



# IBX

## Planes de salud para 2026

Individuales y familiares

Independence 

# Nos alegra que esté considerando elegir a Independence Blue Cross.

Elegir un plan de salud es una decisión importante. Tómese su tiempo para leer la información de este manual. Obtendrá información sobre los planes que ofrecemos y cómo inscribirse.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para encontrar un plan que se adapte a sus necesidades de salud y presupuesto, ¡estamos aquí para usted! Puede comunicarse con nosotros de las siguientes maneras:



En línea en **ibx.com/mas**



Por teléfono al  
**1-855-640-3454 (TTY: 711)**  
o comuníquese con el agente  
de seguros



En persona en **Independence LIVE**

1919 Market Street, 2nd Floor  
Filadelfia, PA 19103

Consulte nuestros horarios  
de atención en **ibx.com/events**.



# Índice

## Filadelfia, nosotros nos encargamos

Cómo solicitar un plan .....	3
Inscripción en un plan	
Opciones de pago	

## Planes de salud que se adaptan a su vida

Conozca nuestros planes de salud .....	5
Nuestros planes más populares:	
Keystone HMO Proactive	
Otros beneficios del plan .....	7
Beneficios de medicamentos con receta	
Aproveche al máximo su dinero destinado a la atención médica con una Health Savings Account (HSA, cuenta de ahorros para la salud).	
Atención virtual: ahorre tiempo y dinero .....	8
Pague \$0 por la atención virtual de Teladoc	
Pague menos por la atención virtual dentro de la red	

## Compare sus opciones

Planes de salud de categoría Gold .....	9
Planes de salud de categoría Silver .....	10
Planes de salud de categoría Bronze .....	12
Complete su cobertura .....	13
Planes dentales	
Planes de la vista	
Planifique para lo inesperado con LifeSecure	

## Apoyo para cada parte de usted

Nunca está solo si tiene IBX .....	15
Apoyo médico las 24 horas, los 7 días de la semana	
Programas para gestionar la salud	
Orientación sobre atención de la salud conductual	
Programa de bienestar personalizable	
Obtenga recompensas por sus hábitos saludables	
Descuentos exclusivos para miembros	
Sitio web para miembros mejorado y aplicación de IBX	

## Planes estándar para 2026

Planes de salud de categoría Gold .....	19
Planes de salud de categoría Silver .....	26
Planes de salud de categoría Bronze .....	37
Plan de salud Catastrophic .....	43

## Planes de reducción del costo compartido para 2026

Planes Silver 200 – 249% CSR .....	46
Planes Silver 150 – 199% CSR .....	53
Planes Silver 138 – 149% CSR .....	60

## Planes dentales y de la vista

Planes dentales .....	68
Planes de la vista .....	72

## Varios

Notas al pie de los planes de salud .....	75
Cobertura para indios norteamericanos o nativos de Alaska .....	76
Ubicaciones en el nivel hospitalario de Keystone HMO Proactive .....	77
Información importante sobre el plan .....	78
Glosario .....	82
¿Cómo se compran los planes individuales y los familiares? .....	84
Directamente a través de IBX	
Pennsylvania Insurance Exchange (Pennie)	
Planes internacionales de Blue Cross Global Solutions .....	85



# Filadelfia, nosotros nos encargamos

Independence Blue Cross (IBX) lleva más de 85 años trabajando en Filadelfia. Como su aseguradora médica local, IBX se ha esforzado por simplificar los seguros médicos para que usted pueda centrarse en lo que más le importa.

**¿Por qué elegir IBX?** IBX conoce Filadelfia mejor que cualquier otra aseguradora médica. Al igual que usted, vivimos y trabajamos aquí. Y dependemos de la calidad y la seguridad de nuestro plan de salud de IBX para mantener a nuestras familias seguras y sanas. Buscamos continuamente formas innovadoras de satisfacer las necesidades cambiantes de nuestros miembros y ofrecemos planes de salud que se adaptan a su vida.

## Más habitantes de Filadelfia eligen IBX que cualquier otro plan de salud.

Elija IBX para obtener lo siguiente:

- La red más grande de la región, independientemente del plan que elija.
- Opciones de atención médica accesibles, convenientes y de alta calidad.
- Asistencia para todos, incluida la salud física y mental.



SOLICITE  
UN PLAN  
HOY MISMO

Solicite un plan  
y experimente la  
diferencia que marca IBX.

# Cómo solicitar un plan

¿Quiere inscribirse en un seguro médico, dental o de la vista, o en los tres?  
Hay varias formas de solicitarlos y pagarlos.

## Inscripción en un plan

Hay tres formas de inscribirse:



### EN LÍNEA:

Visite [ibx.com/applynow](https://ibx.com/applynow) para comenzar.



### POR TELÉFONO:

Llame al **1-855-640-3454** (TTY: 711).



### POR CORREO:

Envíe su solicitud a:  
Independence Blue Cross  
P.O. Box 8240  
Filadelfia, PA 19101

## Opciones de pago

Nunca se atrase en un pago. Nosotros se lo facilitamos con varias formas de pago. Debe pagar la prima del primer mes antes de que su cobertura entre en vigor y debe realizar pagos mensuales de la prima para que su cobertura continúe. Sus opciones de pago incluyen las siguientes:

### eBill

Con eBill, puede ahorrarse el sello y no tendrá que preocuparse por los pagos atrasados. Inicie sesión en [ibx.com](https://ibx.com) o en la aplicación de IBX hasta 30 días antes de la fecha de inicio de su cobertura. Establecer pagos periódicos automáticos es gratis y fácil. Nota: Deberá establecer los pagos para cada plan que adquiera (médico, dental, de la vista). Visite [ibx.com/payment](https://ibx.com/payment) o llame al **1-855-640-3454 (TTY: 711)** para obtener instrucciones.

### Cheque o giro postal

Puede enviar por correo un cheque personal o un giro postal para pagar la prima del primer mes. Para realizar pagos corrientes con cheque, recibirá una factura todos los meses antes de su fecha de pago. Se requieren cheques separados para los planes médicos, dentales y de la vista, y deben hacerse a nombre de Independence Blue Cross. Consulte su factura para obtener la dirección de envío del pago e incluya los cupones de pago y el número de cuenta en cada cheque.

### Por teléfono:

Para realizar un pago mediante nuestro sistema automático, llame al **1-888-879-4891 (TTY: 711)**. Puede proporcionar información de su cuenta bancaria o usar una tarjeta de débito prepaga. No se debe pagar por este servicio.

### En persona en Independence LIVE

Para realizar un pago en persona, visite Independence LIVE en 1919 Market Street, 2nd floor, Filadelfia PA, 19103. Consulte nuestros horarios de atención en [ibx.com/events](https://ibx.com/events).



# Planes de salud que se adaptan a su vida

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

Todos los planes de salud de IBX cubren los mismos beneficios de salud esenciales, como visitas al médico, internaciones, cobertura de medicamentos recetados, análisis de sangre, radiografías, atención preventiva y mucho más. También tiene acceso ilimitado a atención virtual por \$0\* de copago.

Nuestra red de proveedores es lo que nos diferencia de otras aseguradoras médicas. IBX ofrece la red más sólida de médicos y hospitales de la región, por lo que es muy probable que los médicos locales formen parte de la red.†

Nuestra red también incluye una amplia selección de proveedores de salud conductual de alta calidad en muchas especialidades (tanto presenciales como virtuales). Más información en la página 15.

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

† Informes comparativos de Zelis Network, noviembre de 2024.

MÁS DE

60,000

médicos dentro de la red

MÁS DE

180

hospitales dentro de la red

MÁS DE

65,000

farmacias dentro de la red (red Standard Rx)

\$0

de copago por visitas virtuales de Teladoc\*



# Conozca nuestros planes de salud

Las personas y las familias pueden elegir entre tres niveles de planes de salud: Gold, Silver y Bronze. También ofrecemos un plan de salud Catastrophic para personas menores de 30 años o para aquellas que califican para una exención especial.



	<b>G Gold</b>	<b>S Silver</b>	<b>B Bronze</b>
Prima mensual	\$\$\$	\$\$	\$
Gastos de bolsillo	\$	\$\$	\$\$\$
Es una buena opción si...	Tiene previsto usar muchos servicios de atención médica	Ve doctores y especialistas de forma ocasional	No planea usar muchos servicios de atención médica

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.

## Nuestros planes más populares: Keystone HMO Proactive

Los planes de salud Keystone HMO Proactive son los más populares por buenas razones. Sus primas mensuales son más bajas y puede ahorrar aún más al elegir médicos y hospitales en el Nivel 1.

### Cómo funciona

Hemos agrupado a nuestros proveedores de la red en tres niveles. Cuando consulta con médicos y va a hospitales del Nivel 1: Preferido, los gastos de bolsillo son los más bajos.

- Elegirá un primary care physician (PCP, médico de atención primaria) que coordinará su atención médica y lo remitirá a especialistas.
- El PCP lo remitirá a un médico u otro proveedor de la red (no se necesitan remisiones para obstetricia/ginecología, mamografías, salud mental o atención de emergencia).
- Puede elegir los proveedores del Nivel 1 para ciertos servicios cubiertos y los Niveles 2 o 3 para otros servicios.
- Los servicios como la atención preventiva, las visitas a la sala de emergencias\* y la atención de urgencia tienen el mismo costo en todos los niveles.

\$	Nivel 1: Preferido	<b>El 50% de los proveedores de red se encuentran en el Nivel 1: Preferido</b>
\$\$	Nivel 2: Mejorado	
\$\$\$	Nivel 3: Estándar	

Consulte la página 77 para obtener una lista de los hospitales de la red y su clasificación por niveles.

Esta lista estaba actualizada en el momento de su publicación, pero la clasificación por niveles puede actualizarse periódicamente. Para obtener la información más reciente, visite [ibx.com/providerfinder](https://ibx.com/providerfinder) y seleccione *Keystone HMO Proactive* en "Your Plan" (Su plan) para que se muestren los niveles.

\* 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.

# Otros beneficios del plan

Todos los planes de salud individuales y familiares de IBX incluyen cobertura para medicamentos con receta. Y si se inscribe en un plan de salud que cumple los requisitos para una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA), tiene la opción de abrir una HSA.



## Beneficios de medicamentos con receta

Con un plan de salud de IBX, usted obtiene acceso seguro y económico a los medicamentos cubiertos.

### Opciones de menor costo

Ayudamos a los miembros a ahorrar dinero en recetas médicas.

- **Ahorre con medicamentos genéricos.** Pagará menos cuando el médico le recete alternativas de marcas de menor costo y genéricas.
- **Transparencia en los precios.** El médico puede ver cuánto pagará por un medicamento mientras elige cuál recetarle.
- **Mejores precios en la farmacia.** En la farmacia, pagará automáticamente el precio más ventajoso disponible para muchos medicamentos genéricos no especializados, ya sea mediante descuentos disponibles en el mercado o los costos compartidos.

### Herramientas en línea fáciles de usar

Nuestro sitio web seguro para miembros facilita la gestión de sus beneficios de medicamentos con receta. Inicie sesión en su cuenta en nuestro sitio web o en la aplicación de IBX para encontrar una farmacia dentro de la red, calcular los costos de los medicamentos, revisar reclamaciones y enviar solicitudes de pedidos por correo o entrega a domicilio.

### Cómodo servicio de pedidos por correo/entrega a domicilio

En el caso de los medicamentos que toma con frecuencia, puede solicitar el servicio de envío por correo/entrega a domicilio con envío gratuito. En la mayoría de los planes, pagará menos por un suministro de 90 días si utiliza el servicio de envío por correo/entrega a domicilio. También puede obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento en las farmacias CVS por el mismo costo compartido que el envío por correo/entrega a domicilio.

### Ahorro en medicamentos especializados autoadministrados

Nuestro programa para medicamentos especializados autoadministrados ofrece opciones de entrega convenientes, asistencia y recursos para los miembros que tienen afecciones complejas (por ejemplo, cáncer, hemofilia, hepatitis C, VIH/SIDA, artritis reumatoide, esclerosis múltiple y otras afecciones inflamatorias). Hay farmacéuticos y enfermeros con experiencia disponibles por teléfono o videollamada para brindar asesoramiento.

El ejemplo de la HSA es solo ilustrativo. El ejemplo de la HSA supone un nivel impositivo del 22%, impuestos estatales del 3% y que las opciones de inversión generan un rendimiento del 2%. Consulte con el asesor fiscal sobre su situación. El retorno sobre la inversión no está garantizado.

## El Formulario de valores tiene cinco niveles

\$	Medicamentos genéricos de bajo costo
\$\$	Medicamentos genéricos
\$\$\$	Medicamentos de marca (Marca preferida)
\$\$\$\$	Medicamentos de marca y genéricos (No preferidos)
\$\$\$\$\$	Medicamentos especializados autoadministrados



## Aproveche al máximo su dinero destinado a la atención médica con una HSA

Si se inscribe en un plan de salud que cumple los requisitos para una HSA, puede abrir una HSA. Cuando tiene una HSA, su dinero trabaja más, hoy y siempre:

- No tiene que pagar impuestos sobre el dinero que deposita en su HSA.\*
- Puede utilizar los fondos de la HSA libres de impuestos para pagar gastos de atención médica calificados (incluidos los cuidados dentales y de la vista).
- Puede obtener intereses o ingresos por inversiones libres de impuestos sobre los fondos de la HSA.
- 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, en promedio, \$1,000 en gastos médicos calificados. Sus ahorros se incrementarán con el tiempo, como se ilustra a continuación.†

### Al final del año 10:

Ahorro en impuestos	Saldo de HSA
\$5,000	\$11,169

\* Para 2026, las contribuciones a una cuenta HSA no podrán exceder los \$4,400 por cobertura individual (únicamente propias) y los \$8,750 por cobertura familiar. El monto de la contribución "de nivelación" anual para personas de 55 años o más es de \$1,000.

† Las cuentas de inversión son opcionales; se aplican cargos mensuales. Los cargos de inversión no están incluidos en el ejemplo anterior. El saldo de la cuenta de inversión HSA está sujeto a riesgos de inversión, incluidas las fluctuaciones de valor y la posible pérdida del capital invertido.



# Atención virtual: ahorre tiempo y dinero

Evite la sala de espera, pero no la atención médica. Con los beneficios de la atención médica virtual, puede recibir atención especializada cuando y donde la necesite, lo que hace que cuidar de su salud física y mental sea más fácil y accesible.

## Pague \$0 por la atención virtual de Teladoc

Los planes de salud de IBX incluyen beneficios de atención virtual proporcionados por Teladoc Health (Teladoc). Usted pagará \$0\* por una visita con un proveedor de Teladoc para atención que no sea de emergencia. Las citas están disponibles por teléfono, en línea o a través de la aplicación móvil de Teladoc para los servicios que se enumeran a continuación. 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 estadounidense).

**Usted pagará un copago de \$0\* por cualquiera de los siguientes servicios prestados por Teladoc:**



### Medicina general de Teladoc

Hable con un médico certificado para tratar las afecciones que no sean de emergencia, como dolor sinusal, gripe, 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. Con su cuenta de Teladoc, puede solicitar una consulta de dermatología, completar un breve cuestionario y subir imágenes de su problema de piel.



### Salud mental en Teladoc

Hable con un proveedor psiquiátrico autorizado o un terapeuta por teléfono o videollamada. La red de profesionales de la salud conductual de Teladoc puede 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, si lo prefiere.

## Pague menos por la atención virtual dentro de la red

Muchos proveedores de nuestra red ofrecen visitas virtuales. Cuando tenga una visita virtual con el médico de atención primaria o especialista, pagará menos de lo que pagaría por una visita en el consultorio. Y pagará \$0 por las visitas virtuales de salud conductual con un proveedor de salud conductual de la red. Este costo compartido reducido está disponible para consultas virtuales con proveedores 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 visita de  
Teladoc Mental Health Care.**

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

# Compare sus opciones

Para facilitar la elección del plan de salud más adecuado para usted, en las siguientes páginas encontrará una comparación detallada de nuestros planes de salud. Están separados por niveles de metal y ofrecen una visión general de las principales características de los planes, entre las que se incluyen:



Cobertura de la red



Deducibles



Gastos de bolsillo para servicios de uso común



Red de farmacias

A partir de la página 17, encontrará información detallada sobre los planes de salud individuales y familiares de IBX.




# Planes de salud de categoría Gold

Para obtener información más detallada sobre los planes de salud Gold, consulte las tablas de beneficios que comienzan en la página 19.

Nombre del plan	★ Personal Choice® PPO Gold	Personal Choice® PPO Gold Classic	Personal Choice® PPO Gold Preferred	Keystone HMO Gold	Keystone HMO Gold Proactive	<b>NEW</b> Keystone HMO Gold Proactive Value	Keystone HMO Gold Classic
Dentro/fuera del intercambio	 		 	 	 	 	
Requiere PCP y remisiones				✓	✓	✓	✓
Red nacional de la BlueCard®	✓	✓	✓				
Cobertura fuera de la red	✓	✓	✓				
Deducible	\$0	\$1,250	\$0	\$0	\$0	Nivel 1: \$0 Nivel 2: \$4,000 Nivel 3: \$4,000	\$500
Gasto máximo de bolsillo	\$8,250	\$9,200	\$8,500	\$8,000	\$9,200	\$9,400	\$8,000
Visita de atención primaria: atención en consultorio/virtual	\$30/\$20	20% sin ded./ 20% sin ded.	\$15/\$5	\$35/\$25	Nivel 1: \$15/\$10 Nivel 2: \$30/\$20 Nivel 3: \$45/\$30	Nivel 1: \$25/\$15 Nivel 2: \$40/\$25 Nivel 3: \$55/\$35	\$40/\$25
Visita a un especialista: atención en consultorio/virtual	\$65/\$45	20% después del ded./ 20% después del ded.	\$15/\$5	\$65/\$45	Nivel 1: \$40/\$30 Nivel 2: \$60/\$40 Nivel 3: \$80/\$55	Nivel 1: \$60/\$40 Nivel 2: \$80/\$55 Nivel 3: \$100/\$65	\$80/\$55
Salud mental: pacientes ambulatorios	\$65	20% después del ded.	\$15	\$65	\$40 para cada nivel	\$60 para cada nivel	\$80
Atención de urgencia	\$65	20% después del ded.	\$15	\$65	\$40 para cada nivel	\$60 para cada nivel	\$80
Sala de emergencias	\$400	20% después del ded.	\$325	\$400	\$400 para cada nivel	\$450 para cada nivel	\$400
Medicamentos con receta genéricos de bajo costo	\$3	\$3	\$3	\$3	\$3	\$5	\$3
Detalles de medicamentos recetados	Red estándar	Red estándar	Red estándar	Red estándar	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red estándar

★ Más popular

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

 Este plan solo está disponible para su compra mediante Pennie.

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




# Planes de salud de categoría Silver

Para obtener información más detallada sobre los planes de salud Silver, consulte las tablas de beneficios que comienzan en la página 26.

Nombre del plan	Personal Choice® PPO Silver Classic	Personal Choice® PPO Silver Basic	Keystone HMO Silver Classic	★ Keystone HMO Silver Proactive	Keystone HMO Silver Proactive Lite	Keystone HMO Silver Basic
Dentro/fuera del intercambio	DENTRO	FUERA	DENTRO	DENTRO	DENTRO	DENTRO
Requiere PCP y remisiones			✓	✓	✓	✓
Red nacional de la BlueCard®	✓	✓				
Cobertura fuera de la red	✓	✓				
Deducible	\$3,500	\$4,000	\$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	\$5,500
Gasto máximo de bolsillo	\$8,250	\$8,500	\$8,500	\$9,200	\$9,200	\$9,000
Visita de atención primaria: atención en consultorio/virtual	\$30/\$20	\$35/\$25	\$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	\$35/\$25
Visita a un especialista: atención en consultorio/virtual	\$75/\$50	\$80/\$55	\$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	\$80/\$55
Salud mental: pacientes ambulatorios	\$75	\$80	\$80	\$90 para cada nivel	\$90 para cada nivel	\$80
Atención de urgencia	30% después del ded.	\$80	30% después del ded.	\$90 para cada nivel	\$90 para cada nivel	\$80
Sala de emergencias	30% después del ded.	\$600	30% después del ded.	\$950 para cada nivel	\$950 para cada nivel	\$600
Medicamentos con receta genéricos de bajo costo	\$3 sin ded. (integrado con ded. médico)	\$3 sin ded. (integrado con ded. médico)	\$3 sin ded. (integrado con ded. médico)	\$7 sin ded. (\$225 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta, excepto genéricos)	\$5 sin ded. (\$225 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta, excepto genéricos)	\$3 sin ded. (integrado con ded. médico)
Detalles de medicamentos recetados	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios

★ Más popular






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

 Este plan solo está disponible para su compra mediante Pennie.


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

# Planes de salud de categoría Silver (continuación)

Para obtener información más detallada sobre los planes de salud Silver, consulte las tablas de beneficios que comienzan en la página 26.

Nombre del plan	<b>NEW</b> Keystone HMO Silver Essential	Keystone HMO Silver Proactive Select	★ Keystone HMO Silver Proactive Basic	★ Keystone HMO Silver Proactive Essential	★ Keystone HMO Silver Proactive Value
Dentro/fuera del intercambio					
Requiere PCP y remisiones	✓	✓	✓	✓	✓
Red nacional de la BlueCard®					
Cobertura fuera de la red					
Deducible	\$5,000	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
Gasto máximo de bolsillo	\$9,000	\$9,200	\$9,200	\$9,200	\$9,200
Visita de atención primaria: atención en consultorio/virtual	\$45/\$30	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
Visita a un especialista: atención en consultorio/virtual	\$75/\$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
Salud mental: pacientes ambulatorios	\$75	\$90 para cada nivel	\$100 para cada nivel	\$100 para cada nivel	\$80 para cada nivel
Atención de urgencia	\$75	\$90 para cada nivel	\$100 para cada nivel	\$100 para cada nivel	\$80 para cada nivel
Sala de emergencias	\$700	\$950 para cada nivel	\$950 para cada nivel	\$975 para cada nivel	\$950 para cada nivel
Medicamentos con receta genéricos de bajo costo	\$3 sin ded. (integrado con ded. médico)	\$5 sin ded. (\$225 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta, excepto genéricos)	\$5 sin ded. (\$225 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta, excepto genéricos)	\$5 sin ded. (\$225 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta, excepto genéricos)	\$5 sin ded. (\$225 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta, excepto genéricos)
Detalles de medicamentos recetados	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios

★ Más popular




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

 Este plan solo está disponible para su compra mediante Pennie.

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

## B Planes de salud de categoría Bronze

Para obtener información más detallada sobre los planes de salud Bronze, consulte las tablas de beneficios que comienzan en la página 37.

Nombre del plan	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	NEW Keystone HMO Bronze Proactive
Dentro/fuera del intercambio	 	 	 	 	 	 
Requiere PCP y remisiones					✓	✓
Red nacional de la BlueCard®	✓	✓	✓	✓		
Cobertura fuera de la red	✓					
Deducible	\$6,000	\$7,450	\$4,750	\$9,800	\$8,500	Nivel 1: \$8,000 Nivel 2: \$9,800 Nivel 3: \$9,800
Gasto máximo de bolsillo	\$9,200	\$7,450	\$9,800	\$9,800	\$9,500	\$10,600
Visita de atención primaria: atención en consultorio/virtual	50% sin ded./ 50% sin ded.	0% después del ded./ 0% después del ded.	\$65/\$50	40% sin ded./ 40% sin ded.	\$75/\$50	Nivel 1: \$85/\$55 Nivel 2: \$95/\$65 Nivel 3: \$105/\$70
Visita a un especialista: atención en consultorio/virtual	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	Nivel 1: \$170/\$115 Nivel 2: \$180/\$120 Nivel 3: \$190/\$125
Salud mental: pacientes ambulatorios	50% después del ded.	0% después del ded.	\$65	40% sin ded.	\$150	\$150 para todos los niveles
Atención de urgencia	50% después del ded.	0% después del ded.	50% después del ded.	0% después del ded.	50% después del ded.	\$170 para todos los niveles
Sala de emergencias	50% después del ded.	0% después del ded.	50% después del ded.	0% después del ded.	50% después del ded.	\$975 para todos los niveles
Medicamentos con receta genéricos de bajo costo	\$5 sin ded. (integrado con ded. médico)	0% después del ded. (integrado con ded. médico)	\$5 sin ded. (integrado con ded. médico)	\$5 sin ded. (integrado con ded. médico)	\$5 sin ded. (integrado con ded. médico)	\$7 sin ded. (\$225 en ded. para recetas para todos los medicamentos con receta, excepto genéricos)
Detalles de medicamentos recetados	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios

Si está interesado en un plan de salud Catastrophic, consulte la página 43 para obtener más detalles.



Más popular



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



Este plan solo está disponible para su compra mediante Pennie.

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



# Complete su cobertura

Nuestros planes dentales y de la vista ofrecen beneficios integrales para completar su cobertura. Están disponibles para adultos mayores de 19 años y familias con hijos de hasta 26 años. Nota: Todos los planes médicos incluyen cobertura dental y de la vista para los miembros menores de 19 años.



## Planes dentales

- **Una amplia red de proveedores.** Tiene acceso a una de las redes dentales regionales y nacionales más grandes, con más de 500,000 puntos de acceso.
- **Flexibilidad para consultar a cualquier dentista.** Maximizará sus ahorros si acude a un dentista dentro de la red, pero tiene la opción de consultar a cualquier dentista sin una remisión.
- **Sin períodos de espera.** Puede comenzar a utilizar sus beneficios de inmediato para atención preventiva y ciertos servicios básicos, como empastes y extracciones.
- **Programa de recompensas de atención preventiva.** El suscriptor principal puede obtener \$20 para sí mismo y para cada dependiente cubierto que se haya sometido a dos limpiezas dentales realizadas por un dentista de la red durante el año del plan.
- **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 servicios más costosos.

Consulte las páginas 68 – 73 para obtener más información sobre los planes dentales y de la vista que ofrecemos.



## Planes de la vista

- **Una red que es muy completa.** La red nacional Davis Vision cuenta con 198,000 puntos de acceso, entre los que se incluyen Visionworks, Target Optical, Pearle Vision, Warby Parker y, como novedad este año, LensCrafters.\*
- **Examen oftalmológico anual y ajuste de lentes de contacto completamente cubiertos.†** Usted pagará \$0 para los exámenes de la vista de rutina 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 marcos y lentes.** Elija entre elegantes marcos de diseño de 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.** Entre las opciones disponibles, se incluye 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 de la audición 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 ayudar a pagar lo siguiente:

- Pérdida de ingresos
- Cuidado infantil
- Deducibles médicos
- Transporte a las citas
- Visitas a consultorios fuera de la red
- Mantenimiento del hogar
- Tratamientos no cubiertos

Obtenga más información en [ibx.com/lifesecond](https://ibx.com/lifesecond).

\* Warby Parker, Target Optical, LensCrafters y Pearle Vision están fuera de la red para los miembros pediátricos en los planes médicos de la Affordable Care Act (ACA, Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio). Estos proveedores están dentro de la red para los miembros pediátricos cuando usted adquiere un plan de la vista familiar independiente.

† Existe un período de espera de 30 días para todos los contratos del plan de la vista nuevos.

Los planes de la vista son administrados por Davis Vision, una compañía independiente.

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 (New Hudson, 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 por la administración de estos productos. LifeSecure y el logotipo son marcas registradas de LifeSecure Insurance Company.

Estas políticas incluyen limitaciones y exclusiones. Consulte la Descripción de cobertura o la Política. Esta es una solicitud de seguro médico. Es posible que un agente se contacte con usted.

# Apoyo para cada parte de usted

Su salud y bienestar incluyen mucho más que visitas al médico y recetas médicas: se trata de cuidar cada aspecto de su vida. Por eso, ofrecemos apoyo personalizado, programas y recursos para ayudarlo a sentirse lo mejor posible física, emocional e incluso económicamente.



**Asistencia médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana**, por parte de enfermeros matriculados Health Coach



**Programa de bienestar personalizable** para ayudarlo a establecer y alcanzar sus objetivos de salud



**Programas para el control de enfermedades crónicas** sin costo adicional



**Dinero en su bolsillo** por hábitos saludables



**Navegación por la atención de salud conductual** para obtener orientación personalizada y programar citas



**Descuentos exclusivos para miembros** en productos y servicios



**Herramientas digitales mejoradas** para acceder a sus beneficios en cualquier momento



# Nunca está solo si tiene IBX

Si tiene preguntas sobre su plan de salud y sus beneficios, nuestros expertos representantes de Servicio al Cliente están listos para ayudarlo. Y cuando necesite ayuda u orientación relacionada con su salud, estamos a su disposición con apoyo y recursos especializados sin costo adicional para usted.



## Apoyo médico las 24 horas, los 7 días de la semana

Hay enfermeros matriculados Health Coach disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para responder a preguntas relacionadas con la salud o para ayudarlo a controlar afecciones más graves o complejas. También se ofrece asistencia durante el embarazo a las socias que están esperando un hijo, tanto durante como después del embarazo.



## Programas para gestionar la salud

### Control saludable del peso con Wondr

Los miembros pueden inscribirse en un programa digital personalizado de control del peso de Wondr. Wondr enseña cómo comer sus alimentos favoritos, perder peso, dormir mejor y ganar energía. No hay que contar calorías, no hay restricciones y no hay culpa.

### Gestión de afecciones médicas crónicas

Los programas Teladoc Hypertension y Teladoc Diabetes Management facilitan la gestión de las enfermedades crónicas. Los miembros elegibles obtienen clases personalizadas, suministros gratuitos (p. ej., tiras reactivas ilimitadas para quienes padezcan de diabetes), alertas médicas y más.

### Atención de la audición completa

Escuchar bien es fundamental para la salud y el bienestar general. TruHearing ofrece una solución integral para la atención de la audición que incluye asistencia detallada, un examen de la audición sin costo y descuentos en audífonos y accesorios.



## Orientación sobre atención de la salud conductual

Los miembros pueden llamar a nuestro equipo de Navegación de atención de salud conductual para recibir orientación personalizada sobre cómo encontrar la atención de salud conductual adecuada.

Nuestro equipo puede hacer lo siguiente:

- Encontrarle un proveedor dentro de la red.
- Brindarle apoyo inmediato.
- Programarle una cita presencial o virtual.

Un subgrupo de esta red, llamado Connect to Care, incluye a docenas de proveedores que se han comprometido a atender con rapidez a los miembros de IBX. Estos proveedores se especializan en salud mental general, trastornos por consumo de sustancias, TOC, trastornos alimenticios y más, tanto para adultos como para niños.



OBTENGA MÁS INFORMACIÓN

Escanee el código QR o visite [ibx.com/bhcare](https://ibx.com/bhcare) para obtener más información sobre los beneficios de salud conductual.

**21,000** citas disponibles al mes para los miembros de IBX

Wondr Health, Teladoc Health y TruHearing son compañías independientes.





## Programa de bienestar personalizable

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



## Obtenga recompensas por sus hábitos saludables

### Gane hasta \$300 en recompensas

Aquí hay más incentivos para mantenerse saludable. Podrá ganar hasta \$300 por año del plan por completar ciertas actividades, como una revisión médica anual con el médico. Canjee sus recompensas por tarjetas regalo de tiendas como Amazon, Best Buy, Dunkin' y muchas más.

### Recupere dinero de salud y acondicionamiento físico

Le reembolsaremos hasta \$150 por cada uno de los siguientes gastos (hasta un total de \$450):

- Cuotas de centros de acondicionamiento físico o suscripciones a centros de acondicionamiento físico virtuales.
- Programas aprobados para el control del peso.
- Programas para ayudarlo a dejar de fumar.



## Descuentos exclusivos para miembros

### Descuentos en salud y diversión

Gracias a Blue365® y Blue InsiderSM, ahorrará en una amplia gama de productos y servicios relacionados con la salud, viajes, entretenimiento y eventos. Hay descuentos disponibles para empresas y minoristas locales, regionales y nacionales, tarjetas regalo y compras en línea. Más información en [ibx.com/discounts](https://ibx.com/discounts).

### Reduzca sus gastos médicos de bolsillo

AblePay facilita el pago de los gastos médicos de bolsillo. Cuando se registra en AblePay y utiliza un proveedor de AblePay, puede ahorrar hasta un 13% en gastos médicos de bolsillo, incluidos deducibles y copagos y coseguro. AblePay también ofrece planes de pago flexibles de hasta 12 meses, todos con un 0% de interés. Visite [ablepayhealth.com/ibx](https://ablepayhealth.com/ibx) para obtener más información.

### Ahorre en los gastos universitarios

El College Tuition Benefit funciona como una beca y puede reducir los costos universitarios hasta en un 25%. Puede ganar puntos SAGE Scholars Tuition Rewards® que se distribuyen equitativamente durante los cuatro años de educación universitaria en más de 450 colegios y universidades. Puede patrocinar a familiares inmediatos o extendidos. Visite [ibx.com/financialwellbeing](https://ibx.com/financialwellbeing) para obtener más información.



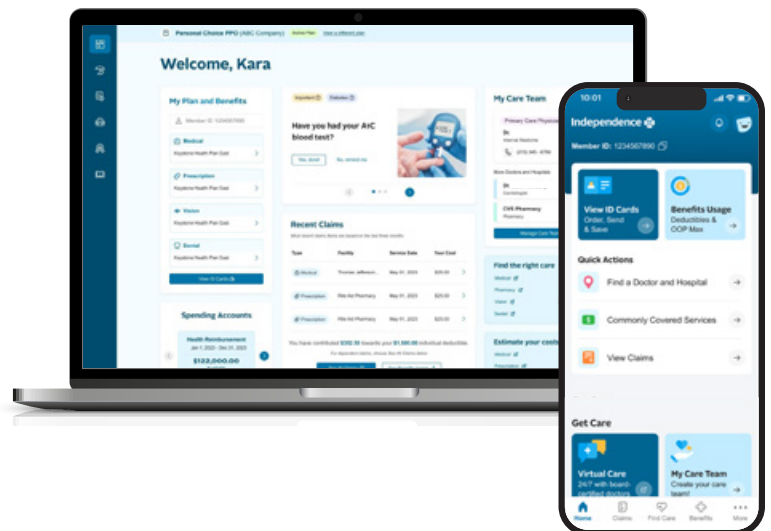
## Sitio web para miembros mejorado y aplicación de IBX

El camino hacia la salud es único para cada persona. Hemos diseñado nuestro sitio web seguro para miembros y la aplicación móvil de IBX para que estén centrados en usted, de modo que pueda administrar fácilmente sus beneficios y su salud. Inicie sesión en cualquier momento y encuentre la información que necesita, justo cuando la necesita. Puede hacer lo siguiente:

- Ver coberturas, beneficios y reclamaciones
- Calcular gastos de bolsillo
- Crear un directorio personalizado de sus médicos
- Ver, compartir o pedir tarjetas de identificación
- Solicitar o gestionar una entrega a domicilio para una receta
- Pagar su factura
- Buscar proveedores dentro de la red y leer reseñas

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.

AblePay es una empresa independiente que no provee productos o servicios de Blue Cross o Blue Shield. Independence Blue Cross actúa únicamente como agente de AblePay. AblePay es plenamente responsable.



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

# Planes estándar para 2026



Independence 

**IBX**

Ofrecemos una amplia gama de planes de salud estándar para que pueda elegir el que mejor se adapte a sus necesidades. Si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, puede inscribirse en la mayoría de estos planes a través de Pennie, Pennsylvania Insurance Exchange.

Muchos planes de salud se pueden adquirir a través de Pennie o directamente a través de IBX. Para los planes que solo están disponibles en uno u otro, busque los siguientes indicadores:



Compre directamente en IBX; no disponible en Pennie.



Compre en Pennie; no disponible directamente a través de IBX.



Planes de salud de categoría Gold		Personal Choice® PPO Gold <sup>2</sup>	
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga <sup>4</sup>
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
Máximo de bolsillo: individual/familiar		\$8,250/\$16,500 por copago y coseguro	\$12,000/\$24,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>			
Atención preventiva para adultos y niños		\$0	50% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		\$0	N/C
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$750	50% sin ded.
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$30/\$20	50% después del ded./50% después del ded.
Visita a un especialista: 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 <sup>25</sup>		\$0	Sin cobertura
Atención de urgencia		\$65	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) <sup>6</sup>		\$50	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital <sup>6</sup>		\$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 <sup>7</sup>	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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás		\$65/\$65	50% después del ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias		\$750/día <sup>7</sup>	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		\$10/\$85	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13</sup>			
Deducible: individual/familiar		Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$3	70%
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$20	70%
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$100	70%
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		50% hasta \$200	70%
Medicamentos especializados autoadministrados		50% hasta \$1,000	Sin cobertura
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0	Sin cobertura
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>		50% después del ded.	Sin cobertura

## Planes de salud de categoría Gold



## Personal Choice® PPO Gold Classic<sup>2</sup>

### Beneficios por año calendario<sup>1</sup>

Deducible: individual/familiar

Coseguro

Máximo de bolsillo: individual/familiar

### Servicios preventivos<sup>5</sup>

Atención preventiva para adultos y niños

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital

### Servicios del médico

Visita de atención primaria: consultorio/virtual

Visita a un especialista: consultorio/virtual

Clínica en establecimiento minorista

Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado<sup>25</sup>

Atención de urgencia

Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)<sup>6</sup>

Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital<sup>6</sup>

### Servicios hospitalarios y otros servicios médicos

Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)

Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)

Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)

Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital

Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital

Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio

Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio

Equipo médico duradero y prótesis

Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás

Internación de salud mental y abuso de sustancias

### Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria/en hospital

### Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios

En centro independiente/en hospital

### Medicamentos recetados<sup>12, 13</sup>

Deducible: individual/familiar

Medicamentos genéricos de bajo costo<sup>14</sup>

Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas<sup>14</sup>

Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas<sup>14</sup>

Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas<sup>14</sup>

Medicamentos especializados autoadministrados

### Beneficios adicionales

Servicios de la vista<sup>17, 18</sup>

Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos<sup>19, 20</sup>

Servicios dentales<sup>21, 22</sup>

Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)

Examen pediátrico y limpiezas<sup>23</sup>

Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia<sup>24, 29</sup>

### Dentro de la red usted paga

\$1,250/\$2,500

20%, a menos que se indique lo contrario

\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro

0% sin ded.

0% sin ded.

\$750 sin ded.

20% sin ded./20% sin ded.

20% después del ded./20% después del ded.

20% sin ded.

0% sin ded.

20% después del ded.

20% después del ded.

20% después del ded./20% después del ded.

20% después del ded.

20% después del ded.

20% después del ded.

20% después del ded./20% después del ded.

20% después del ded./20% después del ded.

20%, después del ded./40%, después del ded.

20%, después del ded./40%, después del ded.

50% después del ded.

20% después del ded./20% después del ded.

20% después del ded.

20%, después del ded./40%, después del ded.

20% después del ded./50% después del ded.

Ninguno

\$3

\$20

\$100

50% hasta \$200

50% hasta \$1,000

\$0 sin ded.

\$50

\$0 sin ded.

50% después del ded.

### Fuera de la red usted paga<sup>4</sup>

\$6,000/\$12,000

50%, a menos que se indique lo contrario

\$25,000/\$50,000 por ded. y coseguro

50% sin ded.

N/C

50% sin ded.

50% después del ded./50% después del ded.

50% después del ded./50% después del ded.

50% después del ded.

Sin cobertura

50% después del ded.

50% después del ded.

50% después del ded./50% después del ded.

50% después del ded.

50% después del ded.

20% después del ded. dentro de la red

50% después del ded./50% después del ded.

50% después del ded./50% después del ded.

50% después del ded./50% después del ded.

50% después del ded./50% después del ded.

50% después del ded.

50% después del ded./50% después del ded.

50% después del ded.

50% después del ded./50% después del ded.

50% después del ded./50% después del ded.

Ninguno

70%

70%

70%

70%

Sin cobertura

Sin cobertura

N/C

Sin cobertura

Sin cobertura

Planes de salud de categoría Gold		Personal Choice® PPO Gold Preferred <sup>2</sup>	
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga <sup>4</sup>
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
Máximo de bolsillo: individual/familiar		\$8,500/\$17,000 por copago y coseguro	\$12,000/\$24,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>			
Atención preventiva para adultos y niños		\$0	50% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		\$0	N/C
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$750	50% sin ded.
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$15/\$5	50% después del ded./50% después del ded.
Visita a un especialista: 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 <sup>25</sup>		\$0	Sin cobertura
Atención de urgencia		\$15	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) <sup>6</sup>		\$50	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital <sup>6</sup>		\$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 <sup>7</sup>	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)		\$325	\$325 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital		\$105/\$105	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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás		\$15/\$45	50% después del ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias		\$500/día <sup>7</sup>	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		\$10/\$85	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13</sup>			
Deducible: individual/familiar		Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$3	70%
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$20	70%
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$100	70%
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		50% hasta \$200	70%
Medicamentos especializados autoadministrados		50% hasta \$1,000	Sin cobertura
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0	Sin cobertura
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>		50% después del ded.	Sin cobertura

Planes de salud de categoría Gold	Keystone HMO Gold <sup>2</sup>
<b>Beneficios por año calendario<sup>1</sup></b>	<b>Dentro de la red usted paga<sup>3</sup></b>
Deducible: individual/familiar	\$0/\$0
Coseguro	20%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$8,000/\$16,000 por copago y coseguro
<b>Servicios preventivos<sup>5</sup></b>	
Atención preventiva para adultos y niños	\$0
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	\$0
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750
<b>Servicios del médico</b>	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	\$35/\$25
Visita a un especialista: consultorio/virtual	\$65/\$45
Clínica en establecimiento minorista	\$35
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>	\$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
<b>Servicios hospitalarios y otros servicios médicos</b>	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	\$750/día <sup>7</sup>
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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$65/\$65
Internación de salud mental y abuso de sustancias	\$750/día <sup>7</sup>
<b>Cirugía ambulatoria</b>	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$300/\$700
<b>Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios</b>	
En centro independiente/en hospital	\$10/\$10
<b>Medicamentos recetados<sup>12, 13</sup></b>	
Deducible: individual/familiar	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	\$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	\$20
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	\$100
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	50% hasta \$200
Medicamentos especializados autoadministrados	50% hasta \$1,000
<b>Beneficios adicionales</b>	
<b>Servicios de la vista<sup>17, 18</sup></b>	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0
<b>Servicios dentales<sup>21, 22</sup></b>	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>	50% después del ded.



Planes de salud de categoría Gold	Keystone HMO Gold Proactive <sup>2</sup>		
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> 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
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>	\$9,200/\$18,400 por copago y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>			
Atención preventiva para adultos y niños	\$0	\$0	\$0
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	\$0	\$0	\$0
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750	\$750	\$750
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	\$15/\$10	\$30/\$20	\$45/\$30
Visita a un especialista: consultorio/virtual	\$40/\$30	\$60/\$40	\$80/\$55
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>	\$15	\$30	\$45
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>	\$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 <sup>7</sup>	\$700/día <sup>7</sup>	\$1,100/día <sup>7</sup>
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) <sup>10</sup>	\$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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$40/\$40	\$40/\$40	\$40/\$40
Internación de salud mental y abuso de sustancias	\$350/día <sup>7</sup>	\$350/día <sup>7</sup>	\$350/día <sup>7</sup>
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	\$10/\$10	\$10/\$10	\$10/\$10
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>			
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	\$3	\$3	\$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	\$20	\$20	\$20
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	\$100	\$100	\$100
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% hasta \$300	50% hasta \$300	50% hasta \$300
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	50% hasta \$1,000	50% hasta \$1,000	50% hasta \$1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0	\$0	\$0
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes de salud de categoría Gold		Keystone HMO Gold Proactive Value <sup>2</sup> <b>NEW</b>		
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar <sup>8</sup>		\$0/\$0	\$4,000/\$8,000	\$4,000/\$8,000
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
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>		\$9,400/\$18,800 por copago, ded. y coseguro	\$9,400/\$18,800 por copago, ded. y coseguro	\$9,400/\$18,800 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>				
Atención preventiva para adultos y niños		0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$750	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.
Servicios del médico				
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$25/\$15	\$40 sin ded./\$25 sin ded.	\$55 sin ded./\$35 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual		\$60/\$40	\$80 sin ded./\$55 sin ded.	\$100 sin ded./\$65 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>		\$25	\$40 sin ded.	\$55 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>		0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia		\$60	\$60 sin ded.	\$60 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		\$60/\$60	\$60 sin ded./\$60 sin ded.	\$60 sin ded./\$60 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos				
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)		\$350/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y copago de \$700 al día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y copago de \$1,100 al día <sup>7</sup>
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)		0%	20% después del ded.	30% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) <sup>10</sup>		\$450	\$450 sin ded.	\$450 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital		\$100/\$100	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital		\$150/\$150	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 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%	20% después del ded./ 20% después del ded.	30% después del ded./ 30% después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis		50%	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás		\$60/\$60	\$60 sin ded./\$60 sin ded.	\$60 sin ded./\$60 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias		\$350/día <sup>7</sup>	\$350/día sin ded. <sup>7</sup>	\$350/día sin ded. <sup>7</sup>
Cirugía ambulatoria				
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital		\$150/\$150	Sujeto a ded. y copago de \$550/ Sujeto a ded. y copago de \$550	Sujeto a ded. y copago de \$1,000/ Sujeto a ded. y copago de \$1,000
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios				
En centro independiente/en hospital		\$15/\$15	\$15 sin ded./\$15 sin ded.	\$15 sin ded./\$15 sin ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>				
Deducible: individual/familiar		Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$5	\$5	\$5
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$25	\$25	\$25
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		50%	50%	50%
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		50%	50%	50%
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>		50%	50%	50%
Beneficios adicionales				
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>				
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>				
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>		50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

## Planes de salud de categoría Gold

Keystone HMO Gold Classic<sup>2</sup>Beneficios por año calendario<sup>1</sup>

Deducible: individual/familiar

Coseguro

Máximo de bolsillo: individual/familiar

Dentro de la red usted paga<sup>3</sup>

\$500/\$1,000

20%, a menos que se indique lo contrario

\$8,000/\$16,000 por copago, ded. y coseguro

Servicios preventivos<sup>5</sup>

Atención preventiva para adultos y niños

\$0 sin ded.

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus

\$0 sin ded.

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital

\$750 sin ded.

## Servicios del médico

Visita de atención primaria: consultorio/virtual

\$40 sin ded./\$25 sin ded.

Visita a un especialista: consultorio/virtual

\$80 sin ded./\$55 sin ded.

Clínica en establecimiento minorista

\$40 sin ded.

Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado<sup>25</sup>

\$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)

\$400 sin ded.

Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital

\$60 sin ded./\$60 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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás

\$80 sin ded./\$80 sin ded.

Internación de salud mental y abuso 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

\$10 sin ded./\$10 sin ded.

Medicamentos recetados<sup>12, 13</sup>

Deducible: individual/familiar

Ninguno

Medicamentos genéricos de bajo costo<sup>14</sup>

\$3

Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas<sup>14</sup>

\$20

Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas<sup>14</sup>

\$100

Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas<sup>14</sup>

50% hasta \$200

Medicamentos especializados autoadministrados

50% hasta \$1,000

## Beneficios adicionales

Servicios de la vista<sup>17, 18</sup>Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos<sup>19, 20</sup>

\$0 sin ded.

Servicios dentales<sup>21, 22</sup>

Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)

\$50

Examen pediátrico y limpiezas<sup>23</sup>

\$0 sin ded.

Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia<sup>24, 29</sup>

50% después del ded.

## Planes de salud de categoría Silver



## Personal Choice® PPO Silver Classic<sup>2</sup>

### Beneficios por año calendario<sup>1</sup>

Deducible: individual/familiar
Coseguro
Máximo de bolsillo: individual/familiar

### Dentro de la red usted paga

\$3,500/\$7,000
30%, a menos que se indique lo contrario
\$8,250/\$16,500 por copago, ded. y coseguro

### Fuera de la red usted paga<sup>4</sup>

\$10,000/\$20,000
50%, a menos que se indique lo contrario
\$20,000/\$40,000 por ded. y coseguro

### Servicios preventivos<sup>5</sup>

Atención preventiva para adultos y niños
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital

0% sin ded.
0% sin ded.
\$750 sin ded.

50% sin ded.
N/C
50% sin ded.

### Servicios del médico

Visita de atención primaria: consultorio/virtual
Visita a un especialista: consultorio/virtual
Clínica en establecimiento minorista
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>
Atención de urgencia
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) <sup>6</sup>
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital <sup>6</sup>

\$30 sin ded./\$20 sin ded.
\$75 sin ded./\$50 sin ded.
\$30 sin ded.
0% sin ded.
30% después del ded.
\$50 sin ded.
\$75 sin ded./\$105 sin ded.

50% después del ded./50% después del ded.
50% después del ded./50% después del ded.
50% después del ded.
Sin cobertura
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)
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en hogar o consultorio/ambulatorio
Infusiones, en el hogar o consultorio/ambulatorio
Equipo médico duradero y prótesis
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás
Internación de salud mental y abuso de sustancias

25% después del ded.
30% después del ded.
30% después del ded.
30% después del ded./50% después del ded.
30% después del ded./50% después del ded.
30% después del ded./50% después del ded.
30% después del ded./50% después del ded.
30% después del ded./50% después del ded.
\$75 sin ded./30% después del ded.
25% después del ded.

50% después del ded.
50% después del ded.
30% después del ded. dentro de la red
50% después del ded./50% después del ded.
50% después del ded./50% después del ded.
50% después del ded./50% después del ded.
50% después del ded./50% después del ded.
50% después del ded.
50% después del ded./50% 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
-------------------------------------

20% sin ded./50% sin ded.
---------------------------

50% después del ded./50% después del ded.
---

### Medicamentos recetados<sup>12, 13, 15</sup>

Deducible: individual/familiar
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>

Integrado con ded. médico
\$3 sin ded.
\$20 sin ded.
50% después del ded. hasta \$300
50% después del ded. hasta \$400
50% después del ded. hasta \$1,000

Integrado con ded. médico
70% sin ded.
70% sin ded.
70% después del ded.
70% después del ded.
Sin cobertura

### Beneficios adicionales

Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>

\$0 sin ded.
\$50
\$0 sin ded.
50% después del ded.

Sin cobertura
N/C
Sin cobertura
Sin cobertura



## Planes de salud de categoría Silver

Personal Choice® PPO Silver Basic<sup>2</sup>Beneficios por año calendario<sup>1</sup>

Deducible: individual/familiar

Coseguro

Máximo de bolsillo: individual/familiar

## Dentro de la red usted paga

\$4,000/\$8,000

30%, a menos que se indique lo contrario

\$8,500/\$17,000 por copago, ded. y coseguro

Fuera de la red usted paga<sup>4</sup>

\$10,000/\$20,000

50%, a menos que se indique lo contrario

\$20,000/\$40,000 por ded. y coseguro

Servicios preventivos<sup>5</sup>

Atención preventiva para adultos y niños

0% sin ded.

50% sin ded.

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus

0% sin ded.

N/C

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital

\$750 sin ded.

50% sin ded.

## Servicios del médico

Visita de atención primaria: consultorio/virtual

\$35 sin ded./\$25 sin ded.

50% después del ded./50% después del ded.

Visita a un especialista: consultorio/virtual

\$80 sin ded./\$55 sin ded.

50% después del ded./50% después del ded.

Clínica en establecimiento minorista

\$35 sin ded.

50% después del ded.

Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado<sup>25</sup>

0% sin ded.

Sin cobertura

Atención de urgencia

\$80 sin ded.

50% después del ded.

Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)<sup>6</sup>

\$50 sin ded.

50% después del ded.

Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital<sup>6</sup>

\$80 sin ded./\$110 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)

\$600 sin ded.

\$600 sin ded.

Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital

\$100 sin ded./\$150 sin ded.

50% después del ded./50% después del ded.

Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital

\$200 sin ded./\$250 sin 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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás

\$80 sin ded./\$80 sin ded.

50% después del ded./50% después del ded.

Internación de salud mental y abuso de sustancias

25% después del ded.

50% después del ded.

## Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria/en hospital

\$750 después del ded./\$750 después del ded.

50% después del ded./50% después del ded.

## Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios

En centro independiente/en hospital

\$15 sin ded./\$85 sin ded.

50% después del ded./50% después del ded.

Medicamentos recetados<sup>12, 13, 15</sup>

Deducible: individual/familiar

Integrado con ded. médico

Integrado con ded. médico

Medicamentos genéricos de bajo costo<sup>14</sup>

\$3 sin ded.

70% sin ded.

Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas<sup>14</sup>

\$20 sin ded.

70% sin ded.

Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas<sup>14, 16</sup>

50% después del ded. hasta \$300

70% después del ded.

Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas<sup>14, 16</sup>

50% después del ded. hasta \$400

70% después del ded.

Medicamentos especializados autoadministrados<sup>16</sup>

50% después del ded. hasta \$1,000

Sin cobertura

## Beneficios adicionales

Servicios de la vista<sup>17, 18</sup>Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos<sup>19, 20</sup>

\$0 sin ded.

Sin cobertura

Servicios dentales<sup>21, 22</sup>

Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)

\$50

N/C

Examen pediátrico y limpiezas<sup>23</sup>

\$0 sin ded.

Sin cobertura

Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia<sup>24, 29</sup>

50% después del ded.

Sin cobertura

## Planes de salud de categoría Silver



Keystone HMO Silver Classic<sup>2</sup>

### Beneficios por año calendario<sup>1</sup>

Deducible: individual/familiar
Coseguro
Máximo de bolsillo: individual/familiar

### Dentro de la red usted paga<sup>3</sup>

\$3,500/\$7,000
30%, a menos que se indique lo contrario
\$8,500/\$17,000 por copago, ded. y coseguro

### Servicios preventivos<sup>5</sup>

Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.

### Servicios del médico

Visita de atención primaria: consultorio/virtual	\$35 sin ded./\$25 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$35 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>	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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$80 sin ded./\$80 sin ded.
Internación de salud mental y abuso 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	\$15 sin ded./\$15 sin ded.
-------------------------------------	-----------------------------

### Medicamentos recetados<sup>12, 13, 15</sup>

Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	\$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	\$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% después del ded. hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% después del ded. hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	50% después del ded. hasta \$1,000

### Beneficios adicionales

Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>	50% después del ded.

## Planes de salud de categoría Silver

Keystone HMO Silver Proactive<sup>2</sup>Beneficios por año calendario<sup>1</sup>

	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar <sup>8</sup>	\$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
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>	\$9,200/\$18,400 por copago y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro

Servicios preventivos<sup>5</sup>

Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.

## Servicios del médico

Visita de atención primaria: consultorio/virtual	\$40/\$30	\$70 sin ded./\$50 sin ded.	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual	\$90/\$65	\$140 sin ded./\$100 sin ded.	\$150 sin ded./\$105 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>	\$40	\$70 sin ded.	\$80 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>	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 <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$900/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$1,300/día <sup>7</sup>
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) <sup>10</sup>	\$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 abuso 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 abuso de sustancias	\$600/día <sup>7</sup>	\$600/día sin ded. <sup>7</sup>	\$600/día sin ded. <sup>7</sup>

## 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	\$15/\$15	\$15 sin ded./\$15 sin ded.	\$15 sin ded./\$15 sin ded.
-------------------------------------	-----------	-----------------------------	-----------------------------

Medicamentos recetados<sup>12, 13, 15</sup>

Deducible: individual/familiar <sup>7</sup>	\$225/\$450	\$225/\$450	\$225/\$450
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	\$7 sin ded.	\$7 sin ded.	\$7 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	\$25 sin ded.	\$25 sin ded.	\$25 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	\$100 después del ded.	\$100 después del ded.	\$100 después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000

## Beneficios adicionales

<b>Servicios de la vista<sup>17, 18</sup></b>			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
<b>Servicios dentales<sup>21, 22</sup></b>			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

## Planes de salud de categoría Silver



## Keystone HMO Silver Proactive Lite<sup>2</sup>

### Beneficios por año calendario<sup>1</sup>

Deducible: individual/familiar<sup>8</sup>

Coseguro

Máximo de bolsillo: individual/familiar<sup>9</sup>

### Dentro de la red usted paga<sup>3</sup> Nivel 1: Preferido

\$2,000/\$4,000

0%, a menos que se indique lo contrario

\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro

### Dentro de la red usted paga<sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado

\$6,500/\$13,000

5%, a menos que se indique lo contrario

\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro

### Dentro de la red usted paga<sup>3</sup> Nivel 3: Estándar

\$6,500/\$13,000

10%, a menos que se indique lo contrario

\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro

### Servicios preventivos<sup>5</sup>

Atención preventiva para adultos y niños

0% sin ded.

0% sin ded.

0% sin ded.

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus

0% sin ded.

0% sin ded.

0% sin ded.

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital

\$750 sin ded.

\$750 sin ded.

\$750 sin ded.

### Servicios del médico

Visita de atención primaria: consultorio/virtual

\$50 sin ded./\$35 sin ded.

\$60 sin ded./\$40 sin ded.

\$70 sin ded./\$50 sin ded.

Visita a un especialista: consultorio/virtual

\$90 sin ded./\$60 sin ded.

\$120 sin ded./\$80 sin ded.

\$140 sin ded./\$95 sin ded.

Clínica en establecimiento minorista<sup>11</sup>

\$50 sin ded.

\$60 sin ded.

\$70 sin ded.

Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado<sup>25</sup>

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<sup>7</sup>

Sujeto a ded. y \$900/día<sup>7</sup>

Sujeto a ded. y \$1,300/día<sup>7</sup>

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)<sup>10</sup>

\$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 abuso 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 abuso de sustancias

Sujeto a ded. y \$600/día<sup>7</sup>

Sujeto a ded. y \$600/día<sup>7</sup>

Sujeto a ded. y \$600/día<sup>7</sup>

### 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

\$15 sin ded./\$15 sin ded.

\$15 sin ded./\$15 sin ded.

\$15 sin ded./\$15 sin ded.

### Medicamentos recetados<sup>12, 13, 15</sup>

Deducible: individual/familiar<sup>†</sup>

\$225/\$450

\$225/\$450

\$225/\$450

Medicamentos genéricos de bajo costo<sup>14</sup>

\$5 sin ded.

\$5 sin ded.

\$5 sin ded.

Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas<sup>14</sup>

\$20 sin ded.

\$20 sin ded.

\$20 sin ded.

Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas<sup>14, 16</sup>

\$90 después del ded.

\$90 después del ded.

\$90 después del ded.

Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas<sup>14, 16</sup>

50% después del ded. hasta \$500

50% después del ded. hasta \$500

50% después del ded. hasta \$500

Medicamentos especializados autoadministrados<sup>16</sup>

50% después del ded. hasta \$1,000

50% después del ded. hasta \$1,000

50% después del ded. hasta \$1,000

### Beneficios adicionales

Servicios de la vista<sup>17, 18</sup>

Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos<sup>19, 20</sup>

\$0 sin ded.

\$0 sin ded.

\$0 sin ded.

Servicios dentales<sup>21, 22</sup>

Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)

\$50

\$50

\$50

Examen pediátrico y limpiezas<sup>23</sup>

\$0 sin ded.

\$0 sin ded.

\$0 sin ded.

Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia<sup>24, 29</sup>

50% después del ded.

50% después del ded.

50% después del ded.



## Planes de salud de categoría Silver

Keystone HMO Silver Basic<sup>2</sup>Beneficios por año calendario<sup>1</sup>

Deducible: individual/familiar
Coseguro
Máximo de bolsillo: individual/familiar

Dentro de la red usted paga<sup>3</sup>

\$5,500/\$11,000
50%, a menos que se indique lo contrario
\$9,000/\$18,000 copago, ded. y coseguro

Servicios preventivos<sup>5</sup>

Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.

## Servicios del médico

Visita de atención primaria: consultorio/virtual	\$35 sin ded./\$25 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$35 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>	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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$80 sin ded./\$120 sin ded.
Internación de salud mental y abuso 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	\$15 sin ded./\$15 sin ded.
-------------------------------------	-----------------------------

Medicamentos recetados<sup>12, 13, 15</sup>

Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	\$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	\$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% después del ded. hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% después del ded. hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	50% después del ded. hasta \$1,000

## Beneficios adicionales

<b>Servicios de la vista<sup>17, 18</sup></b>	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0 sin ded.
<b>Servicios dentales<sup>21, 22</sup></b>	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>	50% después del ded.

Planes de salud de categoría Silver		 <b>Keystone HMO Silver Essential<sup>2</sup> <span>NEW</span></b>
<b>Beneficios por año calendario<sup>1</sup></b>		<b>Dentro de la red usted paga<sup>3</sup></b>
Deducible: individual/familiar		\$5,000/\$10,000
Coseguro		50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar		\$9,000/\$18,000 copago, ded. y coseguro
<b>Servicios preventivos<sup>5</sup></b>		
Atención preventiva para adultos y niños		0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$750 sin ded.
<b>Servicios del médico</b>		
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$45 sin ded./\$30 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual		\$75 sin ded./\$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista		\$45 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>		0% sin ded.
Atención de urgencia		\$75 sin ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)		\$50 sin ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital		\$75 sin ded./\$75 sin ded.
<b>Servicios hospitalarios y otros servicios médicos</b>		
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)		\$700 sin 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		\$300 sin ded./\$300 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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás		\$75 sin ded./\$120 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias		50% después del ded.
<b>Cirugía ambulatoria</b>		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital		\$500 después del ded./\$1,000 después del ded.
<b>Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios</b>		
En centro independiente/en hospital		\$15 sin ded./\$15 sin ded.
<b>Medicamentos recetados<sup>12, 13, 15</sup></b>		
Deducible: individual/familiar		Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		50% después del ded. hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		50% después del ded. hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>		50% después del ded. hasta \$1,000
<b>Beneficios adicionales</b>		
<b>Servicios de la vista<sup>17, 18</sup></b>		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0 sin ded.
<b>Servicios dentales<sup>21, 22</sup></b>		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>		50% después del ded.

## Planes de salud de categoría Silver

Keystone HMO Silver Proactive Select<sup>2</sup>Beneficios por año calendario<sup>1</sup>

	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar <sup>8</sup>	\$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
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>	\$9,200/\$18,400 por copago y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro

Servicios preventivos<sup>5</sup>

Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.

## Servicios del médico

Visita de atención primaria: consultorio/virtual	\$40/\$30	\$70 sin ded./\$50 sin ded.	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual	\$90/\$60	\$140 sin ded./\$100 sin ded.	\$150 sin ded./\$105 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>	\$40	\$70 sin ded.	\$80 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>	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 <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$900/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$1,300/día <sup>7</sup>
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) <sup>10</sup>	\$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 abuso 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 abuso de sustancias	\$600/día <sup>7</sup>	\$600/día sin ded. <sup>7</sup>	\$600/día sin ded. <sup>7</sup>

## 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	\$15/\$15	\$15 sin ded./\$15 sin ded.	\$15 sin ded./\$15 sin ded.
-------------------------------------	-----------	-----------------------------	-----------------------------

Medicamentos recetados<sup>12, 13, 15</sup>

Deducible: individual/familiar <sup>1</sup>	\$225/\$450	\$225/\$450	\$225/\$450
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	\$25 sin ded.	\$25 sin ded.	\$25 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	\$100 después del ded.	\$100 después del ded.	\$100 después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000

## Beneficios adicionales

<b>Servicios de la vista<sup>17, 18</sup></b>			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
<b>Servicios dentales<sup>21, 22</sup></b>			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes de salud de categoría Silver		 <b>Keystone HMO Silver Proactive Basic<sup>2</sup></b>		
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar <sup>8</sup>		\$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
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>		\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>				
Atención preventiva para adultos y niños		0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$750 sin ded.	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.
Servicios del médico				
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$50 sin ded./\$35 sin ded.	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$70 sin ded./\$50 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual		\$100 sin ded./\$70 sin ded.	\$120 sin ded./\$80 sin ded.	\$140 sin ded./\$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>		\$50 sin ded.	\$60 sin ded.	\$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>		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 <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$900/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$1,300/día <sup>7</sup>
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) <sup>10</sup>		\$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 abuso 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 abuso de sustancias		Sujeto a ded. y \$600/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$600/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$600/día <sup>7</sup>
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		\$15 sin ded./\$15 sin ded.	\$15 sin ded./\$15 sin ded.	\$15 sin ded./\$15 sin ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>				
Deducible: individual/familiar <sup>1</sup>		\$225/\$450	\$225/\$450	\$225/\$450
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$5 sin ded.	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$20 sin ded.	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		50% después del ded. hasta \$400	50% después del ded. hasta \$400	50% después del ded. hasta \$400
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>		50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000
Beneficios adicionales				
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>				
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>				
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>		50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.



## Planes de salud de categoría Silver

Keystone HMO Silver Proactive Essential<sup>2</sup>Beneficios por año calendario<sup>1</sup>Deducible: individual/familiar<sup>8</sup>

Coseguro

Máximo de bolsillo: individual/familiar<sup>9</sup>Dentro de la red usted paga<sup>3</sup> Nivel 1: Preferido

\$5,000/\$10,000

0%, a menos que se indique lo contrario

\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro

Dentro de la red usted paga<sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado

\$8,000/\$16,000

5%, a menos que se indique lo contrario

\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro

Dentro de la red usted paga<sup>3</sup> Nivel 3: Estándar

\$8,000/\$16,000

10%, a menos que se indique lo contrario

\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro

Servicios preventivos<sup>5</sup>

Atención preventiva para adultos y niños

0% sin ded.

0% sin ded.

0% sin ded.

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus

0% sin ded.

0% sin ded.

0% sin ded.

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital

\$750 sin ded.

\$750 sin ded.

\$750 sin ded.

## Servicios del médico

Visita de atención primaria: consultorio/virtual

\$50 sin ded./\$35 sin ded.

\$60 sin ded./\$40 sin ded.

\$70 sin ded./\$50 sin ded.

Visita a un especialista: consultorio/virtual

\$100 sin ded./\$70 sin ded.

\$120 sin ded./\$80 sin ded.

\$140 sin ded./\$95 sin ded.

Clínica en establecimiento minorista<sup>11</sup>

\$50 sin ded.

\$60 sin ded.

\$70 sin ded.

Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado<sup>25</sup>

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<sup>7</sup>Sujeto a ded. y \$900/día<sup>7</sup>Sujeto a ded. y \$1,300/día<sup>7</sup>

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)<sup>10</sup>

\$975 sin ded.

\$975 sin ded.

\$975 sin ded.

Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital

\$100 sin ded./\$100 sin ded.

\$100 sin ded./\$100 sin ded.

\$100 sin ded./\$100 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 abuso 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 abuso de sustancias

Sujeto a ded. y \$600/día<sup>7</sup>Sujeto a ded. y \$600/día<sup>7</sup>Sujeto a ded. y \$600/día<sup>7</sup>

## Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria/en hospital

Sujeto a ded. y copago de \$250/  
Sujeto a ded. y copago de \$250Sujeto a ded. y copago de \$750/  
Sujeto a ded. y copago de \$750Sujeto 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

\$15 sin ded./\$15 sin ded.

\$15 sin ded./\$15 sin ded.

\$15 sin ded./\$15 sin ded.

Medicamentos recetados<sup>12, 13, 15</sup>Deducible: individual/familiar<sup>1</sup>

\$225/\$450

\$225/\$450

\$225/\$450

Medicamentos genéricos de bajo costo<sup>14</sup>

\$5 sin ded.

\$5 sin ded.

\$5 sin ded.

Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas<sup>14</sup>

\$25 sin ded.

\$25 sin ded.

\$25 sin ded.

Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas<sup>14, 16</sup>

50% después del ded. hasta \$400

50% después del ded. hasta \$400

50% después del ded. hasta \$400

Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas<sup>14, 16</sup>

50% después del ded. hasta \$500

50% después del ded. hasta \$500

50% después del ded. hasta \$500

Medicamentos especializados autoadministrados<sup>16</sup>

50% después del ded. hasta \$1,000

50% después del ded. hasta \$1,000

50% después del ded. hasta \$1,000

## Beneficios adicionales

Servicios de la vista<sup>17, 18</sup>Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos<sup>19, 20</sup>

\$0 sin ded.

\$0 sin ded.

\$0 sin ded.

Servicios dentales<sup>21, 22</sup>

Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)

\$50

\$50

\$50

Examen pediátrico y limpiezas<sup>23</sup>

\$0 sin ded.

\$0 sin ded.

\$0 sin ded.

Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia<sup>24, 29</sup>

50% después del ded.

50% después del ded.

50% después del ded.

## Planes de salud de categoría Silver



## Keystone HMO Silver Proactive Value<sup>2</sup>

### Beneficios por año calendario<sup>1</sup>

	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar <sup>8</sup>	\$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
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro	\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro

### Servicios preventivos<sup>5</sup>

Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.

### Servicios del médico

Visita de atención primaria: consultorio/virtual	\$40 sin ded./\$30 sin ded.	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$70 sin ded./\$50 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual	\$80 sin ded./\$55 sin ded.	\$120 sin ded./\$80 sin ded.	\$140 sin ded./\$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>	\$40 sin ded.	\$60 sin ded.	\$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>	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 <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$900/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$1,300/día <sup>7</sup>
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) <sup>10</sup>	\$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 abuso 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 abuso de sustancias	Sujeto a ded. y \$600/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$600/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$600/día <sup>7</sup>

### 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	\$15 sin ded./\$15 sin ded.	\$15 sin ded./\$15 sin ded.	\$15 sin ded./\$15 sin ded.
-------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

### Medicamentos recetados<sup>12, 13, 15</sup>

Deducible: individual/familiar <sup>1</sup>	\$225/\$450	\$225/\$450	\$225/\$450
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	\$100 después del ded.	\$100 después del ded.	\$100 después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000

### Beneficios adicionales

<b>Servicios de la vista<sup>17, 18</sup></b>			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
<b>Servicios dentales<sup>21, 22</sup></b>			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes de salud de categoría Bronze		Personal Choice® PPO Bronze <sup>2</sup>	
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga <sup>4</sup>
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
Máximo de bolsillo: individual/familiar		\$9,200/\$18,400 por copago, ded. y coseguro	\$25,000/\$50,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>			
Atención preventiva para adultos y niños		0% sin ded.	50% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		0% sin ded.	N/C
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$750 sin ded.	50% sin ded.
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		50% sin ded./50% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Visita a un especialista: 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 <sup>25</sup>		0% sin ded.	Sin cobertura
Atención de urgencia		50% después del ded.	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) <sup>6</sup>		50% después del ded.	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital <sup>6</sup>		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 abuso 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 abuso 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		20% después del ded./50% después del ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>			
Deducible: individual/familiar		Integrado con ded. médico	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$5 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$35 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		50% después del ded.	70% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		50% después del ded.	70% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>		50% después del ded.	Sin cobertura
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>		50% después del ded.	Sin cobertura

Planes de salud de categoría Bronze	Personal Choice® EPO Bronze Reserve + eligible para HSA <sup>2</sup>
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup>
Deducible: individual/familiar	\$7,450/\$14,900
Coseguro	0%
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$7,450/\$14,900 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	0% después del ded./0% después del ded.
Visita a un especialista: 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 <sup>25</sup>	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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	0% después del ded./0% después del ded.
Internación de salud mental y abuso 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 <sup>12, 13, 15</sup>	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	0% después del ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	0% después del ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	0% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	0% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	0% después del ded.
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	Integrado con ded. médico
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	0% sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24</sup>	0% después del ded.



Planes de salud de categoría Bronze	Personal Choice® EPO Bronze Classic <sup>2</sup>
<b>Beneficios por año calendario<sup>1</sup></b>	<b>Dentro de la red usted paga<sup>3</sup></b>
Deducible: individual/familiar	\$4,750/\$9,500
Coseguro	50%
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$9,800/\$19,600 por copago, ded. y coseguro
<b>Servicios preventivos<sup>5</sup></b>	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.
<b>Servicios del médico</b>	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	\$65 sin ded./\$50 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual	\$65 sin ded./\$50 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$65 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>	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.
<b>Servicios hospitalarios y otros servicios médicos</b>	
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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	65% sin ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	50% después del ded.
<b>Cirugía ambulatoria</b>	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	50% después del ded./50% después del ded.
<b>Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios</b>	
En centro independiente/en hospital	50% después del ded./50% después del ded.
<b>Medicamentos recetados<sup>12, 13, 15</sup></b>	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	50% después del ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	50% después del ded.
<b>Beneficios adicionales</b>	
<b>Servicios de la vista<sup>17, 18</sup></b>	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0 sin ded.
<b>Servicios dentales<sup>21, 22</sup></b>	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>	50% después del ded.

Planes de salud de categoría Bronze	Personal Choice® EPO Bronze Basic <sup>2</sup>
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup>
Deducible: individual/familiar	\$9,800/\$19,600
Coseguro	0%
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$9,800/\$19,600 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	40% sin ded./40% sin ded.
Visita a un especialista: 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 <sup>25</sup>	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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	40% sin ded./0%, después del ded.
Internación de salud mental y abuso 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 <sup>12, 13, 15</sup>	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	\$25 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	0% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	0% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	0% después del ded.
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	Integrado con ded. médico
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	0% sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24</sup>	0% después del ded.

Planes de salud de categoría Bronze	Keystone HMO Bronze <sup>2</sup>
<b>Beneficios por año calendario<sup>1</sup></b>	<b>Dentro de la red usted paga<sup>3</sup></b>
Deducible: individual/familiar	\$8,500/\$17,000
Coseguro	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$9,500/\$19,000 por copago, ded. y coseguro
<b>Servicios preventivos<sup>5</sup></b>	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.
<b>Servicios del médico</b>	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	\$75 sin ded./\$50 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual	\$150 sin ded./\$100 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$75 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>	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.
<b>Servicios hospitalarios y otros servicios médicos</b>	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a ded. y \$700/día <sup>7</sup>
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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$150 sin ded./\$150 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a ded. y \$700/día <sup>7</sup>
<b>Cirugía ambulatoria</b>	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$750 después del ded./\$1,000 después del ded.
<b>Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios</b>	
En centro independiente/en hospital	\$15 sin ded./\$15 sin ded.
<b>Medicamentos recetados<sup>12, 13, 15</sup></b>	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	\$25 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% después del ded. hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% después del ded. hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	50% después del ded.
<b>Beneficios adicionales</b>	
<b>Servicios de la vista<sup>17, 18</sup></b>	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0 sin ded.
<b>Servicios dentales<sup>21, 22</sup></b>	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>	50% después del ded.

Planes de salud de categoría Bronze		Keystone HMO Bronze Proactive <sup>2</sup> <b>NEW</b>		
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar <sup>8</sup>		\$8,000/\$16,000	\$9,800/\$19,600	\$9,800/\$19,600
Coseguro		20%, a menos que se indique lo contrario	30%, a menos que se indique lo contrario	40%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>		\$10,600/\$21,200 por copago, ded. y coseguro	\$10,600/\$21,200 por copago, ded. y coseguro	\$10,600/\$21,200 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>				
Atención preventiva para adultos y niños		0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$750 sin ded.	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.
Servicios del médico				
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$85 sin ded./\$55 sin ded.	\$95 sin ded./\$65 sin ded.	\$105 sin ded./\$70 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual		\$170 sin ded./\$115 sin ded.	\$180 sin ded./\$120 sin ded.	\$190 sin ded./\$125 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>		\$85 sin ded.	\$95 sin ded.	\$105 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>		0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Atención de urgencia		\$170 sin ded.	\$170 sin ded.	\$170 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		\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos				
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)		Sujeto a ded. y \$700/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$900/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$1,300/día <sup>7</sup>
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)		20% después del ded.	30% después del ded.	40% después del ded.
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización) <sup>10</sup>		\$975 sin ded.	\$975 sin ded.	\$975 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital		\$200 sin ded./\$200 sin ded.	\$200 sin ded./\$200 sin ded.	\$200 sin ded./\$200 sin ded.
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital		\$400 sin ded./\$400 sin ded.	\$400 sin ded./\$400 sin ded.	\$400 sin ded./\$400 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		20% después del ded./ 20% después del ded.	30% después del ded./ 30% después del ded.	40%, después del ded./ 40%, después del ded.
Equipo médico duradero y prótesis		50% sin ded.	50% sin ded.	50% sin ded.
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás		\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.	\$150 sin ded./\$150 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias		Sujeto a ded. y \$700/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$700/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$700/día <sup>7</sup>
Cirugía ambulatoria				
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital		\$750 después del ded./ \$750 después del ded.	\$1,000 después del ded./ \$1,000 después del ded.	\$1,250 después del ded./ \$1,250 después del ded.
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios				
En centro independiente/en hospital		\$40 sin ded./\$40 sin ded.	\$40 sin ded./\$40 sin ded.	\$40 sin ded./\$40 sin ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>				
Deducible: individual/familiar <sup>7</sup>		\$225/\$450	\$225/\$450	\$225/\$450
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$7 sin ded.	\$7 sin ded.	\$7 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$35 sin ded.	\$35 sin ded.	\$35 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>		50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.
Beneficios adicionales				
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>				
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>				
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>		50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.



Plan de salud Catastrophic	Personal Choice® EPO Catastrophic <sup>2</sup>
<b>Beneficios por año calendario<sup>1</sup></b>	<b>Dentro de la red usted paga<sup>3</sup></b>
Deducible: individual/familiar	\$10,600/\$21,200
Coseguro	0%
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$10,600/\$21,200 por copago, ded. y coseguro
<b>Servicios preventivos<sup>5</sup></b>	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.
<b>Servicios del médico</b>	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	Visitas 1 a 3: copago de \$50 sin ded.*/copago de \$35 sin ded.* Visita 4 y siguientes: 0% después del ded.*/0% después del ded.*
Visita a un especialista: 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 <sup>25</sup>	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.
<b>Servicios hospitalarios y otros servicios médicos</b>	
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 abuso 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 abuso de sustancias	0% después del ded.
<b>Cirugía ambulatoria</b>	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
<b>Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios</b>	
En centro independiente/en hospital	0% después del ded./0% después del ded.
<b>Medicamentos recetados<sup>12, 13, 15</sup></b>	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	0% después del ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	0% después del ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	0% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	0% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	0% después del ded.
<b>Beneficios adicionales</b>	
<b>Servicios de la vista<sup>17, 18</sup></b>	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0 sin ded.
<b>Servicios dentales<sup>21, 22</sup></b>	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	Integrado con ded. médico
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	0% sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24</sup>	0% después del ded.

# Planes de reducción del costo compartido para 2026



Si cumple los requisitos para obtener primas mensuales más bajas y gastos de bolsillo más bajos según los criterios de la página 84, inscribese en un plan de salud con Cost-share Reduction (CSR, reducción del costo compartido) en Pennie, Pennsylvania Insurance Exchange.

Llámenos al **1-855-640-3454** o **póngase en contacto con el agente de seguros** si necesita ayuda para determinar su elegibilidad o para presentar la solicitud.

Planes Silver 200-249% CSR		Personal Choice® PPO Silver Classic <sup>2</sup>	
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga <sup>4</sup>
Deducible: individual/familiar		\$3,250/\$6,500	\$10,000/\$20,000
Coseguro		30%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar		\$6,900/\$13,800 por copago, deducible y coseguro	\$20,000/\$40,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>			
Atención preventiva para adultos y niños		0% sin ded.	50% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		0% sin ded.	N/C
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$750 sin ded.	50% sin ded.
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$30 sin ded./\$20 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Visita a un especialista: 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 <sup>25</sup>		0% sin ded.	Sin cobertura
Atención de urgencia		30% después del ded.	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) <sup>6</sup>		\$50 sin ded.	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital <sup>6</sup>		\$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 abuso 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 abuso 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		20% sin ded./50% sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>			
Deducible: individual/familiar		Integrado con ded. médico	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$3 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$20 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		40% después del ded. hasta \$200	70% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		50% después del ded. hasta \$200	70% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>		50% después del ded. hasta \$1,000	Sin cobertura
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>		50% después del ded.	Sin cobertura

Planes Silver 200-249% CSR	Keystone HMO Silver Classic <sup>2</sup>
<b>Beneficios por año calendario<sup>1</sup></b>	<b>Dentro de la red usted paga<sup>3</sup></b>
Deducible: individual/familiar	\$3,500/\$7,000
Coseguro	30%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$7,250/\$14,500 copago, ded. y coseguro
<b>Servicios preventivos<sup>5</sup></b>	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.
<b>Servicios del médico</b>	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	\$35 sin ded./\$25 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual	\$70 sin ded./\$50 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$35 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>	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.
<b>Servicios hospitalarios y otros servicios médicos</b>	
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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$70 sin ded./\$70 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	30% después del ded.
<b>Cirugía ambulatoria</b>	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$400 sin ded./\$800 sin ded.
<b>Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios</b>	
En centro independiente/en hospital	\$15 sin ded./\$15 sin ded.
<b>Medicamentos recetados<sup>12, 13, 15</sup></b>	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	\$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	\$15 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% después del ded. hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% después del ded. hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	50% después del ded. hasta \$1,000
<b>Beneficios adicionales</b>	
<b>Servicios de la vista<sup>17, 18</sup></b>	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0 sin ded.
<b>Servicios dentales<sup>21, 22</sup></b>	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>	50% después del ded.



Planes Silver 200-249% CSR		Keystone HMO Silver Proactive <sup>2</sup>		
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar <sup>8</sup>		\$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
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>		\$7,400/\$14,800 por copago y coseguro	\$7,400/\$14,800 por copago, ded. y coseguro	\$7,400/\$14,800 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>				
Atención preventiva para adultos y niños		0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$750	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.
Servicios del médico				
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$40/\$30	\$70 sin ded./\$50 sin ded.	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual		\$90/\$65	\$140 sin ded./\$100 sin ded.	\$150 sin ded./\$105 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>		\$40	\$70 sin ded.	\$80 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>		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 <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$900/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$1,300/día <sup>7</sup>
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) <sup>10</sup>		\$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 abuso 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 abuso de sustancias		\$600/día <sup>7</sup>	\$600/día sin ded. <sup>7</sup>	\$600/día sin ded. <sup>7</sup>
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		\$10/\$10	\$10 sin ded./\$10 sin ded.	\$10 sin ded./\$10 sin ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>				
Deducible: individual/familiar <sup>†</sup>		\$225/\$450	\$225/\$450	\$225/\$450
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$7 sin ded.	\$7 sin ded.	\$7 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$25 sin ded.	\$25 sin ded.	\$25 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		\$100 después del ded.	\$100 después del ded.	\$100 después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>		50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000
Beneficios adicionales				
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>				
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>				
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>		50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 200-249% CSR	Keystone HMO Silver Proactive Lite <sup>2</sup>		
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar <sup>8</sup>	\$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
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>	\$7,750/\$15,500 por copago, ded. y coseguro	\$7,750/\$15,500 por copago, ded. y coseguro	\$7,750/\$15,500 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	\$50 sin ded./\$35 sin ded.	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$70 sin ded./\$50 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual	\$90 sin ded./\$60 sin ded.	\$120 sin ded./\$80 sin ded.	\$140 sin ded./\$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>	\$50 sin ded.	\$60 sin ded.	\$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>	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 <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$900/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$1,300/día <sup>7</sup>
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) <sup>10</sup>	\$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 abuso 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 abuso de sustancias	Sujeto a ded. y \$600/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$600/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$600/día <sup>7</sup>
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	\$10 sin ded./\$10 sin ded.	\$10 sin ded./\$10 sin ded.	\$10 sin ded./\$10 sin ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>			
Deducible: individual/familiar <sup>1</sup>	\$225/\$450	\$225/\$450	\$225/\$450
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	\$90 después del ded.	\$90 después del ded.	\$90 después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 200-249% CSR	Keystone HMO Silver Basic <sup>2</sup>
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup>
Deducible: individual/familiar	\$5,000/\$10,000
Coseguro	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$7,850/\$15,700 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	\$35 sin ded./\$25 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$35 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>	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	\$150 sin ded./\$150 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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$80 sin ded./\$120 sin ded.
Internación de salud mental y abuso 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	\$15 sin ded./\$15 sin ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	\$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	\$15 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% después del ded. hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% después del ded. hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	50% después del ded. hasta \$1,000
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>	50% después del ded.

Planes Silver 200-249% CSR		Keystone HMO Silver Proactive Basic <sup>2</sup>		
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar <sup>8</sup>		\$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
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>		\$8,000/\$16,000 por copago, ded. y coseguro	\$8,000/\$16,000 por copago, ded. y coseguro	\$8,000/\$16,000 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>				
Atención preventiva para adultos y niños		0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$750 sin ded.	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.
Servicios del médico				
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$50 sin ded./\$35 sin ded.	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$70 sin ded./\$50 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual		\$100 sin ded./\$70 sin ded.	\$120 sin ded./\$80 sin ded.	\$140 sin ded./\$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>		\$50 sin ded.	\$60 sin ded.	\$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>		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 <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$900/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$1,300/día <sup>7</sup>
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) <sup>10</sup>		\$800 sin ded.	\$800 sin ded.	\$800 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital		\$125 sin ded./\$125 sin ded.	\$125 sin ded./\$125 sin ded.	\$125 sin ded./\$125 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 abuso 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 abuso de sustancias		Sujeto a ded. y \$600/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$600/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$600/día <sup>7</sup>
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		\$10 sin ded./\$10 sin ded.	\$10 sin ded./\$10 sin ded.	\$10 sin ded./\$10 sin ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>				
Deducible: individual/familiar <sup>7</sup>		\$225/\$450	\$225/\$450	\$225/\$450
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$5 sin ded.	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$20 sin ded.	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		40% después del ded. hasta \$400	40% después del ded. hasta \$400	40% después del ded. hasta \$400
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>		50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000
Beneficios adicionales				
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>				
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>				
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>		50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 200-249% CSR		Keystone HMO Silver Proactive Essential <sup>2</sup>		
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar <sup>8</sup>		\$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
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>		\$8,000/\$16,000 por copago, ded. y coseguro	\$8,000/\$16,000 por copago, ded. y coseguro	\$8,000/\$16,000 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>				
Atención preventiva para adultos y niños		0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$750 sin ded.	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.
Servicios del médico				
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$50 sin ded./\$35 sin ded.	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$70 sin ded./\$50 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual		\$100 sin ded./\$70 sin ded.	\$120 sin ded./\$80 sin ded.	\$140 sin ded./\$95 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>		\$50 sin ded.	\$60 sin ded.	\$70 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>		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 <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$900/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$1,300/día <sup>7</sup>
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) <sup>10</sup>		\$750 sin ded.	\$750 sin ded.	\$750 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital		\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 sin ded.	\$100 sin ded./\$100 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 abuso 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 abuso de sustancias		Sujeto a ded. y \$600/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$600/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$600/día <sup>7</sup>
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		\$15 sin ded./\$15 sin ded.	\$15 sin ded./\$15 sin ded.	\$15 sin ded./\$15 sin ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>				
Deducible: individual/familiar <sup>7</sup>		\$225/\$450	\$225/\$450	\$225/\$450
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$5 sin ded.	\$5 sin ded.	\$5 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$20 sin ded.	\$20 sin ded.	\$20 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		40% después del ded. hasta \$400	40% después del ded. hasta \$400	40% después del ded. hasta \$400
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500	50% después del ded. hasta \$500
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>		50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000	50% después del ded. hasta \$1,000
Beneficios adicionales				
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>				
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>				
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24,29</sup>		50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.



Planes Silver 150-199% CSR		Personal Choice® PPO Silver Classic <sup>2</sup>	
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga <sup>4</sup>
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
Máximo de bolsillo: individual/familiar		\$3,500/\$7,000 por copago, ded. y coseguro	\$20,000/\$40,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>			
Atención preventiva para adultos y niños		0% sin ded.	50% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		0% sin ded.	N/C
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$500 sin ded.	50% sin ded.
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$25 sin ded./\$20 sin ded.	50% después del ded./50% después del ded.
Visita a un especialista: 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 <sup>25</sup>		0% sin ded.	Sin cobertura
Atención de urgencia		10% después del ded.	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) <sup>6</sup>		\$50 sin ded.	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital <sup>6</sup>		\$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 abuso 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 abuso 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 <sup>12, 13, 15</sup>			
Deducible: individual/familiar		Integrado con ded. médico	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$3 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$10 sin ded.	70% sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		40% después del ded. hasta \$200	70% después del ded.
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		50% después del ded. hasta \$200	70% después del ded.
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>		50% después del ded. hasta \$500	Sin cobertura
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>		50% después del ded.	Sin cobertura

Planes Silver 150-199% CSR	Keystone HMO Silver Classic <sup>2</sup>
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup>
Deducible: individual/familiar	\$1,000/\$2,000
Coseguro	20%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$2,500/\$5,000 copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	\$30 sin ded./\$20 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual	\$60 sin ded./\$40 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$30 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>	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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$60 sin ded./\$60 sin ded.
Internación de salud mental y abuso 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	\$10 sin ded./\$10 sin ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	\$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	\$10 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	40% después del ded. hasta \$200
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% después del ded. hasta \$200
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	50% después del ded. hasta \$500
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>	50% después del ded.

Planes Silver 150-199% CSR		Keystone HMO Silver Proactive <sup>2</sup>		
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar <sup>8</sup>		\$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
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>		\$3,500/\$7,000 por copago y coseguro	\$3,500/\$7,000 por copago, ded. y coseguro	\$3,500/\$7,000 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>				
Atención preventiva para adultos y niños		0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$500	\$500 sin ded.	\$500 sin ded.
Servicios del médico				
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$20/\$15	\$30 sin ded./\$20 sin ded.	\$40 sin ded./\$30 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual		\$40/\$30	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>		\$20	\$30 sin ded.	\$40 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>		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 <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$500/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$900/día <sup>7</sup>
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) <sup>10</sup>		\$450	\$450 sin ded.	\$450 sin ded.
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital		\$75/\$75	\$75 sin ded./\$75 sin ded.	\$75 sin ded./\$75 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 abuso 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 abuso de sustancias		\$200/día <sup>7</sup>	\$200/día sin ded. <sup>7</sup>	\$200/día sin ded. <sup>7</sup>
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		\$10/\$10	\$10 sin ded./\$10 sin ded.	\$10 sin ded./\$10 sin ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>				
Deducible: individual/familiar		Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$3	\$3	\$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$10	\$10	\$10
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		\$100	\$100	\$100
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		40% hasta \$400	40% hasta \$400	40% hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>		50% hasta \$500	50% hasta \$500	50% hasta \$500
Beneficios adicionales				
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>				
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>				
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>		50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 150-199% CSR		Keystone HMO Silver Proactive Lite <sup>2</sup>		
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar <sup>8</sup>		\$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
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>		\$3,500/\$7,000 por copago, ded. y coseguro	\$3,500/\$7,000 por copago, ded. y coseguro	\$3,500/\$7,000 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>				
Atención preventiva para adultos y niños		0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$500 sin ded.	\$500 sin ded.	\$500 sin ded.
Servicios del médico				
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$20 sin ded./\$15 sin ded.	\$30 sin ded./\$20 sin ded.	\$40 sin ded./\$30 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual		\$40 sin ded./\$30 sin ded.	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>		\$20 sin ded.	\$30 sin ded.	\$40 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>		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 <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$500/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$900/día <sup>7</sup>
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) <sup>10</sup>		\$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 abuso 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 abuso de sustancias		Sujeto a ded. y \$300/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$300/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$300/día <sup>7</sup>
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		\$10 sin ded./\$10 sin ded.	\$10 sin ded./\$10 sin ded.	\$10 sin ded./\$10 sin ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>				
Deducible: individual/familiar		Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$3	\$3	\$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$10	\$10	\$10
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		\$90	\$90	\$90
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		40% hasta \$400	40% hasta \$400	40% hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>		50% hasta \$500	50% hasta \$500	50% hasta \$500
Beneficios adicionales				
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>				
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>				
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>		50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 150-199% CSR	Keystone HMO Silver Basic <sup>2</sup>
<b>Beneficios por año calendario<sup>1</sup></b>	<b>Dentro de la red usted paga<sup>3</sup></b>
Deducible: individual/familiar	\$1,000/\$2,000
Coseguro	30%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$3,000/\$6,000 copago, ded. y coseguro
<b>Servicios preventivos<sup>5</sup></b>	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750 sin ded.
<b>Servicios del médico</b>	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	\$20 sin ded./\$15 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual	\$40 sin ded./\$30 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista	\$20 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>	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.
<b>Servicios hospitalarios y otros servicios médicos</b>	
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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$40 sin ded./\$70 sin ded.
Internación de salud mental y abuso de sustancias	30% después del ded.
<b>Cirugía ambulatoria</b>	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$1,000 después del ded./\$1,000 después del ded.
<b>Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios</b>	
En centro independiente/en hospital	\$10 sin ded./\$10 sin ded.
<b>Medicamentos recetados<sup>12, 13, 15</sup></b>	
Deducible: individual/familiar	Integrado con ded. médico
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	\$3 sin ded.
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	\$10 sin ded.
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	40% después del ded. hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	50% después del ded. hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	50% después del ded. hasta \$1,000
<b>Beneficios adicionales</b>	
<b>Servicios de la vista<sup>17, 18</sup></b>	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0 sin ded.
<b>Servicios dentales<sup>21, 22</sup></b>	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>	50% después del ded.



Planes Silver 150-199% CSR		Keystone HMO Silver Proactive Basic <sup>2</sup>		
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar <sup>8</sup>		\$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
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>		\$3,500/\$7,000 por copago, ded. y coseguro	\$3,500/\$7,000 por copago, ded. y coseguro	\$3,500/\$7,000 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>				
Atención preventiva para adultos y niños		0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$500 sin ded.	\$500 sin ded.	\$500 sin ded.
Servicios del médico				
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$20 sin ded./\$15 sin ded.	\$30 sin ded./\$20 sin ded.	\$40 sin ded./\$30 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual		\$40 sin ded./\$30 sin ded.	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>		\$20 sin ded.	\$30 sin ded.	\$40 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>		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 <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$500/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$900/día <sup>7</sup>
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) <sup>10</sup>		\$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 abuso 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 abuso de sustancias		Sujeto a ded. y \$300/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$300/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$300/día <sup>7</sup>
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		\$10 sin ded./\$10 sin ded.	\$10 sin ded./\$10 sin ded.	\$10 sin ded./\$10 sin ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>				
Deducible: individual/familiar		Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$3	\$3	\$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$10	\$10	\$10
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		30% hasta \$300	30% hasta \$300	30% hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		40% hasta \$400	40% hasta \$400	40% hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>		50% hasta \$500	50% hasta \$500	50% hasta \$500
Beneficios adicionales				
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>				
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>				
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24,29</sup>		50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 150-199% CSR		Keystone HMO Silver Proactive Essential <sup>2</sup>		
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar <sup>8</sup>		\$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
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>		\$3,500/\$7,000 por copago, ded. y coseguro	\$3,500/\$7,000 por copago, ded. y coseguro	\$3,500/\$7,000 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>				
Atención preventiva para adultos y niños		0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		0% sin ded.	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$500 sin ded.	\$500 sin ded.	\$500 sin ded.
Servicios del médico				
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$20 sin ded./\$15 sin ded.	\$30 sin ded./\$20 sin ded.	\$40 sin ded./\$30 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual		\$40 sin ded./\$30 sin ded.	\$60 sin ded./\$40 sin ded.	\$80 sin ded./\$55 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>		\$20 sin ded.	\$30 sin ded.	\$40 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>		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 <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$500/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$900/día <sup>7</sup>
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) <sup>10</sup>		\$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 abuso 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 abuso de sustancias		Sujeto a ded. y \$300/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$300/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$300/día <sup>7</sup>
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		\$10 sin ded./\$10 sin ded.	\$10 sin ded./\$10 sin ded.	\$10 sin ded./\$10 sin ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>				
Deducible: individual/familiar		Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$3	\$3	\$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$15	\$15	\$15
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		30% hasta \$300	30% hasta \$300	30% hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		40% hasta \$400	40% hasta \$400	40% hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>		50% hasta \$500	50% hasta \$500	50% hasta \$500
Beneficios adicionales				
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>				
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>				
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>		50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 138-149% CSR		Personal Choice® PPO Silver Classic <sup>2</sup>	
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga <sup>4</sup>
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
Máximo de bolsillo: individual/familiar		\$2,500/\$5,000 por copago y coseguro	\$20,000/\$40,000 por ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>			
Atención preventiva para adultos y niños		\$0	50% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		\$0	N/C
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$250	50% sin ded.
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$5/\$0	50% después del ded./50% después del ded.
Visita a un especialista: 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 <sup>25</sup>		\$0	Sin cobertura
Atención de urgencia		10%	50% después del ded.
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) <sup>6</sup>		\$10	50% después del ded.
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital <sup>6</sup>		\$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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás		\$10/10%	50% después del ded./50% después del ded.
Internación de salud mental y abuso 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 <sup>12, 13, 15</sup>			
Deducible: individual/familiar		Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$3	70%
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$4	70%
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		15% hasta \$200	70%
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		15% hasta \$200	70%
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>		50% hasta \$500	Sin cobertura
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0	Sin cobertura
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>		50% después del ded.	Sin cobertura

Planes Silver 138-149% CSR	Keystone HMO Silver Classic <sup>2</sup>
<b>Beneficios por año calendario<sup>1</sup></b>	<b>Dentro de la red usted paga<sup>3</sup></b>
Deducible: individual/familiar	\$0/\$0
Coseguro	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$1,900/\$3,800 por copago y coseguro
<b>Servicios preventivos<sup>5</sup></b>	
Atención preventiva para adultos y niños	\$0
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	\$0
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750
<b>Servicios del médico</b>	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	\$10/\$5
Visita a un especialista: consultorio/virtual	\$20/\$15
Clínica en establecimiento minorista	\$10
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>	\$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
<b>Servicios hospitalarios y otros servicios médicos</b>	
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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$20/\$20
Internación de salud mental y abuso de sustancias	10%
<b>Cirugía ambulatoria</b>	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	\$40/\$80
<b>Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios</b>	
En centro independiente/en hospital	\$5/\$5
<b>Medicamentos recetados<sup>12, 13, 15</sup></b>	
Deducible: individual/familiar	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	\$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	\$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	5% hasta \$200
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	15% hasta \$200
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	50% hasta \$500
<b>Beneficios adicionales</b>	
<b>Servicios de la vista<sup>17, 18</sup></b>	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0
<b>Servicios dentales<sup>21, 22</sup></b>	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>	50% después del ded.

Planes Silver 138-149% CSR		Keystone HMO Silver Proactive <sup>2</sup>		
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar <sup>8</sup>		\$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
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>		\$1,900/\$3,800 por copago y coseguro	\$1,900/\$3,800 por copago, ded. y coseguro	\$1,900/\$3,800 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>				
Atención preventiva para adultos y niños		0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$250	\$250 sin ded.	\$250 sin ded.
Servicios del médico				
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$5/\$0	\$10 sin ded./\$5 sin ded.	\$20 sin ded./\$15 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual		\$15/\$10	\$20 sin ded./\$15 sin ded.	\$40 sin ded./\$30 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>		\$5	\$10 sin ded.	\$20 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>		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 <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$250/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$500/día <sup>7</sup>
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) <sup>10</sup>		\$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./ 10% 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 abuso 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 abuso de sustancias		\$50/día <sup>7</sup>	\$50/día sin ded. <sup>7</sup>	\$50/día sin ded. <sup>7</sup>
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		\$5/\$5	\$5 sin ded./\$5 sin ded.	\$5 sin ded./\$5 sin ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>				
Deducible: individual/familiar		Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$1	\$1	\$1
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$4	\$4	\$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		\$15	\$15	\$15
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		5% hasta \$400	5% hasta \$400	5% hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>		30% hasta \$500	30% hasta \$500	30% hasta \$500
Beneficios adicionales				
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>				
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>				
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24,29</sup>		50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.



Planes Silver 138-149% CSR		Keystone HMO Silver Proactive Lite <sup>2</sup>		
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar <sup>8</sup>		\$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
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>		\$1,900/\$3,800 por copago y coseguro	\$1,900/\$3,800 por copago, ded. y coseguro	\$1,900/\$3,800 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>				
Atención preventiva para adultos y niños		0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$250	\$250 sin ded.	\$250 sin ded.
Servicios del médico				
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$5/\$0	\$10 sin ded./\$5 sin ded.	\$20 sin ded./\$15 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual		\$15/\$10	\$20 sin ded./\$15 sin ded.	\$40 sin ded./\$30 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>		\$5	\$10 sin ded.	\$20 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>		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 <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$250/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$500/día <sup>7</sup>
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) <sup>10</sup>		\$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 abuso 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 abuso de sustancias		\$50/día <sup>7</sup>	\$50/día sin ded. <sup>7</sup>	\$50/día sin ded. <sup>7</sup>
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		\$5/\$5	\$5 sin ded./\$5 sin ded.	\$5 sin ded./\$5 sin ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>				
Deducible: individual/familiar		Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$1	\$1	\$1
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$4	\$4	\$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		\$15	\$15	\$15
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		5% hasta \$400	5% hasta \$400	5% hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>		30% hasta \$500	30% hasta \$500	30% hasta \$500
Beneficios adicionales				
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>				
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>				
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>		50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 138-149% CSR	Keystone HMO Silver Basic <sup>2</sup>
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup>
Deducible: individual/familiar	\$0/\$0
Coseguro	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	\$1,650/\$3,300 por copago y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>	
Atención preventiva para adultos y niños	\$0
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	\$0
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$750
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	\$15/\$10
Visita a un especialista: consultorio/virtual	\$30/\$20
Clínica en establecimiento minorista	\$15
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>	\$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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$30/\$30
Internación de salud mental y abuso 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	\$5/\$5
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>	
Deducible: individual/familiar	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	\$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	\$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	5% hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	15% hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	50% hasta \$1,000
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24,29</sup>	50% después del ded.

Planes Silver 138-149% CSR		Keystone HMO Silver Proactive Basic <sup>2</sup>		
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>		Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3: Estándar
Deducible: individual/familiar <sup>8</sup>		\$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
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>		\$1,900/\$3,800 por copago y coseguro	\$1,900/\$3,800 por copago, ded. y coseguro	\$1,900/\$3,800 por copago, ded. y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>				
Atención preventiva para adultos y niños		0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus		0%	0% sin ded.	0% sin ded.
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital		\$250	\$250 sin ded.	\$250 sin ded.
Servicios del médico				
Visita de atención primaria: consultorio/virtual		\$5/\$0	\$10 sin ded./\$5 sin ded.	\$20 sin ded./\$15 sin ded.
Visita a un especialista: consultorio/virtual		\$15/\$10	\$20 sin ded./\$15 sin ded.	\$40 sin ded./\$30 sin ded.
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>		\$5	\$10 sin ded.	\$20 sin ded.
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>		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 <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$250/día <sup>7</sup>	Sujeto a ded. y \$500/día <sup>7</sup>
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) <sup>10</sup>		\$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 abuso 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 abuso de sustancias		\$50/día <sup>7</sup>	\$50/día sin ded. <sup>7</sup>	\$50/día sin ded. <sup>7</sup>
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		\$5/\$5	\$5 sin ded./\$5 sin ded.	\$5 sin ded./\$5 sin ded.
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>				
Deducible: individual/familiar		Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>		\$1	\$1	\$1
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>		\$4	\$4	\$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		5% hasta \$300	5% hasta \$300	5% hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>		5% hasta \$400	5% hasta \$400	5% hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>		30% hasta \$500	30% hasta \$500	30% hasta \$500
Beneficios adicionales				
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>				
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>		\$0	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>				
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)		\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>		\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24, 29</sup>		50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

Planes Silver 138-149% CSR	Keystone HMO Silver Proactive Essential <sup>2</sup>		
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1: Preferido	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2: Mejorado	Dentro de la red usted paga <sup>3</sup> 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
Máximo de bolsillo: individual/familiar <sup>9</sup>	\$2,000/\$4,000 por copago y coseguro	\$2,000/\$4,000 por copago y coseguro	\$2,000/\$4,000 por copago y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0%	0%
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0%	0%
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	\$250	\$250	\$250
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	\$5/\$0	\$10/\$5	\$20/\$15
Visita a un especialista: consultorio/virtual	\$15/\$10	\$20/\$15	\$40/\$30
Clínica en establecimiento minorista <sup>11</sup>	\$5	\$10	\$20
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado <sup>25</sup>	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 <sup>7</sup>	\$250/día <sup>7</sup>	\$500/día <sup>7</sup>
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) <sup>10</sup>	\$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 abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	\$15/\$15	\$15/\$15	\$15/\$15
Internación de salud mental y abuso de sustancias	\$50/día <sup>7</sup>	\$50/día <sup>7</sup>	\$50/día <sup>7</sup>
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	\$5/\$5	\$5/\$5	\$5/\$5
Medicamentos recetados <sup>12, 13, 15</sup>			
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos genéricos de bajo costo <sup>14</sup>	\$1	\$1	\$1
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas <sup>14</sup>	\$10	\$10	\$10
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	5% hasta \$300	5% hasta \$300	5% hasta \$300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas <sup>14, 16</sup>	5% hasta \$400	5% hasta \$400	5% hasta \$400
Medicamentos especializados autoadministrados <sup>16</sup>	30% hasta \$500	30% hasta \$500	30% hasta \$500
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista <sup>17, 18</sup>			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>19, 20</sup>	\$0	\$0	\$0
Servicios dentales <sup>21, 22</sup>			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Examen pediátrico y limpiezas <sup>23</sup>	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.	\$0 sin ded.
Servicios pediátricos básicos, principales y de ortodoncia <sup>24,29</sup>	50% después del ded.	50% después del ded.	50% después del ded.

# Planes dentales y de la vista



Independence 

**IBX**



# Planes dentales

Los planes dentales independientes están disponibles para adultos mayores de 19 años y familias con hijos de hasta 26 años.

## Obtenga más información sobre nuestros planes dentales

**NEW** Hay tres nuevos planes familiares disponibles para la cobertura de 2026.

Estos son los beneficios integrales que puede esperar de los planes dentales de IBX.



### Una red muy amplia

Tiene acceso a una de las redes dentales más grandes de atención dental de la región y a una red nacional con más de 500,000 puntos de acceso.



### Cobertura total de la mayoría de los servicios de prevención y diagnóstico

Los servicios con cobertura total incluyen exámenes de rutina, limpiezas y radiografías. Usted paga \$0 de costo compartido con un proveedor dentro de la red.



### Cobertura para la mayoría de los servicios básicos y los más importantes

Sin período de espera para la atención preventiva y ciertos servicios básicos, como empastes y extracciones. Revise los beneficios de cada plan para ver cómo se cubren los servicios principales y si se aplican períodos de espera.

**Nota:** La cobertura dental pediátrica está incluida en todos los planes de salud individuales y familiares de IBX.



### Flexibilidad para visitar a cualquier dentista

Con nuestros planes dentales de Preferred Provider Organization (PPO, organización de proveedores preferidos), aprovechará al máximo sus ahorros al acudir a un dentista de la red, pero podrá acudir a cualquier dentista que desee sin necesidad de remisión. Nuestro nuevo plan dental EPO incluye solo cobertura dentro de la red.



### NEW Recompensas por recibir atención preventiva

El suscriptor principal recibirá \$20 por cada miembro de la familia asegurado que se someta a dos limpiezas dentales realizadas por un dentista de la red durante el año del plan. Por ejemplo, en el caso de una familia de cuatro miembros, el suscriptor principal recibiría \$80 si cada miembro de la familia se somete a dos limpiezas que cumplan los criterios.

## Próximo paso: ¡presentar la solicitud!

Hay varias maneras de inscribirse a un plan dental para adultos:



- Visite [ibx.com/enrolldental](https://ibx.com/enrolldental).
- Llame al 1-855-640-3454 (TTY: 711) para hablar con uno de nuestros agentes de ventas autorizados o póngase en contacto con el agente de seguros.
- Acuda a Independence LIVE en el segundo piso de 1919 Market Street en Filadelfia para recibir ayuda de parte de un agente de ventas autorizado. Visite [ibx.com/events](https://ibx.com/events) para conocer el horario.

# Elija su plan dental

Consulte los resúmenes de beneficios para obtener más información sobre nuestros planes dentales para adultos y familias para 2026. Estos planes están disponibles para adultos mayores de 19 años y familias con hijos de hasta 26 años.

Descripción del plan <sup>1,2</sup>	IBX Adult Preferred Dental PPO	IBX Adult Premier Dental PPO <sup>26</sup>
<b>Beneficios dentro de la red</b>		
Deducible anual: individual/familiar	\$50/\$150	\$50/\$150
Beneficio dental máximo anual	\$1,500 por persona asegurada	\$2,000 por persona asegurada
<b>Reembolso</b>		
Dentro de la red/Fuera de la red	Red IBX Dental PPO/MAC*	Red IBX Dental PPO/MAC*
<b>Beneficio (% pagado por el plan)</b>	<b>Dentro de la red y fuera de la red</b>	<b>Dentro de la red y fuera de la red</b>
Exámenes y limpiezas	100%	100%
Limpieza adicional: embarazo	100%	100%
Recompensa preventiva (solo dentro de la red)	Pago de \$20 al suscriptor	Pago de \$20 al suscriptor
Servicios radiográficos (todas las radiografías)	100%	100%
Tratamientos con flúor y selladores	Sin cobertura	Sin cobertura
Teleodontología, sincrónica o asincrónica	100%	100%
Mantenedores de espacio	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios de restauración (incluidos empastes blancos)	50%, después de aplicar el deducible	80%, después de aplicar el deducible
Tratamiento endodóntico (por ejemplo, tratamientos de conducto)	50% después del deducible (período de espera de 12 meses)	80% después del deducible (período de espera de 12 meses)
Servicios de periodoncia (quirúrgicos y no quirúrgicos)	50% después del deducible (período de espera de 12 meses)	80% después del deducible (período de espera de 12 meses)
Cirugía oral	50% después del deducible (período de espera de 12 meses)	80% después del deducible (período de espera de 12 meses)
Anestesia general, óxido nítrico o sedación intravenosa	50% después del deducible (período de espera de 12 meses)	80% después del deducible (período de espera de 12 meses)
Coronas, empastes y recubrimientos	Sin cobertura	50% después del deducible (período de espera de 12 meses)
Prótesis (puentes, dentaduras)	Sin cobertura	50% después del deducible (período de espera de 12 meses)
Servicios de implantes	Sin cobertura	Sin cobertura
Reparaciones y ajustes (coronas, empastes, recubrimientos, puentes y dentaduras postizas)	50% después del deducible (período de espera de 12 meses)	80% después del deducible (período de espera de 12 meses)
Ortodoncia	Sin cobertura	Sin cobertura

## Primas mensuales por miembro

Edad	IBX Adult Preferred Dental PPO	IBX Adult Premier Dental PPO <sup>1</sup>
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

\* MAC (carga máximo permitido): es el importe que se paga por los servicios fuera de la red según lo determine Independence Blue Cross. Si un miembro sale de la red, es posible que se le facture la diferencia entre el importe del reembolso y el cargo del proveedor.

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

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

# Planes dentales (continuación)

**NEW** Nuestros nuevos planes dentales para 2026 ofrecen cobertura para todos los miembros de la familia, períodos de espera más cortos y cobertura de ortodoncia.

Descripción del plan <sup>1,2</sup>	IBX PPO 100/50/30/0 \$1,000 (MAC) <sup>*,26</sup>	IBX Active PPO 100/80/50/50 \$1,500 (MAC) <sup>*,26</sup>
Beneficios dentro de la red		
Deducible anual: individual/familiar	\$50/\$150	\$50/\$150
Beneficio dental máximo anual por persona asegurada	\$1,000	\$1,500
Límite máximo de ortodoncia por persona asegurada menor de 19 años	Sin cobertura	\$1,000
Reembolso		
Dentro de la red/Fuera de la red	Red IBX Dental PPO/MAC*	
Beneficio (% pagado por el plan)	Dentro de la red y fuera de la red*	Dentro de la red/fuera de la red*
Exámenes y limpiezas	100%	100%/90%
Limpieza adicional: embarazo	100%	100%/90%
Recompensa preventiva (solo dentro de la red)	Pago de \$20 al suscriptor	Pago de \$20 al suscriptor
Servicios radiográficos (todas las radiografías)	100%	100%/90%
Tratamientos con flúor y selladores	100%	100%/90%
Teleodontología, sincrónica o asincrónica	100%	100%/90%
Mantenedores de espacio	100%	100%/90%
Servicios de restauración (incluidos empastes blancos)	50%, después de aplicar el deducible	80%/70%, después de aplicar el deducible
Tratamiento endodóntico (por ejemplo, tratamientos de conducto)	50%, después de aplicar el deducible	80%/70%, después de aplicar el deducible
Servicios de periodoncia (quirúrgicos y no quirúrgicos)	50%, después de aplicar el deducible	80%/70%, después de aplicar el deducible
Cirugía oral	50%, después de aplicar el deducible	80%/70%, después de aplicar el deducible
Anestesia general, óxido nítrico o sedación intravenosa	50%, después de aplicar el deducible	80%/70%, después de aplicar el deducible
Coronas, empastes y recubrimientos	30%, después de aplicar el deducible (período de espera de 3 meses)	50%/40%, después de aplicar el deducible (período de espera de 6 meses)
Prótesis (puentes, dentaduras)	30%, después de aplicar el deducible (período de espera de 3 meses)	50%/40%, después de aplicar el deducible (período de espera de 6 meses)
Servicios de implantes	Sin cobertura	Sin cobertura
Reparaciones y ajustes (coronas, empastes, recubrimientos, puentes y dentaduras postizas)	50%, después de aplicar el deducible	80%/70%, después de aplicar el deducible
Ortodoncia (hasta los 19 años)	Sin cobertura	50%/50% (período de espera de 12 meses)

## Primas mensuales por miembro

Edad	IBX PPO 100/50/30/0 \$1,000 (MAC)*	IBX Active PPO 100/80/50/50 \$1,500 (MAC)*
0-18	\$32.10	\$45.60
19-25	\$31.68	\$38.56
26-39	\$33.66	\$40.97
40-49	\$39.60	\$48.20
50-63	\$46.53	\$56.64
Mayores de 64	\$47.52	\$57.84

\* MAC (cargo máximo permitido): es el importe que se paga por los servicios fuera de la red según lo determine Independence Blue Cross. Si un miembro sale de la red, es posible que se le facture la diferencia entre el importe del reembolso y el cargo del proveedor.

Las tarifas están sujetas a cambios que dependen de la aprobación del Pennsylvania Insurance Department (Departamento de Seguros de Pennsylvania).  
Los planes dentales de Independence Blue Cross están asegurados por QCC Insurance Company.

# Planes dentales (continuación)

El plan IBX EPO Low es un plan basado en copagos que solo cubre servicios dentro de la red. Los rangos de copago que se muestran a continuación cubren una amplia gama de servicios dentro de una determinada categoría de beneficios. Consulte la póliza para conocer los procedimientos exactos cubiertos y los montos de copago correspondientes.

Descripción del plan <sup>1,2</sup>	IBX EPO Low (plan solo dentro de la red)
<b>Beneficios dentro de la red</b>	
Deducible anual: individual/familiar	\$25/\$75
Beneficio dental máximo anual por persona asegurada	\$2,000
Límite máximo de ortodoncia por persona asegurada menor de 19 años	Sin cobertura
<b>Reembolso</b>	
Dentro de la red	Red IBX Dental PPO (plan solo dentro de la red)
<b>Beneficio</b>	
<b>Copago dentro de la red*</b>	
Exámenes y limpiezas	\$0-\$40
Limpieza adicional: embarazo	\$0-\$40
Recompensa preventiva (solo dentro de la red)	Pago de \$20 al suscriptor
Servicios radiográficos (todas las radiografías)	\$0-\$0
Tratamientos con flúor y selladores	\$0-\$18
Teleodontología, sincrónica o asincrónica	\$20 (período de espera de 3 meses)
Mantenedores de espacio	\$30-\$115
Servicios de restauración (incluidos empastes blancos)	\$15-\$115
Tratamiento endodóntico (por ejemplo, tratamientos de conducto)	\$10-\$780 (período de espera de 3 meses)
Servicios de periodoncia (quirúrgicos y no quirúrgicos)	\$23-\$626 (período de espera de 3 meses)
Cirugía oral	\$29-\$2,300 (período de espera de 3 meses)
Anestesia general, óxido nítrico o sedación intravenosa	\$0-\$117 (período de espera de 3 meses)
Coronas, empastes y recubrimientos	\$20-\$625 (período de espera de 3 meses)
Prótesis (puentes, dentaduras)	\$20-\$625 (período de espera de 3 meses)
Servicios de implantes	\$24-\$1,360 (período de espera de 3 meses)
Reparaciones y ajustes (coronas, empastes, recubrimientos, puentes y dentaduras postizas)	\$20-\$625 (período de espera de 3 meses)
Ortodoncia	Sin cobertura
Renovación cubierta†	Sí
Umbral de renovación	\$1,000
Renovación máxima	\$2,500

## Primas mensuales por miembro

Edad	IBX EPO Low
0-18	\$27.20
19-25	\$26.44
26-39	\$28.09
40-49	\$33.05
50-63	\$38.83
Mayores de 64	\$39.66

\* Los rangos de copago varían mucho según el servicio. Consulte el folleto de beneficios para conocer el copago exacto de cada servicio y si está cubierto.

† Consulte el folleto de beneficios para obtener más detalles y conocer los requisitos para poder optar al beneficio de renovación.

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

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



# Planes de la vista

Los planes de la vista independientes están disponibles para adultos mayores de 19 años y familias con hijos de hasta 26 años.

## Obtenga más información sobre nuestros planes de la vista.

Estos son los beneficios integrales que puede esperar de los planes de la vista de IBX.



### Una red muy amplia

Tendrá acceso a la red nacional Davis Vision®, con 198,000 puntos de acceso en todo el país, incluidos Visionworks®, Target Optical, Pearle Vision, Warby Parker y, como novedad este año, LensCrafters.\*



### Precio de tarifa fija en todas las opciones de lentes cosméticos.

Sus opciones incluyen una gran variedad de tipos de lentes y de estilos de lentes de última generación.



### Descuentos en otros servicios.

Disfrute de descuentos en otros servicios, como corrección de la vista por láser, exámenes de la audición y tecnología de audífonos de marca de Your Hearing Network.

**198,000** puntos de acceso en la red de proveedores de Davis Vision



### Examen ocular anual de rutina con cobertura completa.

Cuando consulta a un proveedor dentro de la red, no hay copago.



### Opciones de \$0 de copago y de bajo costo para los marcos y lentes

Elija entre elegantes marcos de diseño de Exclusive Collection de Davis Vision. O utilice la asignación de beneficio para elegir marcos o lentes de contacto de los proveedores y vendedores minoristas dentro de la red a nivel nacional.

Obtiene asignaciones adicionales de \$50 para marcos y descuentos en opciones de lentes en más de 750 sucursales de Visionworks en todo el país. Si al cabo de 100 días no te gustan sus nuevos lentes, Visionworks se los cambiará.

**Nota:** La cobertura pediátrica de la vista se incluye en todos los planes médicos individuales y familiares de IBX.

## Próximo paso: ¡presentar la solicitud!

Hay varias maneras de inscribirse a un plan de la vista:



- Visite [ibx.com/enrollvision](https://ibx.com/enrollvision).
- Llame al 1-855-640-3454 (TTY: 711) para hablar con uno de nuestros agentes de ventas autorizados o póngase en contacto con el agente de seguros.
- Acuda a Independence LIVE en el segundo piso de 1919 Market Street en Filadelfia para recibir ayuda de parte de un agente de ventas autorizado. Visite [ibx.com/events](https://ibx.com/events) para conocer el horario.

\* Warby Parker, Target Optical, LensCrafters y Pearle Vision están fuera de la red para los miembros pediátricos en los planes médicos de ACA. Estos proveedores están dentro de la red de nuestros planes de la vista para adultos y familias independientes.



# Elija un plan de la vista

Consulte los resúmenes de beneficios para obtener más información sobre nuestros planes de la vista para adultos y familias para 2026. Estos planes están disponibles para adultos mayores de 19 años y familias con hijos de hasta 26 años.

	Vision Care 150	Vision Care 200
<b>Beneficios dentro de la red</b>	<b>Usted paga</b>	<b>Usted paga</b>
Frecuencia (examen y equipo)	Una vez cada año calendario	Una vez cada año calendario
Copagos por examen y lentes	\$0	\$0
<b>Marcos</b>	<b>Usted paga</b>	<b>Usted paga</b>
Marcos de la Exclusive Collection de Davis Vision (en lugar de asignación)		
• Selección de moda	Copago de \$0	Copago de \$0
• Selección de diseñador	Copago de \$15	Copago de \$0
• Selección de primera	Copago de \$40	Copago de \$0
Asignación para marcos fuera de la colección	Hasta \$100 o \$150 <sup>1</sup> en Visionworks, 20% de descuento sobre el excedente <sup>2</sup>	Hasta \$150 o \$200 <sup>1</sup> en Visionworks, 20% de descuento sobre el excedente <sup>3</sup>
<b>Opciones de lentes</b>	<b>Usted paga</b>	<b>Usted paga</b>
Lentes de plástico transparentes monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales o lenticulares (cualquier receta)	\$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 antirreflectante (AR) (estándar/de primera calidad/ultra/superior)	\$40/\$55/\$69/\$85	\$35/\$48/\$60/\$85
Lentes progresivas (estándar/de primera calidad/ultra/superior)	\$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
<b>Lentes de contacto (en lugar de anteojos)</b>	<b>Beneficio</b>	<b>Beneficio</b>
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 <sup>3</sup>	Hasta \$150, además del 15% de descuento en promedio <sup>3</sup>
Lentes de contacto necesarios por motivos médicos (con aprobación previa): materiales, evaluación, adaptación y atención de seguimiento	Incluido	Incluido
<b>Fuera de la red</b>	<b>Monto reembolsable (máximo)</b>	<b>Monto reembolsable (máximo)</b>
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 La asignación mejorada para marcos está disponible en todos los locales de Visionworks del país.

2 El descuento no está disponible en Walmart, Sam's Club y Costco.

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.

**Independence** ®

# Notas al pie de los planes de salud

## Atención médica

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

- 1 Ciertos beneficios del plan 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 colonoscopia 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 colonoscopia preventiva. Para encontrar un proveedor de Preventive Plus, visite [ibx.com/findadoctor](http://ibx.com/findadoctor).
- 6 En los planes PPO, los límites de visitas se combinan dentro y fuera de la red.
- 7 El monto indicado refleja el copago por día. Hay un máximo de cinco copagos por admisión.

## Keystone HMO Proactive

- 8 Para todos los planes Keystone HMO Proactive, se combina el deducible para los niveles 2 y 3.
- 9 Para todos los planes Keystone HMO Proactive, se combinan los gastos máximos de bolsillo correspondientes a los niveles 1, 2 y 3.
- 10 Si un miembro es ingresado a un hospital dentro de la red desde la sala de emergencias, los costos compartidos por 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 de la red. Si un miembro es ingresado 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 sea de emergencia, los miembros 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 administración de beneficios de farmacias (PBM).
- 13 No es obligatorio ningún costo compartido en las farmacias minoristas dentro de la red y de pedidos por correo/entregas a domicilio para ciertos medicamentos preventivos (medicamentos con receta y de venta sin receta con receta médica).
- 14 Los beneficios fuera de la red se aplican a medicamentos con receta comprados en farmacias fuera de la red; el miembro deberá pagar el precio minorista total del medicamento y posteriormente presentar una reclamación para el reembolso. El miembro 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 57,000 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 con receta no está disponible en una forma genérica, se proporcionarán los beneficios para adquirir el medicamento de marca y el miembro será responsable del costo compartido para un medicamento de marca. Cuando un medicamento con receta esté disponible en una forma genérica, se ofrecerán beneficios para ese medicamento solo al nivel de genéricos. Si el miembro 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/Gastos máximos de bolsillo: el deducible y el 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 máximo de gastos de bolsillo, los beneficios para dicha persona tendrán cobertura completa. Después de que se alcance el máximo de gastos de bolsillo familiar, los beneficios para todos los familiares tendrán cobertura completa. El deducible y el máximo de gastos de bolsillo individuales 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 empresa socia de Independence Blue Cross tiene interés económico en Visionworks, una compañía independiente.
- 18 Los beneficios pediátricos de la vista se vencerán al final del mes en que su hijo cumpla los 19 años.
- 19 Un examen de la vista 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 suscritos por QCC Insurance Company, y los beneficios dentales de Independence son administrados por Dominion Dental Services, Inc., una compañía independiente.
- 22 Los beneficios dentales pediátricos tienen cobertura hasta el final del año calendario en que su hijo cumpla los 19 años.
- 23 Se cubre 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 conductual ofrecidos a través de nuestro proveedor de atención virtual, Teladoc Health, una compañía independiente.
- 26 Con el plan Adult Dental Premier IBX PPO 100/50/30/0 \$1,000 (MAC) y IBX Active PPO 100/80/50/50 \$1,500 (MAC), ciertos servicios preventivos no se deducen del límite máximo anual de beneficios. Consulte su póliza para obtener más detalles.
- 27 El descuento no está disponible en Walmart, Sam's Club y Costco.
- 28 Asignación mejorada para marcos disponible en todas las sucursales de Visionworks en todo el país.
- 29 No hay deducible para la ortodoncia.

# Cobertura para nativos norteamericanos u originarios de Alaska

## ¿Es usted nativo norteamericano u originario 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 Índice Federal de Pobreza (FPL, Federal Poverty Level).

### Opciones de planes para menos del 300% del FPL

Usted puede elegir cualquiera de las opciones de planes estándar que aparecen en las páginas 19 – 42, 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 19 – 42 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.

Tamaño del grupo familiar	Ingreso familiar	
	Menos del 300% del FPL	Más del 300% del FPL
Individual	\$46,949.99	\$46,950.00
Familia de 2	\$63,449.99	\$63,450.00
Familia de 3	\$79,949.99	\$79,950.00
Familia de 4	\$96,449.99	\$96,450.00
Familia de 5	\$112,949.99	\$112,950.00
Familia de 6	\$129,449.99	\$129,450.00
Familia de 7	\$145,949.99	\$145,950.00
Familia de 8*	\$162,449.99	\$162,450.00

\* En caso de que sean más de ocho, agregue este monto por cada persona extra: \$5,500. 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.

# Keystone HMO Proactive hospital tier placements

## Tier 1 – Preferred \$

### Pennsylvania

#### Bucks

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

#### Chester

Penn Medicine — Chester County Hospital  
Tower Health — Phoenixville Hospital

#### Delaware

Main Line Health — Riddle Hospital

#### Lehigh

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

#### Montgomery

Holy Redeemer Hospital and Medical Center  
Jefferson Health — Abington Hospital  
Jefferson Health — Jefferson Einstein  
Montgomery Hospital  
Jefferson Health — Lansdale Hospital  
Tower Health — Pottstown Memorial  
Medical Center

#### Philadelphia

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

### New Jersey

#### Camden

Cooper University Hospital

#### Warren

Hackettstown Community Hospital

## Tier 2 – Enhanced \$\$

### Pennsylvania

#### Philadelphia

Children's Hospital of Philadelphia  
Shriners' 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

## Tier 3 – Standard \$\$\$

### Pennsylvania

#### Berks

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

#### Bucks

Trinity Health — St. Mary  
Medical Center

#### Chester

ChristianaCare — West Grove Campus  
Main Line Health — Paoli Hospital

#### Delaware

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  
Jefferson Health — Thomas Jefferson  
University Hospital  
Penn Medicine — Hospital of the  
University of Pennsylvania  
Penn Medicine —  
Penn Presbyterian Medical Center  
Penn Medicine —  
Pennsylvania Hospital  
Temple University Hospital  
Temple University Hospital —  
Episcopal Campus  
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

ChristianaCare —  
Christiana Hospital  
ChristianaCare —  
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, visite [ibx.com/providerfinder](https://ibx.com/providerfinder). Seleccione *Keystone HMO Proactive* bajo "Your Plan" (Su plan) para ver los niveles.

# Información importante sobre los planes

**Es posible que su póliza de seguro médico no cubra todos sus gastos de atención médica. Lea atentamente el manual para miembros para determinar qué servicios de atención médica están cubiertos.**

## Beneficios que requieren aprobación previa

Cuando necesite servicios que requieran una aprobación previa, el 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 miembros 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 miembros 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 al médico o al 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 el médico o proveedor recibirán una notificación escrita de la decisión. Los miembros y proveedores que actúen en representación de un miembro podrán apelar la decisión. En cualquier momento durante el proceso de evaluación o apelación, el proveedor o el miembro podrán proporcionar más información para respaldar la solicitud.

Para obtener una lista de los servicios que requieren aprobación previa, visite [ibx.com/importantinfo](https://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 (aprobación previa/precertificación/preservicio), durante la internación (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 correspondientes 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 médica solamente se aplica a planes de Health Maintenance Organization (HMO, organización para el mantenimiento de la salud).

## Proveedores desvinculados

Independence Blue Cross ofrece a sus miembros 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 miembro 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, la cobertura quedará vigente durante

todo el embarazo y continuará hasta las seis semanas posteriores al parto. 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 correspondientes a los proveedores de atención médica dentro de la red.

El proveedor fuera de la red deben 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 correspondientes 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 miembros 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 y [ibx.com](https://ibx.com).

## 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 miembro 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 miembro en caso de una emergencia, incluidos el traslado de emergencia y los 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 datos de salud protegidos (PHI, Protected Health Information). 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 Act (HIPAA, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) de 1996, visite [ibx.com/privacy](https://ibx.com/privacy) o llámenos al 215-241-4735 o 1-888-678-7005 (líneas gratuitas).

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 de servicios de atención médica. Para obtener información detallada en cuanto a nuestras políticas de privacidad, visite [ibx.com/importantinfo](https://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 Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA, Food and Drug Administration).
- **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 con base en 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, visite [ibx.com/rx](https://ibx.com/rx) o llame al 1-866-346-2081 (TTY: 711).

## Proceso de excepción

El 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. El médico debe enviar la solicitud por fax al 1-888-671-5285. Si 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 el médico recibirán una carta de rechazo. La carta 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 miembros 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 miembro.

## 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 1-855-640-3454 (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 de la audición para la prescripción o el ajuste de audífonos e implantes cocleares
- Técnicas de fertilización asistida, tales como fecundación in vitro, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, Gamete Intrafallopian Transfer) y transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, Zygote Intrafallopian Transfer)
- 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 trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ, Temporomandibular Joint Dysfunction)
- 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 el médico de atención primaria
- 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 completas de estas pólizas por correo, llame al 1-855-640-3454 (TTY: 711).

## Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

**English:** ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-275-2583 (TTY: 711) or speak to your provider.

**العربية:** انتباه: إذا كنت تتحدث العربية، فيمكنك الحصول على مساعدة لغوية مجانية. كما تتوفر الوسائل والخدمات المساعدة والمناسبة مجانًا لضمان وصول المعلومات إليك بصيغة ميسرة ومناسبة. يُرجى الاتصال على الرقم 1-800-275-2583 (TTY: 711) أو يمكنك التحدث مع مقدم الرعاية الخاص بك.

**বাংলা:** দৃষ্টি আকর্ষণ: যদি আপনি বাংলাভাষী হন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ। অ্যাক্সেসিবল ফরম্যাটে তথ্য প্রদান করার জন্য উপযুক্ত সহায়ক উপকরণ ও পরিষেবা বিনামূল্যে উপলব্ধ। 1-800-275-2583 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন বা আপনার প্রদানকারীর সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

**普通话:** 注意: 如果您说普通话, 我们将为您免费提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 确保以无障碍格式传递信息。请致电 1-800-275-2583 (TTY: 711) 或咨询服务提供者。

**Français:** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et des services supplémentaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-275-2583 (TTY: 711) ou parlez-en à votre fournisseur.

**Kreyòl Ayisyen:** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis asistans pou lang ki disponib pou ou. Gen èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib ki disponib tou gratis. Rele nan 1-800-275-2583 (TTY: 711) oswa pale ak founisè w la.

**ગુજરાતી:** ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો તમારી માટે મફત ભાષા સહાયતા સેવા ઉપલબ્ધ છે. સુલભ સ્વરૂપમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટે યોગ્ય સહાયક સાધનો અને સેવાઓ પણ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. 1-800-275-2583 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતાનો સંપર્ક કરો.

**हिंदी:** ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा संबंधी सहायता सेवाएँ मुफ्त में उपलब्ध हैं। सुलभ फॉर्मेट में जानकारी प्रदान करने के लिए उचित सहायक सहायता और सेवाएँ भी मुफ्त में मिलती हैं। 1-800-275-2583 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

**Italiano:** ATTENZIONE: Se parli Italiano, puoi trovare disponibili servizi gratuiti di assistenza linguistica. Gratuitamente, sono inoltre disponibili ausili e servizi di supporto adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-800-275-2583 (TTY: 711) oppure rivolgiti al tuo fornitore.

**日本語:** 注意: 日本語話者の方には、無料の言語支援サービスをご提供しています。アクセシビリティ情報を提供するための適切な補助やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-275-2583 (TTY: 711) にお電話くださるか、または、プロバイダーにお問い合わせください。

**한국어:** 주의: 한국어를 구사하시는 경우 무료 언어 보조 서비스를 이용할 수 있습니다. 접근성 높은 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구 및 서비스 역시 무료로 이용 가능합니다. 1-800-275-2583 (TTY: 711) 에 전화하시거나 서비스 제공업체에 문의하세요.

**Diné bizaad:** BAA'ÁKONÍNÍZIN: Diné bizaad bee yánílti'go, t'áá jiik'eh saad bee áka'aná'awo' bee áka'anída'awo'í ná hóló. T'áadoole'é binahjii' bee adahodooníí diné bich'í' anídahazt'íí bee bika'anída'awo'í beego bee baa dahane'í baa dahwiizt'í'go hadadilyaaigíí áldó' t'áá jiik'eh hóló. Kohjii' 1-800-275-2583 (TTY: 711) hodíilnih doodago níka'análawo'í bich'í' hanidzihih.

**Pennsilfaanisch-Deutsch:** WICHDICH: Wann du Deutsch schwetzscht, kenne mer dich Schprooch-Hilf beigriege, unni as es dich ennich eppes koschde zellt. Mir kenne dich aa differnti Sadde Hilf beigriege, wasewwer as brauchscht fer Information griege, aa fer nix. Call 1-800-275-2583 (TTY: 711) odder schwetz mit dei Provider.

**Polski:** UWAGA: Jeśli jesteś osobą polskojęzyczną, pamiętaj, że oferujemy bezpłatne usługi pomocy językowej. Bezpłatnie dostępne są również odpowiednie materiały pomocnicze i usługi informacyjne w przystępnych formatach. Zadzwoń na numer 1-800-275-2583 (TTY: 711) lub porozmawiaj z dostawcą usług.

**Português:** ATENÇÃO: se você fala português, há serviços gratuitos de assistência linguística disponíveis. Também são disponibilizados gratuitamente para suporte e serviços auxiliares apropriados para o fornecimento de informações. Ligue para 1-800-275-2583 (TTY: 711) ou entre em contato com seu prestador.

**Русский:** Внимание! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные услуги по предоставлению информации в доступных форматах. Звоните по телефону 1-800-275-2583 (TTY: 711) или обратитесь к своему провайдеру.

**Español:** ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios gratuitos de asistencia lingüística disponibles. También hay ayudas y servicios auxiliares disponibles y sin cargo en formatos accesibles para brindarle información. Llame al 1-800-275-2583 (TTY: 711) o hable con su prestador.

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available para sa iyo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Available din ang naaangkop na mga auxiliary aid at serbisyo para magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-275-2583 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

**తెలుగు:** గమనిక: మీరు తెలుగు మాట్లాడితే, ఉచిత భాష సహాయ సేవలు మీకు అందుబాటులో ఉన్నాయి. అందుబాటులో ఉన్న ఫార్మాట్‌లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక పరికరాలు అలాగే సేవలు కూడా ఉచితంగా లభిస్తాయి. 1-800-275-2583 (TTY: 711) నంబర్‌కు కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రొవైడర్‌తో మాట్లాడండి.

**Українська:** Увага! Якщо ви говорите українською, вам доступні безплатні послуги перекладача. Також безоплатно надаються відповідні допоміжні послуги з надання інформації в доступних форматах. Телефонуйте за номером 1-800-275-2583 (TTY: 711) або зверніться до свого провайдера.

**Tiếng Việt:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Bạn cũng có thể nhận được các công cụ và dịch vụ hỗ trợ khác để giúp tiếp cận thông tin dễ dàng hơn, hoàn toàn miễn phí. Vui lòng gọi 1-800-275-2583 (TTY: 711) hoặc liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ của bạn để được hỗ trợ.

**Yorùbá:** ÀKÍYÈSÍ: Tí ó bá nsọ Yorùbá, àwọn isẹ àtìlẹhin èdè lófẹẹ wà lárọwọ́tó rẹ. Àwọn isẹ àtìlẹhin ìrànlọwọ́ tò yẹ láti pèsè ìwífúnni ní ọ̀nà irááyèsì kíkà wà lárọwọ́tó bakanna lófẹẹ. Pẹ 1-800-275-2583 (TTY: 711) tàbí kí ó bá olùpèsè rẹ sọrọ.

## Discrimination Is Against the Law

This plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. This plan does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

This plan:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages.

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact our Civil Rights Coordinator.

If you believe that this Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: our Civil Rights Coordinator, in person or by mail: 1901 Market Street, Philadelphia, PA 19103, by phone: 1-888-377-3933 (TTY: 711), by fax: 215-761-0245, or by email: [civilrightscordinator@1901market.com](mailto:civilrightscordinator@1901market.com).

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

This notice is available at the following website: [www.healthinsurancehosting.com/notices](http://www.healthinsurancehosting.com/notices).

23651 3545000 (04/25)  
MA15590 (04/25)  
Y0041\_HM\_25\_123991\_C

# Glosario

**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 y usted pagará el 20% restante.

**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.

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

**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 proveedor exclusivo.

**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 de atención médica calificados.

**HMO:** un tipo de plan médico. HMO significa organización para el mantenimiento de la salud.

**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 a sus miembros. 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 miembros que tienen cobertura fuera de la red (p. ej. miembros PPO) por lo general pagan más por los servicios de proveedores fuera de la red.

**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 máximo de bolsillo.

**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.

**Atención preventiva:** 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 atención preventiva son los controles anuales, la vacuna contra la gripe, mamografías, colonoscopías y exámenes de colesterol.

**Médico de atención primaria (PCP):** es otro nombre con el que se identifica al médico familiar. Los planes médicos de HMO requieren que seleccione un PCP.

**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.

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

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

**Independence** ®

# ¿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.

## 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 opciones más 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.



### Averigüe si reúne los requisitos

Los ingresos y el tamaño de su hogar determinan si usted es elegible para un crédito tributario. ¡Podría pagar \$0 por mes por un plan de salud de alta calidad! Averigüe si reúne los requisitos en [ibx.com/calculator](https://ibx.com/calculator).

## 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<sup>1</sup>
- Primas mensuales y gastos de bolsillo más bajos cuando reciba atención médica<sup>2</sup>

¿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% AL 149%	DEL 150% AL 199%	DEL 200% AL 249%	DEL 250% AL 400%
Individual	\$21,597.00-\$23,474.99	\$23,475.00-\$31,299.99	\$31,300.00-\$39,124.99	\$39,125.00-\$62,600.00
Familia de 2	\$29,187.00-\$31,724.99	\$31,725.00-\$42,299.99	\$42,300.00-\$52,874.99	\$52,875.00-\$84,600.00
Familia de 3	\$36,777.00-\$39,974.99	\$39,975.00-\$53,299.99	\$53,300.00-\$66,624.99	\$66,625.00-\$106,600.00
Familia de 4	\$44,367.00-\$48,224.99	\$48,225.00-\$64,299.99	\$64,300.00-\$80,374.99	\$80,375.00-\$128,600.00
Familia de 5	\$51,957.00-\$56,474.99	\$56,475.00-\$75,299.99	\$75,300.00-\$94,124.99	\$94,125.00-\$150,600.00
Familia de 6	\$59,547.00-\$64,724.99	\$64,725.00-\$86,299.99	\$86,300.00-\$107,874.99	\$107,875.00-\$172,600.00
Familia de 7	\$67,137.00-\$72,974.99	\$72,975.00-\$97,299.99	\$97,300.00-\$121,624.99	\$121,625.00-\$194,600.00
Familia de 8 <sup>3</sup>	\$74,727.00-\$81,224.99	\$81,225.00-\$108,299.99	\$108,300.00-\$135,374.99	\$135,375.00-\$216,600.00
Puede ser elegible para...				
Tipo	Crédito tributario de prima y reducción del costo compartido (CSR, cost-share reduction)			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 60 – 66	Páginas 53 – 59	Páginas 46 – 52	Páginas 19 – 42

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 sobre la elegibilidad y el 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 para cada persona extra: \$5,500. Fuente: ASPE HHS, <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>



# Planes de salud internacionales de Blue Cross Global Solutions<sup>SM</sup>



Antes de viajar fuera de los Estados Unidos, es importante tener un plan de salud que lo acompañe en su viaje. Esta es una forma sencilla de verlo: si necesita un pasaporte, necesita un plan de salud internacional.

Ahí es donde entran en juego los planes de salud de Blue Cross Global Solutions. Usted tendrá la tranquilidad de saber que cuenta con un seguro médico especialmente diseñado para viajar por todo el mundo.

- Opciones flexibles que pueden incluir cobertura para enfermedades preexistentes.
- Acceso a médicos y hospitales de calidad en 190 países.
- Servicios de telemedicina para atención médica que no sea de emergencia sin costo adicional para usted.
- Aplicación móvil y sitio web para miembros convenientes y de autoservicio para ayudarlo a localizar médicos y hospitales, traducir medicamentos, solicitar pagos a proveedores y más.
- Cobertura para evacuación médica, si fuera necesario.
- Asistencia 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año.

Blue Cross Global Solutions 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. Blue Cross Global Solutions es una marca propiedad de Blue Cross and Blue Shield Association. Blue Cross Global Solutions es el administrador de la cobertura proporcionada en virtud de las pólizas de seguro emitidas en el Distrito de Columbia por 4 Ever Life International Limited, Bermudas, un licenciatario independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association. Esta cobertura se ofrece a los miembros de la Global Citizens Association, Washington, D.C.



**Para obtener más información y una cotización instantánea**

Visite [ibx.com/global](https://ibx.com/global).

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



Los servicios de telemedicina son prestados por Teladoc Health, directamente a los miembros. Blue Cross Global Solutions no asume ni acepta ninguna responsabilidad civil ni de otro tipo por la información brindada por Teladoc Health y la prestación de los servicios por parte de Teladoc Health. El apoyo y la información proporcionados mediante este servicio no confirman que ningún tratamiento relacionado o apoyo extra esté cubierto dentro del plan de salud del miembro. 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, licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

