$400 sin ded./$800 sin ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$15 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $1,000
Beneficios adicionales	
Servicios oftalmológicos[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.

Planes Silver 200 - 249% CSR	Keystone HMO Silver Proactive[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$0/$0	$3,500/$7,000	$3,500/$7,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$7,550/$15,100 de copago y coseguro	$7,550/$15,100 de copago, ded. y coseguro	$7,550/$15,100 de copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750	$750 sin ded.	$750 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$40/$30	$70 sin ded./$50 sin ded.	$80 sin ded./$55 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$90/$65	$140 sin ded./$100 sin ded.	$150 sin ded./$105 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista[11]	$40	$70 sin ded.	$80 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	$90	$90 sin ded.	$90 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$90/$90	$90 sin ded./$90 sin ded.	$90 sin ded./$90 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$600/día[7]	Sujeto a ded. y $900/día[7]	Sujeto a ded. y $1,300/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$950	$950 sin ded.	$950 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$150/$150	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$375/$375	$375 sin ded./$375 sin ded.	$375 sin ded./$375 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50%/50%	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50%	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$90/$90	$90 sin ded./$90 sin ded.	$90 sin ded./$90 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	$600/día[7]	$600/día sin ded.[7]	$600/día sin ded.[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$250/$250	Sujeto a ded. y copago de $750/sujeto a ded. y copago de $750	Sujeto a deducible y copago de $1,250/sujeto a deducible y copago de $1,250
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0%/0%	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: (individual/familiar)[‡]	$500/$1,000	$500/$1,000	$500/$1,000
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$7 sin ded.	$7 sin ded.	$7 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$25 sin ded.	$25 sin ded.	$25 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	$100 después del ded.	$100 después del ded.	$100 después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Las notas al pie comienzan en la página 61 | ded. = deducible

Planes Silver 200 - 249% CSR	Keystone HMO Silver Proactive Lite[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$2,000/$4,000	$6,500/$13,000	$6,500/$13,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$7,550/$15,100 de copago, ded. y coseguro	$7,550/$15,100 de copago, ded. y coseguro	$7,550/$15,100 de copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.	$750 sin ded.	$750 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$50 sin ded./$35 sin ded.	$60 sin ded./$40 sin ded.	$70 sin ded./$50 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$90 sin ded./$60 sin ded.	$120 sin ded./$80 sin ded.	$140 sin ded./$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista[11]	$50 sin ded.	$60 sin ded.	$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	$90 sin ded.	$90 sin ded.	$90 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$90 sin ded./$90 sin ded.	$90 sin ded./$90 sin ded.	$90 sin ded./$90 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $900/día[7]	Sujeto a ded. y $1,300/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$950 sin ded.	$950 sin ded.	$950 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$300 sin ded./$300 sin ded.	$300 sin ded./$300 sin ded.	$300 sin ded./$300 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin ded.	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/ todas las demás	$90 sin ded./$90 sin ded.	$90 sin ded./$90 sin ded.	$90 sin ded./$90 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $600/día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de $250/ sujeto a ded. y copago de $250	Sujeto a ded. y copago de $750/ sujeto a ded. y copago de $750	Sujeto a ded. y copago de $1,250/ sujeto a ded. y copago de $1,250
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: (individual/familiar)[‡]	$300/$600	$300/$600	$300/$600
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin ded.	$5 sin ded.	$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin ded.	$20 sin ded.	$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	$90 luego del ded	$90 luego del ded	$90 luego del ded
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 200 - 249% CSR	Keystone HMO Silver Basic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$5,000/$10,000
Coseguro	50%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$7,450/$14,900 copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$35 sin ded./$25 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$80 sin ded./$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	$35 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.
Atención de urgencia	$80 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$80 sin ded./$80 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$600 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$175 sin ded./$175 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$350 sin ded./$350 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$80 sin ded./$120 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$1,650 después del ded./$1,650 después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$15 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $1,000
Beneficios adicionales	
Servicios oftalmológicos[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.

Las notas al pie comienzan en la página 61 | ded. = deducible

Planes Silver 200 - 249% CSR	Keystone HMO Silver Proactive Basic[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$2,500/$5,000	$6,500/$13,000	$6,500/$13,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$7,550/$15,100 de copago, ded. y coseguro	$7,550/$15,100 de copago, ded. y coseguro	$7,550/$15,100 de copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.	$750 sin ded.	$750 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$50 sin ded./$35 sin ded.	$60 sin ded./$40 sin ded.	$70 sin ded./$50 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$100 sin ded./$70 sin ded.	$120 sin ded./$80 sin ded.	$140 sin ded./$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista[11]	$50 sin ded.	$60 sin ded.	$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	$100 sin ded.	$100 sin ded.	$100 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$100 sin ded./$100 sin ded.	$100 sin ded./$100 sin ded.	$100 sin ded./$100 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $900/día[7]	Sujeto a ded. y $1,300/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$800 sin ded.	$800 sin ded.	$800 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$300 sin ded./$300 sin ded.	$300 sin ded./$300 sin ded.	$300 sin ded./$300 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin ded.	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/ todas las demás	$100 sin ded./$100 sin ded.	$100 sin ded./$100 sin ded.	$100 sin ded./$100 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $600/día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de $250/ sujeto a ded. y copago de $250	Sujeto a ded. y copago de $750/ sujeto a ded. y copago de $750	Sujeto a ded. y copago de $1,250/ sujeto a ded. y copago de $1,250
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: (individual/familiar)[‡]	$300/$600	$300/$600	$300/$600
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin ded.	$5 sin ded.	$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin ded.	$20 sin ded.	$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	40% después del ded. hasta $400	40% después del ded. hasta $400	40% después del ded. hasta $400
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 200 - 249% CSR	Keystone HMO Silver Proactive[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$4,500/$9,000	$6,900/$13,800	$6,900/$13,800
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$7,550/$15,100 de copago, ded. y coseguro	$7,550/$15,100 de copago, ded. y coseguro	$7,550/$15,100 de copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.	$750 sin ded.	$750 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$50 sin ded./$35 sin ded.	$60 sin ded./$40 sin ded.	$70 sin ded./$50 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$100 sin ded./$70 sin ded.	$120 sin ded./$80 sin ded.	$140 sin ded./$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista[11]	$50 sin ded.	$60 sin ded.	$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	$100 sin ded.	$100 sin ded.	$100 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$100 sin ded./$100 sin ded.	$100 sin ded./$100 sin ded.	$100 sin ded./$100 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $900/día[7]	Sujeto a ded. y $1,300/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$750 sin ded.	$750 sin ded.	$750 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$300 sin ded./$300 sin ded.	$300 sin ded./$300 sin ded.	$300 sin ded./$300 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.	50% sin ded./50% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin ded.	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$100 sin ded./$100 sin ded.	$100 sin ded./$100 sin ded.	$100 sin ded./$100 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $600/día[7]	Sujeto a ded. y $600/día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de $250/sujeto a ded. y copago de $250	Sujeto a ded. y copago de $750/sujeto a ded. y copago de $750	Sujeto a ded. y copago de $1,250/sujeto a ded. y copago de $1,250
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: (individual/familiar)[‡]	$600/$1,200	$600/$1,200	$600/$1,200
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin ded.	$5 sin ded.	$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin ded.	$20 sin ded.	$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	40% después del ded. hasta $400	40% después del ded. hasta $400	40% después del ded. hasta $400
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500	50% después del ded. hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000	50% después del ded. hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Las notas al pie comienzan en la página 61 | ded. = deducible

Planes Silver 150 - 199% CSR	Personal Choice® PPO Silver Classic[2]	
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga**	**Fuera de la red usted paga[4]**
Deducible: individual/familiar	$2,250/$4,500	$10,000/$20,000
Coseguro	10%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$3,000/$6,000 copago, ded. y coseguro	$20,000/$40,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]		
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	50% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	N/C
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$500 sin ded.	50% sin ded.
Servicios del médico		
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$25 sin ded./$20 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$50 sin ded./$35 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	$25 sin ded.	50% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.	Sin cobertura
Atención de urgencia	10% después del ded.	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$50 sin ded.	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital[6]	$50 sin ded./$50 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	10% sin ded.	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	10% sin ded.	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	10% después del ded.	10% después del ded. dentro de la red
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	10% sin ded./10% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	10% sin ded./10% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	10% después del ded./10% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	10% después del ded./10% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	10% después del ded.	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$50 sin ded./10% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	10% sin ded.	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	10% sin ded./10% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./50% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]		
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$10 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	40% después del ded. hasta $200	70% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del ded. hasta $200	70% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $500	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios oftalmológicos[17, 18]		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios dentales[21, 22]		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	Sin cobertura

Planes Silver 150 - 199% CSR	Keystone HMO Silver Classic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$1,000/$2,000
Coseguro	20%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$2,500/$5,000 copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$30 sin ded./$20 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$60 sin ded./$40 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	$30 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.
Atención de urgencia	20% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$60 sin ded./$60 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	20% después del ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$50 sin ded./$50 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$100 sin ded./$100 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	20% después del ded./20% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	20% después del ded./20% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	20% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$60 sin ded./$60 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	20% después del ded.
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$200 sin ded./$400 sin ded
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$10 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	40% después del ded. hasta $200
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $200
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $500
Beneficios adicionales	
Servicios oftalmológicos[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.

Planes Silver 150 - 199% CSR	Keystone HMO Silver Proactive[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$0/$0	$1,750/$3,500	$1,750/$3,500
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$3,150/$6,300 de copago y coseguro	$3,150/$6,300 de copago, ded. y coseguro	$3,150/$6,300 de copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$500	$500 sin ded.	$500 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$20/$15	$30 sin ded./$20 sin ded.	$40 sin ded./$30 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$40/$30	$60 sin ded./$40 sin ded.	$80 sin ded./$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista[11]	$20	$30 sin ded.	$40 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	$40	$40 sin ded.	$40 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$40/$40	$40 sin ded./$40 sin ded.	$40 sin ded./$40 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$200/día[7]	Sujeto a ded. y $500/día[7]	Sujeto a ded. y $900/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$450	$450 sin ded.	$450 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$50/$50	$50 sin ded./$50 sin ded.	$50 sin ded./$50 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$200/$200	$200 sin ded./$200 sin ded.	$200 sin ded./$200 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	40%/40%	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	20%	20% sin ded.	20% sin ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$40/$40	$40 sin ded./$40 sin ded.	$40 sin ded./$40 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	$200/día[7]	$200/día sin ded.[7]	$200/día sin ded.[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$100/$100	Sujeto a ded. y copago de $450/ sujeto a ded. y copago de $450	Sujeto a ded. y copago de $900/ sujeto a ded. y copago de $900
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0%/0%	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3	$3	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$10	$10	$10
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	$100	$100	$100
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	40% hasta $400	40% hasta $400	40% hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% hasta $500	50% hasta $500	50% hasta $500
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 150 - 199% CSR	Keystone HMO Silver Proactive Lite[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$1,000/$2,000	$2,000/$4,000	$2,000/$4,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$3,000/$6,000 copago, ded. y coseguro	$3,000/$6,000 copago, ded. y coseguro	$3,000/$6,000 copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$500 sin ded.	$500 sin ded.	$500 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$20 sin ded./$15 sin ded.	$30 sin ded./$20 sin ded.	$40 sin ded./$30 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$40 sin ded./$30 sin ded.	$60 sin ded./$40 sin ded.	$80 sin ded./$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista[11]	$20 sin ded.	$30 sin ded.	$40 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	$40 sin ded.	$40 sin ded.	$40 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$40 sin ded./$40 sin ded.	$40 sin ded./$40 sin ded.	$40 sin ded./$40 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y $300/día[7]	Sujeto a ded. y $500/día[7]	Sujeto a ded. y $900/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$250 sin ded.	$250 sin ded.	$250 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$75 sin ded./$75 sin ded.	$75 sin ded./$75 sin ded.	$75 sin ded./$75 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	20% sin ded.	20% sin ded.	20% sin ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$40 sin ded./$40 sin ded.	$40 sin ded./$40 sin ded.	$40 sin ded./$40 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	Sujeto a ded. y $300/día[7]	Sujeto a ded. y $300/día[7]	Sujeto a ded. y $300/día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de $100/ sujeto a ded. y copago de $100	Sujeto a ded. y copago de $450/ sujeto a ded. y copago de $450	Sujeto a ded. y copago de $900/ sujeto a ded. y copago de $900
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3	$3	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$10	$10	$10
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	$90	$90	$90
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	40% hasta $400	40% hasta $400	40% hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% hasta $500	50% hasta $500	50% hasta $500
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Las notas al pie comienzan en la página 61 | ded. = deducible

Planes Silver 150 - 199% CSR	Keystone HMO Silver Basic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$1,000/$2,000
Coseguro	30%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$2,750/$5,500 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin ded.
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$20 sin ded./$15 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$40 sin ded./$30 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	$20 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.
Atención de urgencia	$40 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$40 sin ded./$40 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	30% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	30% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$250 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$75 sin ded./$75 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$150 sin ded./$150 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	30% después del ded./30% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	30% después del ded./30% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	30% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$40 sin ded./$70 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	30% después del ded.
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$1,000 después del ded./$1,000 después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$10 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	40% después del ded. hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	50% después del ded. hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del ded. hasta $1,000
Beneficios adicionales	
Servicios oftalmológicos[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.

Planes Silver 150 - 199% CSR	Keystone HMO Silver Proactive Basic[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$1,000/$2,000	$2,000/$4,000	$2,000/$4,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$3,000/$6,000 copago, ded. y coseguro	$3,000/$6,000 copago, ded. y coseguro	$3,000/$6,000 copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$500 sin ded.	$500 sin ded.	$500 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$20 sin ded./$15 sin ded.	$30 sin ded./$20 sin ded.	$40 sin ded./$30 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$40 sin ded./$30 sin ded.	$60 sin ded./$40 sin ded.	$80 sin ded./$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista[11]	$20 sin ded.	$30 sin ded.	$40 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	$40 sin ded.	$40 sin ded.	$40 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$40 sin ded./$40 sin ded.	$40 sin ded./$40 sin ded.	$40 sin ded./$40 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y $300/día[7]	Sujeto a ded. y $500/día[7]	Sujeto a ded. y $900/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$250 sin ded.	$250 sin ded.	$250 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$75 sin ded./$75 sin ded.	$75 sin ded./$75 sin ded.	$75 sin ded./$75 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	20% sin ded.	20% sin ded.	20% sin ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$40 sin ded./$40 sin ded.	$40 sin ded./$40 sin ded.	$40 sin ded./$40 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	Sujeto a ded. y $300/día[7]	Sujeto a ded. y $300/día[7]	Sujeto a ded. y $300/día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de $100/sujeto a ded. y copago de $100	Sujeto a ded. y copago de $450/sujeto a ded. y copago de $450	Sujeto a ded. y copago de $900/sujeto a ded. y copago de $900
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: (individual/familiar)[‡]	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3	$3	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$10	$10	$10
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	30% hasta $300	30% hasta $300	30% hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	40% hasta $400	40% hasta $400	40% hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% hasta $500	50% hasta $500	50% hasta $500
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Las notas al pie comienzan en la página 61 | ded. = deducible

Planes Silver 150 - 199% CSR	Keystone HMO Silver Proactive[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$1,500/$3,000	$2,000/$4,000	$2,000/$4,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$3,000/$6,000 copago, ded. y coseguro	$3,000/$6,000 copago, ded. y coseguro	$3,000/$6,000 copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$500 sin ded.	$500 sin ded.	$500 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$20 sin ded./$15 sin ded.	$30 sin ded./$20 sin ded.	$40 sin ded./$30 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$40 sin ded./$30 sin ded.	$60 sin ded./$40 sin ded.	$80 sin ded./$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista[11]	$20 sin ded.	$30 sin ded.	$40 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	$40 sin ded.	$40 sin ded.	$40 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin ded.	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$40 sin ded./$40 sin ded.	$40 sin ded./$40 sin ded.	$40 sin ded./$40 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y $300/día[7]	Sujeto a ded. y $500/día[7]	Sujeto a ded. y $900/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del ded.	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$250 sin ded.	$250 sin ded.	$250 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$75 sin ded./$75 sin ded.	$75 sin ded./$75 sin ded.	$75 sin ded./$75 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.	$150 sin ded./$150 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0% después del ded./0% después del ded.	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	20% sin ded.	20% sin ded.	20% sin ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$40 sin ded./$40 sin ded.	$40 sin ded./$40 sin ded.	$40 sin ded./$40 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	Sujeto a ded. y $300/día[7]	Sujeto a ded. y $300/día[7]	Sujeto a ded. y $300/día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a ded. y copago de $100/sujeto a ded. y copago de $100	Sujeto a ded. y copago de $450/sujeto a ded. y copago de $450	Sujeto a ded. y copago de $900/sujeto a ded. y copago de $900
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: (individual/familiar)[‡]	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3	$3	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$15	$15	$15
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	30% hasta $300	30% hasta $300	30% hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	40% hasta $400	40% hasta $400	40% hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% hasta $500	50% hasta $500	50% hasta $500
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 138 - 149% CSR	Personal Choice® PPO Silver Classic[2]	
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga**	**Fuera de la red usted paga[4]**
Deducible: individual/familiar	$0/$0	$10,000/$20,000
Coseguro	10%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$2,250/$4,500 por copago y coseguro	$20,000/$40,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]		
Atención preventiva para adultos y niños	$0	50% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	$0	N/C
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$250	50% sin ded.
Servicios del médico		
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$5/$0	50% después del ded./50% después del ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$10/$5	50% después del ded./50% después del ded.
Clínica en establecimiento minorista	$5	50% después del ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	$0	Sin cobertura
Atención de urgencia	10%	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$10	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital[6]	$10/$10	50% después del ded./50% después del ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	10%	50% después del ded.
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	10%	50% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	10%	10% sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	10%/10%	50% después del ded./50% después del ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	10%/10%	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	10%/10%	50% después del ded./50% después del ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	10%/10%	50% después del ded./50% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	10%	50% después del ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$10/10%	50% después del ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	10%	50% después del ded.
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	10%/10%	50% después del ded./50% después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	0%/50%	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]		
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3	70%
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$4	70%
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	5% hasta $200	70%
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	15% hasta $200	70%
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% hasta $500	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios oftalmológicos[17, 18]		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	Sin cobertura
Servicios dentales[21, 22]		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	Sin cobertura

Las notas al pie comienzan en la página 61 | ded. = deducible

Planes Silver 138 - 149% CSR	Keystone HMO Silver Classic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$0/$0
Coseguro	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$1,850/$3,700 copago y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	$0
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	$0
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$10/$5
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$20/$15
Clínica en establecimiento minorista	$10
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	$0
Atención de urgencia	10%
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$20/$20
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	10%
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$10/$10
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$20/$20
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	10%/10%
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	10%/10%
Equipo médico duradero y prótesis	10%
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/ todas las demás	$20/$20
Internación de salud mental y consumo de sustancias	10%
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$40/$80
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	$0/$0
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	5% hasta $200
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	15% hasta $200
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% hasta $500
Beneficios adicionales	
Servicios oftalmológicos[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.

Planes Silver 138 - 149% CSR	Keystone HMO Silver Proactive[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$0/$0	$200/$400	$200/$400
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$1,850/$3,700 por copago y coseguro	$1,850/$3,700 por copago, ded. y coseguro	$1,850/$3,700 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$250	$250 sin ded.	$250 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$5/$0	$10 sin ded./$5 sin ded.	$20 sin ded./$15 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$15/$10	$20 sin ded./$15 sin ded.	$40 sin ded./$30 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista[11]	$5	$10 sin ded.	$20 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	$15	$15 sin ded.	$15 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$15/$15	$15 sin ded./$15 sin ded.	$15 sin ded./$15 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$50/día[7]	Sujeto a ded. y $250/día[7]	Sujeto a ded. y $500/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$50	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$10/$10	$10 sin ded./$10 sin ded.	$10 sin ded./$10 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$20/$20	$20 sin ded./$20 sin ded.	$20 sin ded./$20 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	40%/40%	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	20%	20% sin ded.	20% sin ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$15/$15	$15 sin ded./$15 sin ded.	$15 sin ded./$15 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	$50/día[7]	$50/día sin ded.[7]	$50/día sin ded.[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$50/$50	Sujeto a ded. y copago de $200/sujeto a ded. y copago de $200	Sujeto a ded. y copago de $400/sujeto a ded. y copago de $400
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0%/0%	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$1	$1	$1
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$4	$4	$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	$15	$15	$15
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	5% hasta $400	5% hasta $400	5% hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	30% hasta $500	30% hasta $500	30% hasta $500
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 138 - 149% CSR	Keystone HMO Silver Proactive Lite[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$0/$0	$200/$400	$200/$400
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$1,850/$3,700 de copago y coseguro	$1,850/$3,700 de copago, ded. y coseguro	$1,850/$3,700 de copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$250	$250 sin ded.	$250 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$5/$0	$10 sin ded./$5 sin ded.	$20 sin ded./$15 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$15/$10	$20 sin ded./$15 sin ded.	$40 sin ded./$30 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista[11]	$5	$10 sin ded.	$20 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	$15	$15 sin ded.	$15 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$15/$15	$15 sin ded./$15 sin ded.	$15 sin ded./$15 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$50/día[7]	Sujeto a ded. y $250/día[7]	Sujeto a ded. y $500/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$50	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$10/$10	$10 sin ded./$10 sin ded.	$10 sin ded./$10 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$20/$20	$20 sin ded./$20 sin ded.	$20 sin ded./$20 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	40%/40%	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	20%	20% sin ded.	20% sin ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$15/$15	$15 sin ded./$15 sin ded.	$15 sin ded./$15 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	$50/día[7]	$50/día sin ded.[7]	$50/día sin ded.[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Copago de $50/copago de $50	Sujeto a ded. y copago de $200/sujeto a ded. y copago de $200	Sujeto a ded. y copago de $400/sujeto a ded. y copago de $400
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0%/0%	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$1	$1	$1
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$4	$4	$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	$15	$15	$15
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	5% hasta $400	5% hasta $400	5% hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	30% hasta $500	30% hasta $500	30% hasta $500
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 138 - 149% CSR	Keystone HMO Silver Basic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$0/$0
Coseguro	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar	$1,500/$3,000 por copago y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	$0
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	$0
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750
Servicios del médico	
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$15/$10
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$30/$20
Clínica en establecimiento minorista	$15
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	$0
Atención de urgencia	$30
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$30/$30
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$50
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$15/$15
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$30/$30
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	10%/10%
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	10%/10%
Equipo médico duradero y prótesis	10%
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/ todas las demás	$30/$30
Internación de salud mental y consumo de sustancias	10%
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$75/$75
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	$0/$0
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	5% hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	15% hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% hasta $1,000
Beneficios adicionales	
Servicios oftalmológicos[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.

Planes Silver 138 - 149% CSR	Keystone HMO Silver Proactive Basic[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$0/$0	$200/$400	$200/$400
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$1,850/$3,700 copago y coseguro	$1,850/$3,700 copago, ded. y coseguro	$1,850/$3,700 copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$250	$250 sin ded.	$250 sin ded.
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$5/$0	$10 sin ded./$5 sin ded.	$20 sin ded./$15 sin ded.
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$15/$10	$20 sin ded./$15 sin ded.	$40 sin ded./$30 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista[11]	$5	$10 sin ded.	$20 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia	$15	$15 sin ded.	$15 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$15/$15	$15 sin ded./$15 sin ded.	$15 sin ded./$15 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$50/día[7]	Sujeto a ded. y $250/día[7]	Sujeto a ded. y $500/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del ded.	10% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$50	$50 sin ded.	$50 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$10/$10	$10 sin ded./$10 sin ded.	$10 sin ded./$10 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$20/$20	$20 sin ded./$20 sin ded.	$20 sin ded./$20 sin ded.
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	40%/40%	40% sin ded./40% sin ded.	40% sin ded./40% sin ded.
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del ded./5% después del ded.	10% después del ded./10% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis	20%	20% sin ded.	20% sin ded.
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/ todas las demás	$15/$15	$15 sin ded./$15 sin ded.	$15 sin ded./$15 sin ded.
Internación de salud mental y consumo de sustancias	$50/día[7]	$50/día sin ded.[7]	$50/día sin ded.[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$50/$50	Sujeto a ded. y copago de $200/ sujeto a ded. y copago de $200	Sujeto a ded. y copago de $400/ sujeto a ded. y copago de $400
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0%/0%	0% sin ded./0% sin ded.	0% sin ded./0% sin ded.
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: (individual/familiar)[‡]	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$1	$1	$1
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$4	$4	$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	5% hasta $300	5% hasta $300	5% hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	5% hasta $400	5% hasta $400	5% hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	30% hasta $500	30% hasta $500	30% hasta $500
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 138 - 149% CSR	Keystone HMO Silver Proactive[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: Preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: Mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: Estándar**
Deducible: individual/familiar	$0/$0	$0/$0	$0/$0
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Gasto máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$1,500/$3,000 por copago y coseguro	$1,500/$3,000 por copago y coseguro	$1,500/$3,000 por copago y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0%	0%
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0%	0%
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$250	$250	$250
Servicios del médico			
Consultas de atención primaria: consultorio/virtual	$5/$0	$10/$5	$20/$15
Consultas con especialistas: consultorio/virtual	$15/$10	$20/$15	$40/$30
Clínica en establecimiento minorista[11]	$5	$10	$20
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0%	0%	0%
Atención de urgencia	$15	$15	$15
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50	$50
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$15/$15	$15/$15	$15/$15
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$50/día[7]	$250/día[7]	$500/día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5%	10%
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$50	$50	$50
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$10/$10	$10/$10	$10/$10
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$20/$20	$20/$20	$20/$20
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio	40%/40%	40%/40%	40%/40%
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio	0%/0%	5%/5%	10%/10%
Equipo médico duradero y prótesis	20%	20%	20%
Salud mental ambulatoria y consumo de sustancias: visita al consultorio/ todas las demás	$15/$15	$15/$15	$15/$15
Internación de salud mental y consumo de sustancias	$50/día[7]	$50/día[7]	$50/día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$50/$50	$200/$200	$400/$400
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	0%/0%	0%/0%	0%/0%
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: (individual/familiar)[‡]	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$1	$1	$1
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$10	$10	$10
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14,16]	5% hasta $300	5% hasta $300	5% hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14,16]	5% hasta $400	5% hasta $400	5% hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	30% hasta $500	30% hasta $500	30% hasta $500
Beneficios adicionales			
Servicios oftalmológicos[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0	$0
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin ded.	$0 sin ded.	$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia[24]	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Las notas al pie comienzan en la página 61 | ded. = deducible

Planes dentales y oftalmológicos para adultos para 2024

La cobertura de atención pediátrica dental y oftalmológica se incluye en todos los planes médicos de IBX. Para adultos mayores de 19 años, están disponibles planes dentales y oftalmológicos individuales durante todo el año con o sin inscripción en un plan médico.

Independence

IBX

Elija su plan dental para adultos

Adult Dental Preferred es el plan para usted si está buscando un plan que cubra los servicios preventivos (como los exámenes y las limpiezas) y los servicios básicos (como los empastes y tratamientos de conducto).

Adult Dental Premier es el plan para usted si está buscando la protección agregada de gastos de bolsillo más bajos y cobertura para servicios principales, como coronas y prótesis dentales.

	Adult Dental Preferred		Adult Dental Premier[1]	
Beneficios dentro de la red	**Usted paga**		**Usted paga**	
Deducible anual: individual/familiar	$50/$150		$50/$150	
Beneficio máximo anual	$1,500 por socio cubierto		$2,000 por socio cubierto	
Comience a usar estos servicios de inmediato	**Usted paga**		**Usted paga**	
Exámenes	Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera	1 cada 12 meses	Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera	1 cada 6 meses
Limpiezas	Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera	1 cada 12 meses	Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera	1 cada 6 meses
Radiografía de aleta de mordida	Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera	1 set cada 24 meses, de 19 - 29 años; 1 set cada 3 años, de 30 años en adelante	Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera	1 set cada 18 meses
Radiografías de boca completa	Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera	1 cada 5 años	Cubierto al 100%, sin deducible, sin período de espera	1 cada 5 años
Empastes, extracciones	50% después del deducible	Sin período de espera	20% después del deducible	Sin período de espera
Obtendrá estos beneficios después de 12 meses	**Usted paga**		**Usted paga**	
Endodoncia, periodoncia, cirugía oral	50% después del deducible	Período de espera de 12 meses para los socios nuevos	20% después del deducible	Período de espera de 12 meses para los socios nuevos
Reparaciones de coronas y prótesis dentales	50% después del deducible	Período de espera de 12 meses para los socios nuevos	20% después del deducible	Período de espera de 12 meses para los socios nuevos
Coronas y prótesis dentales	Sin cobertura	N/C	50% después del deducible	Período de espera de 12 meses para los socios nuevos

Primas mensuales por socio

Edad	Adult Dental Preferred	Adult Dental Premier
19 - 25	$18.89	$39.39
26 - 39	$20.07	$41.85
40 - 49	$23.61	$49.24
50 - 63	$27.74	$57.86
Mayores de 64	$28.33	$59.09

Las tarifas están sujetas a cambios que dependen de la aprobación del Pennsylvania Insurance Department (Departamento de Seguros de Pennsylvania).

1 Con el plan Adult Dental Premier, el monto que paga el plan por estos servicios no se deduce del beneficio máximo anual.

Elija un plan oftalmológico para adultos

	Vision Care 150	Vision Care 200
Beneficios dentro de la red	**Usted paga**	**Usted paga**
Frecuencia (examen y equipo)	Una vez cada año calendario	Una vez cada año calendario
Copagos por examen y lentes	$0	$0
Marcos	**Usted paga**	**Usted paga**
Marcos de la Exclusive Collection de Davis Vision (en lugar de asignación):		
• Selección de moda	Copago de $0	Copago de $0
• Selección de diseñador	$15 de copago	Copago de $0
• Selección de primera	$40 de copago	Copago de $0
Asignación para marcos fuera de la colección	Hasta $100 o hasta $150[2] en Visionworks, 20% de descuento en promedio[1]	Hasta $150 o hasta $200[2] en Visionworks, 20% de descuento en promedio[3]
Opciones de lentes	**Usted paga**	**Usted paga**
Lentes de plástico transparentes monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales o lenticulares (cualquier refracción)	$0	$0
Polarizado de lentes de plástico	$15	$0
Recubrimiento resistente a rayas	$0	$0
Lentes de policarbonato	$35	$0
Recubrimiento ultravioleta	$0	$0
Recubrimiento antirreflejante (AR) (standard/premium/ultra/ultimate)	$40/$55/$69/$85	$35/$48/$60/$85
Lentes progresivas (standard/premium/ultra/ultimate)	$65/$105/$140/$175	$0/$40/$90/$125
Lentes de alto índice (monofocales/multifocales)	$60/$120	$55/$120
Lentes de transición (de plástico y fotosensibles)	$70	$65
Lentes polarizadas	$75	$75
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	**Beneficio**	**Beneficio**
Colección de lentes de contacto de Davis Vision (en lugar de asignación)		
• Desechables	Sin cobertura	8 cajas/paquetes múltiples
• Reemplazo planificado	Sin cobertura	4 cajas/paquetes múltiples
• Evaluación, adaptación y atención de seguimiento	Sin cobertura	Incluido
Lentes de contacto que no son de colección: Asignación de materiales	Hasta $100, además del 15% de descuento en promedio[3]	Hasta $150, además del 15% de descuento en promedio[3]
Lentes de contacto necesarios por motivos médicos (con aprobación previa): Materiales, evaluación, adaptación y atención de seguimiento	Incluido	Incluido
Fuera de la red	**Monto reembolsable (hasta)**	**Monto reembolsable (hasta)**
Examen ocular	$40	$40
Marcos	$50	$50
Lentes: monofocales/bifocales/trifocales/lenticulares	$40/$60/$80/$100	$40/$60/$80/$100
Lentes de contacto electivos	$80	$105
Lentes de contacto necesarios por motivos médicos	$225	$225

Primas mensuales

Nivel familiar	Vision Care 150	Vision Care 200
Individual	$13.21	$15.30
Titular + un dependiente	$26.42	$30.60
Titular + dos o más dependientes	$39.63	$45.90

Las tarifas están sujetas a cambios que dependen de la aprobación del Pennsylvania Insurance Department (Departamento de Seguros de Pennsylvania).
1 Descuento no disponible en Walmart, Sam's Club y Costco.
2 Asignación mejorada para marcos en todas las sucursales de Visionworks en todo el país.
3 Ciertos beneficios de los planes pueden mejorarse para cumplir con las leyes o normativas de la reforma de atención médica. Los hijos dependientes elegibles tienen cobertura hasta los 26 años.

Notas al pie de los planes de salud

Atención médica

* Para estos planes, los límites de consultas se combinan para el consultorio y la atención virtual.

1 Ciertos beneficios de los planes pueden mejorarse para cumplir con las leyes o normativas de la reforma de atención médica. Los hijos dependientes elegibles tienen cobertura hasta los 26 años.

2 Deducible incluido/gasto máximo de bolsillo: El deducible familiar y el gasto máximo de bolsillo se aplican cuando más de una persona tiene la cobertura de un plan. Un familiar cubierto solo debe alcanzar su deducible individual antes de recibir los beneficios del plan. Una vez que se alcance el deducible familiar, todos los miembros de la familia cubiertos recibirán los beneficios del plan. Un familiar cubierto solo debe alcanzar su gasto máximo de bolsillo individual antes de que sus beneficios tengan cobertura completa. Una vez que se alcance el gasto máximo de bolsillo familiar, todos los miembros de la familia cubiertos tendrán cobertura completa.

3 No hay servicios fuera de la red disponibles, con excepción de los servicios de emergencia.

4 Los proveedores fuera de la red podrán cobrarle las diferencias entre la asignación monetaria del plan, que es el monto que paga Independence Blue Cross, y los cargos reales de dicho proveedor. Ese monto puede ser una cantidad importante. Los pagos de reclamaciones por proveedores fuera de la red se basan en el pago permitido por Medicare o el cargo real del proveedor, el que sea menor. Para los servicios cubiertos que Medicare no reconozca o reembolse, el pago se basa o bien en el plan de tarifas exclusivo de Independence Blue Cross o en los cargos reales del proveedor, el que sea menor. Para los servicios cubiertos que ni Medicare ni el plan de tarifas de Independence Blue Cross reconozcan o reembolsen, el monto será equivalente al 50 por ciento del cargo real del proveedor con la excepción de servicios en centros para pacientes internados. Para los servicios cubiertos en centros para pacientes internados que ni Medicare ni el plan de tarifas de Independence Blue Cross reconozcan o reembolsen, el monto será determinado por el plan de tarifas de Independence Blue Cross en función del servicio cubierto similar más cercano.

5 Se pueden aplicar límites de edad y frecuencia. Para hacerse una colonoscopía preventiva sin tener que pagar gastos de bolsillo, debe elegir proveedores y profesionales en gastroenterología (gastroenterólogos o cirujanos colorrectales) de Preventive Plus que no trabajen en un hospital para que hagan la colonoscopía preventiva. Para encontrar un proveedor de Preventive Plus, ingrese a **ibx.com/findadoctor**.

6 Para los planes de PPO, los límites de visitas incluyen visitas tanto dentro como fuera de la red.

7 El monto indicado refleja el copago por día. Hay un máximo de cinco copagos por ingreso.

Keystone HMO Proactive

8 Para todos los planes Keystone HMO Silver Proactive, se combina el deducible para los Niveles2 y 3.

9 Para todos los planes Keystone HMO Proactive, se combinan los gastos máximos de bolsillo correspondientes a los Niveles1, 2 y 3.

10 Si un socio ingresa a un hospital dentro de la red desde la sala de emergencias, los costos compartidos para la atención hospitalaria como paciente internado, incluida la atención médica prestada por un proveedor profesional de la red, se aplicarán según el Nivel correspondiente al hospital o el proveedor profesional dentro de la red. Si un socio ingresa a un hospital fuera de la red después de que se lo haya atendido en una sala de emergencias, se aplicará el Nivel 3 de beneficios estándar. Para la atención que no es de emergencia, los socios deben usar proveedores dentro de la red.

11 Para todos los planes Keystone HMO Proactive, a todas las clínicas en establecimientos minoristas dentro de la red se les asigna el Nivel 1, a excepción de los centros de salud de Walgreens, a las que se les asignó el Nivel 3.

Medicamentos recetados

12 Los planes de los medicamentos recetados los administra una empresa independiente de pharmacy benefits management (PBM, administración de beneficios).

13 No es obligatorio ningún costo compartido en las farmacias minoristas dentro de la red y de pedidos por correo para ciertos medicamentos preventivos (medicamentos con receta y de venta libre con receta médica).

14 Los beneficios fuera de la red se aplican a medicamentos con receta comprados en farmacias fuera de la red; el socio deberá pagar el precio minorista total del medicamento y posteriormente presentar una reclamación por escrito para el reembolso. El socio debe consultar el folleto de beneficios para determinar la cobertura fuera de la red de su plan.

15 Este plan utiliza la red de farmacias preferidas, con más de 58,000 farmacias en todo el país. Si tiene la red de farmacias preferidas y compra un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red, como Walgreens, deberá pagar el valor inicial total en la farmacia. Posteriormente, puede presentar una reclamación y podrían reintegrarle parte del costo.

16 Cuando un medicamento recetado no esté disponible en forma genérica, se proporcionarán los beneficios para adquirir el medicamento de marca y el socio será responsable del costo compartido para un medicamento de marca. Cuando un medicamento con receta está disponible en una forma genérica, se ofrecerán beneficios para ese medicamento solo al nivel de genéricos. Si el socio compra un medicamento de marca, será responsable de pagar a la farmacia la diferencia entre el precio con descuento negociado del medicamento genérico y el del medicamento de marca, además del costo compartido correspondiente a un medicamento de marca.

‡ Deducible incluido/gasto máximo de bolsillo: El deducible y el gasto máximo de bolsillo familiares se aplican cuando se inscriben una persona y uno o más dependientes. Después de que una persona alcance el monto del deducible individual, se pagarán las reclamaciones para dicha persona. Después de que se alcance el deducible familiar, se pagarán las reclamaciones de todas las personas. Después de que una persona alcance el gasto máximo de bolsillo, los beneficios para dicha persona tendrán cobertura completa. Después de que se alcance el gasto máximo de bolsillo familiar, los beneficios para todos los familiares tendrán cobertura completa. El deducible y el gasto máximo de bolsillo individual se aplican cuando una persona se inscribe sin dependientes.

Beneficios adicionales

17 Los planes oftalmológicos de Independence Blue Cross son administrados por Davis Vision, una compañía independiente. Una filial de Independence tiene un interés económico en Visionworks.

18 Los beneficios pediátricos oftalmológicos se vencerán al final del mes en que su hijo cumpla los 19 años.

19 Un examen oftalmológico por año calendario.

20 Los lentes para anteojos pediátricos están cubiertos sin costo adicional e incluyen lentes monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria o lenticulares. Para que los marcos tengan cobertura completa, elija uno de los marcos para niños Pediatric Frame Selection de Davis Vision (disponibles en la mayoría de los proveedores independientes dentro de la red). La colección de lentes de contacto de Davis Vision tiene cobertura completa en proveedores independientes dentro de la red.

21 Los planes dentales de Independence Blue Cross están asegurados por QCC Insurance Company.

22 Los beneficios dentales pediátricos tienen cobertura hasta el final del año calendario en que su hijo cumpla los 19 años.

23 Un examen y una limpieza cada seis meses por año calendario.

24 Solo se cubre la ortodoncia necesaria por motivos médicos.

25 La atención virtual de un proveedor virtual designado incluye los servicios de telesalud, teledermatología y telesalud mental ofrecidos a través de su proveedor de atención virtual, Teladoc Health, una compañía independiente.

Servicios dentales y oftalmológicos para adultos

26 Con el plan Adult Dental Premier, el monto que paga el plan por estos servicios no se deduce del beneficio máximo anual.

27 Descuento no disponible en Walmart, Sam's Club y Costco.

28 Asignación mejorada para marcos en todas las sucursales de Visionworks en todo el país.

Cobertura para indígenas estadounidenses o nativos de Alaska

¿Es usted indio norteamericano o nativo de Alaska?

Si usted es miembro de una tribu reconocida por el Gobierno federal, cumple los requisitos para inscribirse en planes de categoría Gold, Silver y Bronze con costos compartidos similares o sin costos compartidos en función de si sus ingresos familiares son mayores o menores al 300% del Federal Poverty Level (FPL, índice federal de pobreza).

Opciones de planes para menos del 300% del FPL

Usted puede elegir cualquiera de las opciones de planes estándar que aparecen en las páginas 14 - 35, pero tendrá un costo compartido de $0 para todos los servicios cubiertos. También podría calificar para obtener un crédito tributario de primas (subsidio).

Opciones de planes para más del 300% del FPL

Usted puede elegir cualquiera de las opciones de planes estándar que aparecen en las páginas 14 - 35
y pagará los montos de costos compartidos enumerados, pero tendrá $0 en costos compartidos si recibe atención médica para cualquier beneficio de salud esencial que sea referido por o recibido directamente del HIS, una tribu indígena, una organización indígena o una organización urbana indígena. También podría calificar para obtener un crédito tributario de primas.

	Ingreso familiar	
Tamaño del grupo familiar	Menos del 300% del FPL	Más del 300% del FPL
Individual	$43,739.99	$43,740.00
Familia de 2	$59,159.99	$59,160.00
Familia de 3	$74,579.99	$74,580.00
Familia de 4	$89,999.99	$90,000.00
Familia de 5	$105,419.99	$105,420.00
Familia de 6	$120,839.99	$120,840.00
Familia de 7	$136,259.99	$136,260.00
Familia de 8*	$151,679.99	$151,680.00

* En caso de que sean más de ocho, agregue este monto por cada persona adicional: $5,140. Fuente: https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines

Este cuadro pretende darle una idea sobre si será elegible para recibir ayuda para pagar los costos de su seguro de salud dependiendo de sus ingresos y tamaño de su familia. El Gobierno federal hará las determinaciones finales sobre la elegibilidad y el monto real de su crédito tributario.

Ubicaciones por niveles de hospitales de Keystone HMO Proactive

Nivel 1: Preferido $

Pennsylvania

Bucks
- Doylestown Hospital
- Grand View Hospital
- Jefferson Health — Bucks Hospital
- Prime Healthcare — Lower Bucks Hospital
- Rothman Orthopaedic Specialty Hospital
- St. Luke's University Health Network — Quakertown Campus

Chester
- Penn Medicine — Chester County Hospital
- Tower Health — Phoenixville Hospital

Delaware
- Crozer-Chester Medical Center
- Delaware County Memorial Hospital
- Taylor Hospital

Lehigh
- St. Luke's University Health Network — Allentown Campus
- St. Luke's University Health Network — Bethlehem Campus

Montgomery
- Jefferson Health — Einstein Medical Center Montgomery
- Holy Redeemer Hospital and Medical Center
- Jefferson Health — Abington Hospital
- Jefferson Health — Lansdale Hospital
- Prime Healthcare — Suburban Community Hospital
- Tower Health — Pottstown Memorial Medical Center

Philadelphia
- Jefferson Health — Einstein Medical Center
- Jefferson Health — Frankford Hospital
- Jefferson Health — Torresdale Hospital
- Prime Healthcare — Roxborough Memorial Hospital
- Temple University Hospital — Jeanes Campus
- Temple Health — Chestnut Hill Hospital
- Wills Eye Hospital

New Jersey

Camden
- Cooper University Hospital

Warren
- Hackettstown Community Hospital

Nivel 2: Mejorado $$

Pennsylvania

Philadelphia
- Children's Hospital of Philadelphia
- Shriner's Hospital for Children
- Temple Health — Fox Chase Cancer Center
- Tower Health — St. Christopher's Hospital for Children

New Jersey

Camden
- Virtua Our Lady of Lourdes Hospital

Salem
- Memorial Hospital of Salem County

Delaware

New Castle
- A.I. DuPont Hospital for Children

Nivel 3: Estándar $$$

Pennsylvania

Berks
- St. Joseph Medical Center
- Tower Health — Reading Hospital and Medical Center

Bucks
- Trinity Health — St. Mary Medical Center

Chester
- Main Line Health — Paoli Hospital

Delaware
- Main Line Health — Riddle Hospital
- Trinity Health — Mercy Fitzgerald Hospital

Lancaster
- Ephrata Community Hospital
- Penn Medicine — Lancaster General Hospital

Lehigh
- Lehigh Valley Hospital — 17th Street
- Lehigh Valley Hospital — Cedar Crest
- Lehigh Valley Hospital — Muhlenberg
- St. Luke's University Health Network — Sacred Heart Campus

Montgomery
- Main Line Health — Bryn Mawr Hospital
- Main Line Health — Lankenau Medical Center

Philadelphia
- Jefferson Health — Methodist Hospital
- Penn Medicine — Hospital of the University of Pennsylvania
- Penn Medicine — Penn Presbyterian Medical Center
- Penn Medicine — Pennsylvania Hospital
- Temple University Hospital — Episcopal Campus
- Temple University Hospital
- Jefferson Health — Thomas Jefferson University Hospital
- Trinity Health — Nazareth Hospital

New Jersey

Burlington
- Virtua Marlton Hospital
- Virtua Memorial Hospital
- Virtua Willingboro Hospital

Camden
- Jefferson Health — Cherry Hill Hospital
- Jefferson Health — Stratford Hospital
- Jefferson Health — Washington Township Hospital
- Virtua Voorhees Hospital

Gloucester
- Inspira Medical Center — Woodbury

Hunterdon
- Hunterdon Medical Center

Mercer
- Capital Health System — Fuld Campus
- Capital Health System — Hopewell Campus
- Robert Wood Johnson University Hospital at Hamilton

Salem
- Inspira Medical Center — Elmer

Warren
- St. Luke's University Health Network — Warren Campus

Delaware

New Castle
- Christiana Care Health System — Christiana Hospital
- Christiana Care Health System — Wilmington Hospital
- St. Francis Hospital

Maryland

Cecil
- Union Hospital

Se hacen actualizaciones periódicas en nuestra red y en los niveles de proveedores. Para obtener la información más reciente, ingrese a **ibx.com/providerfinder**. Seleccione *Keystone HMO Proactive* bajo Your Plan (su plan) para ver los niveles.

Información importante sobre los planes

Beneficios que requieren aprobación

Cuando necesite servicios que requieran aprobación, su médico o proveedor deberán comunicarse con el equipo de Servicios Clínicos de Independence Blue Cross y proporcionar la información necesaria para respaldar la solicitud de servicios. Los socios de PPO que usen un proveedor de PPO BlueCard® o uno fuera de la red son responsables de comunicarse con Servicios Clínicos directamente para solicitar cualquier aprobación requerida. Los socios de EPO que usen un proveedor de PPO BlueCard® son responsables de comunicarse con Servicios Clínicos directamente para solicitar cualquier aprobación requerida. El equipo de Servicios Clínicos, conformado por médicos y enfermeros, evalúa el plan de atención propuesto para el pago de los beneficios. El equipo de Servicios Clínicos notifica a su médico o proveedor si se aprobó la cobertura de los servicios. Si el equipo de Servicios Clínicos no tiene suficiente información o si la información evaluada no justifica la cobertura, usted y su médico o proveedor recibirán una notificación escrita de la decisión. Los socios y proveedores que actúen en representación de un socio podrán apelar la decisión. En cualquier momento durante el proceso de evaluación o apelación, el proveedor o el socio podrán proporcionar más información para respaldar la solicitud.

Para obtener una lista de los servicios que requieren aprobación previa, visite ibx.com/importantinfo.

Permanencia hospitalaria

Tanto durante como después de una estancia aprobada en un hospital, nuestro equipo de Administración y coordinación de la atención supervisa su estancia. El equipo controla que usted esté recibiendo la atención médicamente adecuada, verifica que exista un plan de alta hospitalaria y coordina los servicios posteriores al alta que puedan ser necesarios.

Análisis de utilización

Para hacer las determinaciones de cobertura en cuanto a la necesidad médica y la idoneidad de los servicios solicitados, utilizamos lineamientos médicos basados en evidencia clínicamente creíble. Esto se llama "revisión de utilización". La revisión de utilización puede hacerse antes de que se preste el servicio (prenotificación/precertificación/preservicio), durante la estancia en el hospital (revisión concurrente) o después de que se hayan prestado los servicios (revisión retrospectiva/posterior al servicio). Independence Blue Cross se rige por estándares federales o estatales aplicables relacionados con la forma y el momento en que se hacen dichas revisiones.

Continuidad de la atención médica

(La política de continuidad de la atención solamente se aplica a planes de HMO)

Proveedores desvinculados

Independence Blue Cross ofrece a sus socios la posibilidad de continuar la cobertura para un tratamiento en curso con un proveedor desvinculado (por motivos distintos de los fundamentados) por hasta 90 días a partir de la fecha en que se notifique al socio que se ha desvinculado al proveedor. Dicho tratamiento en curso tendrá cobertura en virtud de los mismos términos y condiciones como si el tratamiento proviniera de un proveedor dentro de la red.

Si una socia está en el segundo o tercer trimestre de embarazo al momento de la desvinculación, el período de transición de la autorización se extenderá hasta la atención posparto relacionada con el alumbramiento. Todos los servicios de atención médica autorizados que se hayan prestado durante este período de transición tendrán la cobertura de Independence Blue Cross según los mismos términos y condiciones aplicables a los proveedores de atención médica dentro de la red. El proveedor fuera de la red debe acordar que todos los servicios de atención médica autorizados que se hayan prestado durante este período de transición tendrán la cobertura de Independence Blue Cross según los mismos términos y condiciones aplicables a los proveedores de atención médica dentro de la red. No es obligatorio que el plan preste servicios de atención médica que no sean beneficios cubiertos.

Para poder comenzar la continuidad de la atención, los socios deberán llenar un Formulario de continuidad de la atención y presentarlo ante nuestro departamento de Administración y Coordinación de la Atención. El formulario está disponible mediante el servicio de Atención al Cliente.

Servicios de emergencia

Una emergencia se define como la aparición repentina e inesperada de una afección que se manifiesta con síntomas agudos de una gravedad o de un dolor intenso tales que una persona común y sensata, que posee conocimientos promedio de salud y medicina, puede razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata podría tener como resultado alguna de las siguientes situaciones:

- poner en peligro la salud del socio o, en el caso de una socia embarazada, la salud del feto;
- provocar daños graves en las funciones corporales;
- generar la disfunción de órganos o partes del cuerpo.

La atención de emergencia abarca los servicios cubiertos prestados a un socio en caso de una emergencia, que incluyen el traslado de emergencia y servicios de emergencia relacionados, prestados por un servicio de ambulancia autorizado.

Quejas y reclamos

Usted tiene el derecho de apelar cualquier decisión adversa por medio del proceso de quejas y reclamos. Las instrucciones para presentar una apelación se describen en las notificaciones de rechazo y en el contrato.

Política de privacidad

Para nosotros, proteger su privacidad es muy importante. Por esa razón, hemos tomado diversas medidas para asegurarnos de que se preserve la confidencialidad de sus Protected Health Information (PHI, datos de salud protegidos). Los PHI son la información médica de índole personal que lo identifica. Esta información puede encontrarse en forma oral, escrita o electrónica. Independence Blue Cross puede obtener o crear sus PHI en el curso regular de nuestras operaciones comerciales para proporcionarle beneficios de atención médica. Para consultar la información y documentación relacionada con la privacidad y la Health Insurance Portability and Accountability (HIPAA, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) de 1996, ingrese a ibx.com/privacy o llámenos al 215-241-4735 o 1-888-678-7005 (sin costo).

Independence Blue Cross ha implementado políticas y procedimientos relacionados con la obtención, el uso y la divulgación o revelación de los PHI de parte de nuestra organización o dentro de ella. Revisamos nuestras políticas y supervisamos nuestros procesos comerciales de manera constante para asegurarnos de que su información esté protegida, a la vez que nos cercioramos de que la información esté disponible, según sea necesario, para la prestación servicios de atención médica. Para obtener información detallada sobre nuestra política de privacidad, ingrese a ibx.com/importantinfo.

Pautas para medicamentos recetados

Nuestros planes de medicamentos con receta están diseñados para proporcionarle un acceso seguro y económico a los medicamentos cubiertos. Contamos con varios procedimientos para garantizar la seguridad en la prescripción, que incluyen:

- **Autorización previa:** es posible que necesite otra aprobación de su plan de salud. Ciertos medicamentos cubiertos requieren autorización previa para asegurarnos de que el fármaco recetado sea necesario y adecuado por razones médicas y de que se recete de conformidad con las pautas de la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos).
- **Límites de edad:** la FDA ha establecido procedimientos específicos que rigen la prescripción de medicamentos. Estas normas están diseñadas para evitar daños potenciales a los pacientes y garantizar que los medicamentos se receten de acuerdo con los lineamientos de la FDA. Por ejemplo, la FDA aprueba algunos medicamentos solo para personas mayores de 14 años.
- **Límites de cantidad:** están diseñados para que se dispense una cantidad suficiente del medicamento según la dosis diaria máxima y la duración del tratamiento de un medicamento específico aprobadas por la FDA. Existen varios tipos distintos de límites de cantidad, como por ejemplo, el período renovable de 30 días, reponer la receta demasiado pronto y la categoría de medicamento terapéutico.

Para obtener más información sobre los procedimientos para la receta segura de medicamentos, consultar la lista de medicamentos que requieren autorización previa, averiguar qué cubre su plan o informarse sobre cómo se completa una solicitud o apelación, ingrese a ibx.com/rx o llame al 1-844-888-1540 (TTY: 711).

Proceso de excepción

Su médico puede solicitar la cobertura de un medicamento que no está en el formulario después de probar medicamentos cubiertos o si existen motivos médicos por los que usted no puede consumir otros medicamentos cubiertos. Para ello, el médico debe presentar una solicitud de excepción donde describa por qué necesita un medicamento que no está en el formulario. Su médico debe enviar la solicitud por fax al 1-888-671-5285. Si el médico no obtiene una respuesta en dos días hábiles, llame al 1-888-678-7012.

Si se aprueba la solicitud de excepción, el medicamento estará cubierto al máximo costo compartido que figure en sus beneficios. Igualmente, se aplicarán ciertos límites, como los de cantidad y de edad. Si rechazan la solicitud, usted y su médico recibirán una carta de rechazo. En la carta se explicará cómo presentar una apelación, en caso de que decida hacerlo.

Información del programa de medicamentos recetados

Una compañía de administración de beneficios de farmacia (PBM) gestiona nuestros beneficios de medicamentos con receta, y es responsable de proporcionar una red de farmacias y procesar las reclamaciones de farmacia. La PBM también negocia los descuentos en los precios con los fabricantes farmacéuticos y proporciona revisiones de utilización y de calidad de los medicamentos. Los descuentos en los precios pueden incluir reembolsos de parte de un fabricante de medicamentos según el volumen comprado. Independence Blue Cross prevé que transferirá a los socios un alto porcentaje de los reembolsos que espera obtener de su PBM en el punto de servicio. En la mayoría de los planes de beneficios, los medicamentos con receta quedan sujetos a un copago de parte del socio.

Beneficios y exclusiones

Los resúmenes de beneficios en este folleto solo incluyen una parte de los beneficios y exclusiones de los planes. Los beneficios y las exclusiones pueden tener definiciones más elaboradas según las políticas médicas.

Es posible que este plan de atención administrada no cubra todos sus gastos de atención médica. Lea cuidadosamente su contrato para determinar qué servicios de atención médica tienen cobertura. Si necesita más información, llame al 1-844-888-1540 (TTY: 711).

¿Qué servicios no tienen cobertura en su plan médico?

- Servicios que no son necesarios por motivos médicos
- Servicios o suministros médicos experimentales o en investigación, excepto aquellos costos de rutina asociados a ensayos clínicos que cumplen los requisitos
- Audífonos, pruebas o exámenes auditivos para la prescripción o el ajuste de audífonos e implantes cocleares
- Técnicas de fertilización asistida, tales como fecundación in vitro, Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT, transferencia intratubárica de gametos) y Zygote Intrafallopian Transfer (ZIFT, transferencia intratubárica de cigotos)
- Reversión de la esterilización voluntaria
- Terapias alternativas, como la acupuntura
- Atención dental para adultos, que incluye implantes o prótesis dentales, y tratamiento no quirúrgico del Temporomandibular Joint Dysfunction (TMJ, trastorno de la articulación temporomandibular)
- Cirugía bariátrica o cirugía de pérdida de peso
- Podología de rutina, excepto el tratamiento necesario por motivos médicos para la enfermedad vascular periférica o la neuropatía periférica que involucra, entre otras afecciones, la diabetes
- Dispositivos podológicos de apoyo (ortopedia), excepto dispositivos ortopédicos y podiátricos necesarios para la prevención de complicaciones asociadas a la diabetes
- Exámenes físicos de rutina con fines no preventivos, tales como los exámenes para la solicitud de seguro o empleo, exámenes para el ingreso a la universidad o exámenes prematrimoniales
- Vacunas para viajes o por trabajo
- Servicios o suministros pagaderos bajo la ley de compensación laboral, seguros de vehículos automotores u otra legislación con fines similares
- Servicios o suministros cosméticos
- Servicios para pacientes ambulatorios que no sean prestados por el proveedor para planes de HMO designado por su médico de cuidados primarios
- Servicios de enfermería privada
- Medicamentos autoinyectables que no están incluidos en programas médicos (sin embargo, tienen cobertura dentro del beneficio de medicamentos con receta)
- Atención oftalmológica de rutina para adultos
- Tratamiento pleóptico u ortóptico

Nota: Por lo general, los hijos dependientes elegibles tienen cobertura hasta los 26 años. Consulte el contrato para obtener más información. Para obtener copias de estas políticas por correo postal, llame al 1-844-888-1540 (TTY: 711).

Glosario

Copago: el monto fijo que usted paga por una consulta médica u otros servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede tener un copago de $20 para una consulta médica.

Coseguro: el porcentaje que usted tiene que pagar por algunos servicios cubiertos. Si el coseguro es del 20%, la compañía de seguro médico pagará el 80% del costo de los servicios cubiertos, usted pagará el 20% restante.

Costos compartidos: también conocidos como gastos de bolsillo, son los montos que paga usted en forma de copago, deducible o coseguro cuando recibe atención. Este monto es independiente de la prima mensual que paga por ser socio del plan de salud.

Crédito tributario (subsidio): asistencia financiera del Gobierno para pagar sus gastos de seguro médico.

Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, Health Savings Account): una HSA es un tipo de cuenta de ahorros que le permite ahorrar dinero antes de descontar los impuestos para pagar gastos médicos calificados.

Cuidado preventivo: consiste en servicios de atención médica y consejería que se brindan para prevenir problemas de salud. La atención preventiva es una de las mejores formas de cuidar su salud y la de su familia y mediante esta se pueden detectar algunas enfermedades en las etapas iniciales. Algunos ejemplos de cuidado preventivo son los controles anuales, la vacuna contra la gripe, mamografías, colonoscopías y exámenes de colesterol.

Deducible: el monto que debe pagar cada año antes de que su plan de salud comience a pagar los servicios cubiertos. Por ejemplo, si su plan tiene un deducible de $1,000, usted tendrá que pagar los primeros $1,000 del costo de los servicios de atención médica que reciba. Una vez que haya pagado ese monto, su seguro comenzará a pagar una parte o todos sus gastos de atención médica, dependiendo del plan de salud que tenga. Puede aplicarse un deducible sólo para determinados servicios, dependiendo del plan de salud.

EPO: un tipo de plan médico. EPO (Exclusive Provider Organization) significa organización de prestador exclusivo.

Especialista: brinda atención para ciertas afecciones además del tratamiento proporcionado por su médico de cuidados primarios. Por ejemplo, quizá necesite consultar con un alergólogo para tratar una alergia o con un cirujano ortopédico por una lesión en la rodilla.

Gasto máximo de bolsillo: el gasto máximo de bolsillo es el monto máximo que tendrá que pagar por sus gastos de atención médica durante un período del plan (por lo general, un año) por los servicios cubiertos que reciba de proveedores dentro de la red. Sin importar lo que pase, usted no pagará más que este monto por cada año. Todos los servicios cubiertos que usted reciba después de haber alcanzado el gasto máximo de bolsillo estarán completamente cubiertos. Las primas mensuales no se incluyen dentro del gasto máximo de bolsillo.

HMO: un tipo de plan médico. HMO (Health Maintenance Organization) significa organización para el mantenimiento de la salud.

Médico de cuidados primarios (PCP, Primary Care Physician): es otro nombre con el que se identifica al médico familiar. Los planes médicos de HMO requieren que seleccione un PCP.

PPO: un tipo de plan médico. PPO (Preferred Provider Organization) significa organización de proveedores preferidos.

Prima: también conocida como una tarifa mensual, es el dinero que paga a su compañía de seguros todos los meses para tener seguro médico. Este monto es independiente de los copagos, deducibles y coseguros que paga cuando recibe atención médica.

Proveedores dentro de la red: los médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores de atención médica que tienen un contrato con Independence Blue Cross para prestar servicios sus socios. Por lo general, cobran tarifas con descuento por sus servicios. Para que sea más sencillo, en este folleto nos referiremos a ellos simplemente como médicos y hospitales.

Proveedores fuera de la red: los médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores de atención médica que no tienen un contrato con Independence Blue Cross. Algunos planes de salud no cubren servicios de proveedores fuera de la red (p. ej., los planes de HMO y de EPO) excepto cuando es una emergencia. Los socios que tienen cobertura fuera de la red (p. ej., socios PPO) por lo general pagan más por los servicios de proveedores fuera de la red.

Remisión: si tiene un plan de HMO, el médico de atención primaria tendrá que darle una remisión antes de que pueda visitar a otros proveedores dentro de la red y la mayoría de los especialistas, como por ejemplo, un cardiólogo.

Servicios de asistencia de idiomas

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, cuenta con servicios de asistencia en idiomas disponibles de forma gratuita para usted. Llame al 1-800-275-2583 (TTY: 711).
Chinese: 注意：如果您讲中文，您可以得到免费的语言协助服务。致电 1-800-275-2583。
Korean: 안내사항: 한국어를 사용하시는 경우, 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-275-2583 번으로 전화하십시오.
Portuguese: ATENÇÃO: se você fala português, encontram-se disponíveis serviços gratuitos de assistência ao idioma. Ligue para 1-800-275-2583.
Gujarati: સૂચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-275-2583 કોલ કરો.
Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Hãy gọi 1-800-275-2583.
Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, то можете бесплатно воспользоваться услугами перевода. Тел.: 1-800-275-2583.
Polish UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-275-2583.
Italian: ATTENZIONE: Se lei parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-275-2583.
Arabic:
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-275-2583.
French Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-275-2583.
Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga serbisyo na tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-275-2583.
French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-275-2583.
Pennsylvania Dutch: BASS UFF: Wann du Pennsylvania Deitsch schwetzscht, kannscht du Hilf griege in dei eegni Schprooch unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf die Nummer 1-800-275-2583.
Hindi: ध्यान दें: यिद आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। कॉल करें 1-800-275-2583।
German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, können Sie kostenlos sprachliche Unterstützung anfordern. Wählen Sie 1-800-275-2583.
Japanese: 備考：母国語が日本語の方は、言語アシスタンスサービス（無料）をご利用いただけます。1-800-275-2583へお電話ください。
Persian (Farsi):
توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شمار 1-800-275-2583 تماس بگیرید.
Navajo: Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh. Hódíílnih kojį' 1-800-275-2583.
Urdu:
توجہ درکارہے: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں، تو آپ کے لئے مفت میں زبان معاون خدمات دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-275-2583.
Mon-Khmer, Cambodian: សូមមេត្តាចាប់អារម្មណ៍: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាមន-ខ្មែរ ឬភាសាខ្មែរ នោះជំនួយផ្នែកភាសានឹងមានផ្តល់ជូនដល់លោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-275-2583។

La discriminación va en contra de la ley

Este plan cumple con la legislación federal sobre derechos civiles pertinente y no discrimina en función de la raza, el color, el origen nacional, la edad, la incapacidad ni el sexo. Este plan no excluye ni trata de forma distinta a las personas debido a su raza, color, origen nacional, edad, incapacidad o sexo.

El plan brinda:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas discapacitadas para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros; por ejemplo, intérpretes de lengua de señas debidamente calificados, información escrita en otros formatos (en letra grande, en audio, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuya lengua materna no sea el inglés; por ejemplo, intérpretes debidamente calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita dichos servicios, comuníquese con nuestro coordinador de derechos civiles Si usted cree que este plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a nuestro coordinador de derechos civiles.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras: En persona o por correo postal: **ATTN: Civil Rights Coordinator, 1901 Market Street, Philadelphia, PA 19103** Por teléfono: **1-888-377-3933 (TTY: 711)** Por fax: **215-761-0245** Por correo electrónico: **civilrightscoordinator@1901market.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está aquí para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica, a través del portal para quejas de dicha oficina, que se encuentra en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono a la siguiente información de contacto: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios para quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Y0041 _ HM _ 17 _ 47643 aceptado el 10/14/2016 Eslóganes desde el 10/14/2016

¿Cómo se compran los planes individuales y los familiares?

Hay dos formas de comprar un plan de salud individual o familiar. Utilice la siguiente información para saber cuál es la opción más conveniente para usted. Si desea hacer alguna consulta, llame al 1-866-346-2081 (TTY: 711).

Directamente a través de IBX

Si no califica para recibir asistencia financiera, puede elegir entre una variedad de planes privados de seguro médico que IBX ofrece de forma directa. Cuando compra directamente mediante nosotros, tiene más opciones económicas y es más sencillo actualizar su póliza. Tenemos agentes con licencia que pueden ayudarlo a encontrar el plan que mejor se adapte a sus necesidades.

Pennsylvania Insurance Exchange (Pennie)

Pennsylvania Insurance Exchange, llamado "Pennie", es operado por la Commonwealth of Pennsylvania. Cuando se inscribe en un plan de salud mediante Pennie, puede haber una asistencia financiera disponible si cumple los requisitos para recibirla. Bajo el nombre de crédito tributario o subsidio, la asistencia financiera ayuda a quienes califican a pagar los costos del seguro médico. Es posible que reúna los requisitos para:

- Primas mensuales más bajas[1]
- Primas mensuales y gastos de bolsillo más bajos cuando reciba atención médica[2]

Averigüe si reúne los requisitos

Los ingresos del grupo familiar, el lugar donde vive y el tamaño de su grupo familiar determinan si reúne los requisitos para obtener un crédito tributario. ¡Podría pagar $0 por mes por un plan de salud de alta calidad!

Averigüe si reúne los requisitos en ibx.com/mas.

¿Quién necesita cobertura?	¿Cuáles son los ingresos de aquellos que tienen la cobertura del plan de salud? (Porcentaje de ingresos del índice federal de pobreza)			
	DEL 138% - 149%	DEL 150% - 199%	DEL 200% - 249%	DEL 250% - 400%
Individual	$20,120.40 – $21,869.99	$21,870.00 – $29,159.99	$29,160.00 – $36,449.99	$36,450.00 – $58,320.00
Familia de 2	$27,213.60 – $29,579.99	$29,580.00 – $39,439.99	$39,440.00 – $49,299.99	$49,300.00 – $78,880.00
Familia de 3	$34,306.80 – $37,289.99	$37,290.00 – $49,719.99	$49,720.00 – $62,149.99	$62,150.00 – $99,440.00
Familia de 4	$41,400.00 – $44,999.99	$45,000.00 – $59,999.99	$60,000.00 – $74,999.99	$75,000.00 – $120,000.00
Familia de 5	$48,493.20 – $52,709.99	$52,710.00 – $70,279.99	$70,280.00 – $87,849.99	$87,850.00 – $140,560.00
Familia de 6	$55,586.40 – $60,419.99	$60,420.00 – $80,559.99	$80,560.00 – $100,699.99	$100,700.00 – $161,120.00
Familia de 7	$62,679.60 – $68,129.99	$68,130.00 – $90,839.99	$90,840.00 – $113,549.99	$113,550.00 – $181,680.00
Familia de 8[3]	$69,772.80 – $75,839.99	$75,840.00 – $101,119.99	$101,120.00 – $126,399.99	$126,400.00 – $202,240.00
Puede ser elegible para...				
Tipo	Crédito tributario de prima y cost-sharing reduction (CSR, reducción de costos compartidos)			Crédito tributario de prima
Planes de salud	Planes Silver 138% - 149% CSR	Planes Silver 150 - 199% CSR	Planes Silver 200 - 249% CSR	Planes estándar
Más información	páginas 51 - 57	páginas 44 - 50	páginas 37 - 43	páginas 14 - 35

El objetivo de este cuadro es que pueda saber si cumple los requisitos para recibir un crédito tributario. El gobierno federal tomará las determinaciones finales de la elegibilidad y del monto real de su asistencia financiera. Fuente: ASPE HHS, https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines.

1 Elija cualquiera de los planes estándar en los Niveles Gold, Silver o Bronze. Aunque no reúna los requisitos para obtener un crédito tributario, puede elegir cualquiera de estos planes.

2 Debe seleccionar un plan Silver Cost-Share Reduction, el cual ofrece deducibles, copagos y coseguros más bajos. Si no selecciona un plan Silver Cost-Share Reduction, es posible que pueda recibir ayuda para pagar su prima mensual, pero no podrá recibir ayuda para pagar los deducibles, copagos y coseguros.

3 En caso de que sean más de ocho, agregue este monto por cada persona adicional: $5,140. Fuente: ASPE HHS, https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines

Seguro médico internacional a través de GeoBlue®

Cuando viaje fuera los Estados Unidos, es posible que no tenga toda la protección que necesita mediante su plan médico nacional. Por eso, es importante obtener una cobertura internacional cuando viaja. Los planes de salud internacionales de GeoBlue se encargan de la preocupación y de las incertidumbres de viajar y de vivir en el exterior.

- Planes disponibles para un solo viaje, varios viajes y expatriados
- Acceso a médicos en más de 190 países
- Facturación directa con los proveedores
- Cobertura para evacuaciones médicas de emergencia, generalmente no cubiertas por planes de salud nacionales
- Asistencia las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año de un equipo de expertos en salud y seguridad mundial
- Servicios de telemedicina de Global TeleMD™ que brindan acceso a consultas médicas por teléfono o por video las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año

Para obtener más información y una cotización instantánea

Visite ibx.com/muchomas

Llame al 1-855-481-6647 (TTY: 711)

GeoBlue es el nombre comercial de Worldwide Insurance Services, LLC (Worldwide Services Insurance Agency, LLC en California y Nueva York), un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. GeoBlue es el administrador de cobertura proporcionada dentro de las pólizas de seguro emitidas por 4 Ever Life International Limited, Bermuda, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Advance Medical, parte de Teladoc Health, le brinda los servicios de telemedicina de Global TeleMD de manera directa. GeoBlue no asume ni acepta ninguna responsabilidad por la información brindada por Advance Medical y la prestación de los servicios de parte de Advance Medical. El apoyo y la información proporcionados mediante este servicio no confirman que ningún tratamiento relacionado o apoyo extra esté cubierto dentro de su plan de salud. Para hablar de la cobertura dentro de su plan de salud, llámenos al número en el reverso de su tarjeta de identificación.
Este servicio no está previsto para responder preguntas médicas de emergencia o de tratamiento urgente.

Independence Blue Cross ofrece productos a través de sus subsidiarias Independence Assurance Company, Independence Hospital Indemnity Plan, Keystone Health Plan East y QCC Insurance Company, titulares de licencias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Independence

22089 2497800 (10-23)