Independence



Planes de salud para 2027

Individuales y familiares

IBX

Never stop caring

¡Nos alegra contar con usted!

Elegir un plan de salud es una decisión importante, y no tiene que tomarla sin ayuda. Consulte esta guía para conocer las opciones, comparar planes y elegir con más confianza una cobertura que se adapte a su vida.

Si tiene preguntas, necesita ayuda para encontrar el plan adecuado o está listo para inscribirse, estamos a su disposición en cada paso.

En línea en **ibx.com/mas**

Por teléfono al **1-844-315-4884 (TTY: 711)** o comuníquese con el agente de seguros

En persona en **Independence LIVE**

1919 Market Street, 2nd Floor
Philadelphia, PA 19103
De lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m.



Índice

Philadelphia, nosotros nos encargamos

¿Está listo para inscribirse? 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

Beneficios y herramientas que facilitan el acceso a la atención 6

- Atención que se adapta a sus horarios
- Cobertura de medicamentos recetados
- Cómo puede ahorrar con una health savings account (HSA, cuenta de ahorros para gastos médicos)

Compare las opciones con confianza

Planes de salud de categoría Gold 9

Planes de salud de categoría Silver 10

Planes de salud de categoría Bronze 12

Cobertura más allá del plan de salud 13

- Planes dentales
- Planes de la vista
- Planifique para lo inesperado con LifeSecure

Asistencia para que se sienta mejor que nunca

Más que acceso a la atención. Personas que se preocupan por usted. 15

- Hable con un enfermero matriculado
- Reciba ayuda para encontrar atención de salud conductual

Descubra todo lo que su plan puede ofrecerle 16

- Recompensas por sus decisiones saludables
- Descuentos en salud y diversión
- Ahorre en gastos médicos
- Reduzca los costos universitarios
- Herramientas en línea fáciles de usar

Planes estándar para 2027

Planes de salud de categoría Gold 19

Planes de salud de categoría Silver 27

Planes de salud de categoría Bronze 39

Plan de salud Catastrophic 46

Planes de reducción de costos compartidos para 2027

Planes Silver 200-249% CSR Plans 49

Planes Silver 150-199% CSR Plans 56

Silver 138-149% CSR Plans 63

Planes dentales y de la vista

Planes dentales 71

Planes de la vista 75

Varios

Notas al pie de los planes de salud 77

Información importante sobre el plan 78

Glosario 82

Cobertura para nativos americanos u originarios de Alaska 83

¿Cómo se compran los planes individuales y los familiares? 84

- Directamente a través de IBX
- Pennsylvania Insurance Exchange (Pennie)

Planes internacionales de Blue Cross Blue Shield Global Solutions 85

Philadelphia, nosotros nos encargamos. (De todos los aspectos).

Desde hace casi 90 años, Independence Blue Cross (IBX) cuida a las personas de la zona de Philadelphia. Cuidar es una elección. Es una decisión que tomamos todos los días.

Aquí vivimos, trabajamos y criamos a nuestros hijos, y sabemos lo importante que es contar con una cobertura de salud confiable. Estamos a su disposición para facilitarle la atención médica con planes, herramientas y apoyo que se adaptan a la vida cotidiana.

Cuando elige IBX, obtiene lo siguiente:

- La red de médicos y hospitales más grande de la región con todos los planes
- Opciones asequibles y prácticas para recibir atención
- Apoyo para su cuerpo, su mente y su bienestar cotidiano

El plan de salud líder de la región: el n.º 1 en confianza, elección y recomendaciones de los miembros.[1]

SOLICITE UN PLAN HOY MISMO

Solicite un plan y experimente la diferencia que marca IBX.

1 Según el estudio de 2025 sobre la fortaleza de marca de Blue Cross Blue Shield Association para nuestra área de servicio



¿Está listo para inscribirse?

Si está listo para inscribirse en un seguro médico, dental o de la vista, elija la opción de inscripción que más le convenga. Si tiene preguntas durante el proceso, estamos a su disposición para ayudarlo.

Inscripción en un plan

EN LÍNEA:

Visite **ibx.com/applynow** para comenzar.

POR TELÉFONO:

Llame al **1-844-315-4884 (TTY: 711)** o comuníquese con el agente de seguros

EN LÍNEA:

Visite **ibx.com/applynow** para comenzar.

Opciones de pago

Estamos a su disposición para facilitarle las cosas, incluso el pago de la factura. Elija la opción que más le convenga. 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.

Nota: Con cualquiera de estas opciones, deberá pagar por separado cada plan que adquiera (médico, dental o de la vista).

OBTENGA MÁS INFORMACIÓN

Escanee el código QR o visite **ibx.com/payment** para obtener instrucciones más detalladas sobre cada opción de pago.

Pague mediante un mensaje de texto

Pague la prima en segundos desde su teléfono inteligente. Si aún no ha pagado, también recibirá una alerta por mensaje de texto antes de la fecha de vencimiento. Solo responda al mensaje para completar el pago de forma segura, sin necesidad de iniciar sesión. La inscripción es gratuita (pueden aplicarse las tarifas habituales de mensajes y datos), y puede cancelar el servicio en cualquier momento.

eBill

Deje de recibir facturas en papel y pague en línea con eBill. A partir de 15 días antes de que comience la cobertura, puede iniciar sesión en **ibx.com** para consultar la factura, realizar un pago único o configurar pagos recurrentes.

Cheque o giro postal

Puede enviar un cheque o giro postal por correo 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.

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, Philadelphia PA, 19103. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m.

Planes de salud que se adaptan a su vida

En cualquier etapa de la vida, hay un plan de salud de IBX que le permite recibir atención médica acorde con sus necesidades, su presupuesto y su vida cotidiana.

Todos los planes de salud individuales y familiares de IBX cubren los mismos servicios básicos, como visitas al médico, estancias hospitalarias, medicamentos recetados, análisis de sangre, radiografías, atención preventiva y más. También cuenta con atención virtual que no es de emergencia a través de Teladoc Health (Teladoc), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con un copago de $0.

Nuestra red de proveedores le facilita encontrar atención. Tiene acceso a la red de médicos y hospitales más grande de la región, por lo que es muy probable que sus proveedores formen parte de ella. La red también cuenta con una amplia variedad de proveedores de salud conductual de alta calidad, con opciones de atención presencial y virtual. Más información en la página 15.

La compañía que inspira más confianza y le ofrece acceso a la atención que desea.[1]

1 Según el estudio de 2025 sobre la fortaleza de marca de Blue Cross Blue Shield Association

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

El seguro médico puede parecer complicado, pero comparar planes resulta más sencillo cuando sabe qué aspectos considerar.

OBTENGA MÁS INFORMACIÓN

Puede consultar todos los planes disponibles en las páginas 18-69.

Puede elegir entre los planes de las categorías Gold, Silver y Bronze. También ofrecemos un plan de salud Catastrophic para menores de 30 años o personas que reúnen los requisitos para una exención. En general, los planes con primas mensuales más bajas implican costos más altos cuando recibe atención. Estos planes pueden ser una buena opción si no prevé usar muchos servicios de atención médica.

	Gold	Silver	Bronze
Prima mensual	$$$	$$	$
Gastos de bolsillo	$	$$	$$$
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

Para comparar los planes, tenga en cuenta estos factores:

- **La prima mensual**
  Lo que paga cada mes por el plan de salud
- **El deducible**
  Lo que paga por ciertos servicios antes de que el plan comience a pagar (algunos planes y servicios no tienen deducible)
- **Lo que paga cuando recibe atención**
  Los copagos, el coseguro y otros gastos de bolsillo

Nuestros planes más populares: Keystone HMO Proactive

Los planes Keystone HMO Proactive le permiten controlar mejor los costos y mantener el acceso a toda la red de IBX. Estos planes utilizan una red por niveles, lo que significa que la atención de algunos médicos y hospitales cuesta menos que la de otros. Para ahorrar al máximo, elija proveedores del Nivel 1: Preferido.

El Nivel 1 incluye a más del 50% de los médicos dentro de la red

$	Nivel 1: Preferido
$$	Nivel 2: mejorado
$$$	Nivel 3: estándar

Con un plan Keystone HMO Proactive:

- 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[1] y la atención de urgencia cuestan lo mismo en todos los niveles.

Escanee el código QR para consultar una lista de hospitales dentro de la red por nivel. Para buscar un médico o especialista dentro de la red y consultar su nivel, visite **ibx.com/providerfinder**.

Nota: Para consultar el nivel de un proveedor, deberá seleccionar *Keystone HMO Proactive* en la lista de planes de la esquina superior derecha de la pantalla.

1 Si lo admiten en un hospital dentro de la red desde la sala de emergencias, los costos compartidos de la atención hospitalaria para pacientes internados, incluida la atención médica que preste un proveedor profesional dentro de la red, se aplicarán según el nivel del hospital o del proveedor profesional dentro de la red.

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

Beneficios y herramientas que facilitan el acceso a la atención

Los planes de salud de IBX incluyen beneficios y herramientas útiles que le facilitan cuidar su salud, reducir los costos y recibir atención médica cuando y donde la necesite.

Atención que se adapta a sus horarios

Cuidar su salud es más fácil cuando cuenta con opciones que se adaptan a su vida. La atención virtual le permite cuidar su salud de forma más práctica y asequible.

Ahorro de tiempo y dinero con atención virtual

Todos los planes de salud de IBX incluyen beneficios de atención virtual. Muchos proveedores dentro de la red ofrecen visitas virtuales, por las que pagará menos que por una visita en el consultorio. Pagará $0 por las visitas virtuales de salud conductual. Estos costos más bajos se aplican cuando acude a proveedores dentro de la red que ofrecen visitas virtuales.

Planes con atención primaria virtual por $0

Debe ser fácil mantener la atención primaria al día, incluso cuando tiene muchas ocupaciones. Algunos planes incluyen **atención primaria virtual por $0** de Teladoc. Con estos planes, puede elegir a un médico de Teladoc certificado por una junta médica como su médico de atención primaria virtual y tener visitas por teléfono o video.

El PCP virtual puede ayudarlo con lo siguiente:

- Revisiones anuales y visitas de control preventivo
- Tiempo para hablar sobre sus antecedentes médicos, inquietudes y necesidades de atención
- Un plan de atención personalizado según sus objetivos de salud
- Remisiones, recetas y órdenes de análisis de laboratorio, cuando sean necesarias

Nuestros planes de atención primaria virtual le permiten acceder al PCP desde casi cualquier lugar, por lo que son una excelente opción si viaja con frecuencia o estudia lejos del hogar.

Planes con atención primaria virtual por $0:

- EPO Gold Preferred Virtual Care
- EPO Silver Classic Virtual Care ON
- EPO Silver Basic Virtual Care OFF
- EPO Bronze Virtual Care

Reciba atención virtual en cualquier momento y lugar con Teladoc

Con todos los planes de IBX, puede usar Teladoc para **visitas virtuales que no son de emergencia por $0**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Hable con un médico certificado por una junta médica y autorizado para ejercer en el estado por teléfono o video, sin largas esperas ni costos adicionales. Teladoc también ofrece servicios de interpretación en varios idiomas, incluido American Sign Language (ASL, lengua de señas estadounidense).

Puede usar las visitas virtuales de Teladoc por $0 para lo siguiente:

Atención médica general
Reciba atención para problemas de salud frecuentes que no son de emergencia, como dolor en los senos paranasales, gripe, conjuntivitis y dolor de garganta. Obtenga un diagnóstico y una receta, si es necesario.

Atención dermatológica
Reciba atención de un dermatólogo para una amplia variedad de problemas de la piel. Completará un breve formulario, cargará imágenes y recibirá un plan de tratamiento y una receta, si es necesario.

Atención de salud mental
Hable con un proveedor de atención psiquiátrica o un terapeuta autorizado para tratar problemas como la ansiedad, la depresión y el duelo. Si necesita atención continua, puede seguir con el mismo proveedor.



Cobertura de medicamentos recetados

Todos los planes de salud de IBX incluyen cobertura de medicamentos recetados, además de herramientas y programas que le permiten encontrar opciones de menor costo y gestionar sus medicamentos con facilidad.

Opciones de menor costo

Ayudamos a los miembros a ahorrar dinero en recetas médicas.

- **Ahorre con medicamentos genéricos.** Pagará menos cuando su médico le recete alternativas de marcas genéricas y de menor costo.
- **Estimadores de costos.** Nuestras herramientas digitales le facilitan calcular los costos. Además, el médico puede consultar los costos de los medicamentos mientras elige cuál recetarle.
- **Programa Price Edge.** Para muchos medicamentos genéricos no especializados, pagará de forma automática el mejor precio disponible en la farmacia, ya sea mediante descuentos del mercado o los costos compartidos del plan.

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. Para la mayoría de los medicamentos, 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.

Herramientas en línea fáciles de usar

Inicie sesión en **ibx.com** o use la aplicación de IBX para encontrar una farmacia dentro de la red, calcular los costos de los medicamentos, consultar reclamaciones, enviar solicitudes de pedidos por correo/entrega a domicilio y más.

Ahorre en medicamentos especializados

Nuestro programa de medicamentos especializados autoadministrados ofrece opciones prácticas de entrega, apoyo y recursos si recibe tratamiento para afecciones como cáncer, hemofilia, hepatitis C, human immunodeficiency virus (VIH, virus de la inmunodeficiencia humana)/sida, artritis reumatoide y esclerosis múltiple. También cuenta con farmacéuticos y enfermeros experimentados que brindan orientación por teléfono o video.

Formulario Value de 5 niveles

$	Medicamentos genéricos de bajo costo
$$	Medicamentos genéricos
$$$	Medicamentos de marca (marca preferida)
$$$$	Medicamentos de marca y genéricos (no preferidos)
$$$$$	Medicamentos especializados autoadministrados

Cómo puede ahorrar con una health savings account (HSA, cuenta de ahorros para gastos médicos)

Una HSA le permite reservar dinero para los gastos de atención médica elegibles. Si se inscribe en un plan Bronze o Catastrophic, puede usar una HSA para ahorrar dinero ahora y destinarlo a la atención que necesite más adelante.

Puede usar los fondos de su HSA para gastos calificados, como visitas médicas, recetas, atención dental y atención de la vista. El dinero se acumula de un año a otro y la cuenta sigue siendo suya, incluso si cambia de plan médico más adelante.

¿Cuáles son las ventajas de usar una HSA?

- Ahorrar dinero libre de impuestos[1]
- Usar los fondos de la HSA libres de impuestos para gastos de atención médica calificados
- Recibir intereses o ingresos por inversiones libres de impuestos sobre los fondos de la HSA[2]
- Conservar el dinero no usado, incluso si su cobertura cambia

¿Quién puede abrir una HSA?

Todos los planes Bronze y Catastrophic son compatibles con la HSA. Si se inscribe en uno de estos planes, puede abrir una HSA.

Nuestro plan EPO Bronze Reserve incluye una HSA. Si se inscribe en este plan, solo deberá iniciar sesión en **ibx.com** y completar la inscripción en la HSA para comenzar.

Ejemplo: Suponga que aporta $2,000 a su HSA y gasta $1,000 en gastos médicos calificados cada año durante 10 años. Sus ahorros aumentan con el tiempo.

Al final del año 10:

Ahorros estimados en impuestos	Saldo de HSA estimado
$5,000	$11,169

El ejemplo es solo ilustrativo. El ejemplo de la HSA supone una categoría impositiva del 22%, impuestos estatales del 3% y un rendimiento del 2% de las inversiones elegidas. Consulte con el asesor fiscal sobre su situación. El retorno sobre la inversión no está garantizado

1 Para 2027, las contribuciones a una HSA no podrán exceder los $4,500 para la cobertura individual (solo para usted) y los $9,000 para la cobertura familiar. El monto de la contribución de nivelación anual para personas de 55 años o más es de $1,000.

2 Las cuentas de inversión son opcionales; se aplican tarifas 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.

Compare las opciones con confianza

Elegir un plan es más fácil cuando puede comparar las opciones una al lado de la otra. En las próximas páginas encontrará un resumen de nuestros planes Gold, Silver y Bronze para comparar con facilidad las opciones y los aspectos que más le importan, entre ellos:

- **Cobertura de la red**
- **Deducibles**
- **Gastos de bolsillo para servicios de uso común**
- **Red de farmacias**

¿Necesita más detalles? A partir de la página 18, encontrará información más detallada sobre los beneficios y costos de cada plan.



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	NEW Personal Choice® EPO Gold Preferred Virtual Care	Keystone HMO Gold	Keystone HMO Gold Proactive	Keystone HMO Gold Proactive Value	Keystone HMO Gold Classic
Dentro/fuera del intercambio	ON OFF	ON	ON OFF	ON OFF	ON OFF	ON OFF	ON OFF	ON
Requiere PCP y remisiones					✓	✓	✓	✓
Red nacional de la BlueCard®	✓	✓	✓	✓				
Cobertura fuera de la red	✓	✓	✓					
Compatible con HSA								
Deducible	$0	$1,250	$0	$0	$0	$0	Nivel 1: $0 Nivel 2: $4,000 Nivel 3: $4,000	$500
Gasto máximo de bolsillo	$8,750	$9,200	$9,750	$9,750	$8,000	$10,500	$10,500	$8,000
Visita de atención primaria: atención en el consultorio/ virtual	$30/$20	20% sin deducible/ 20% sin deducible	$15/$5	$15/$5	$35/$25	Nivel 1: $15/$10 Nivel 2: $30/$20 Nivel 3: $45/$30	Nivel 1: $25/$15 Nivel 2: $40 sin deducible/ $25 sin deducible Nivel 3: $55 sin deducible/$35 sin deducible	$40 sin deducible/ $25 sin deducible
Visitas con especialistas: atención en el consultorio/virtual	$65/$45	20% después del deducible/ 20% después del deducible	$15/$5	$15/$5	$65/$45	Nivel 1: $40/$30 Nivel 2: $60/$40 Nivel 3: $80/$55	Nivel 1: $60/$40 Nivel 2: $80 sin deducible/ $55 sin deducible Nivel 3: $100 sin deducible/ $65 sin deducible	$80 sin deducible/ $55 sin deducible
Salud mental: pacientes ambulatorios	$65	20% después del deducible	$15	$15	$65	$40 para todos los niveles	Nivel 1: $60 Nivel 2: $60 sin deducible Nivel 3: $60 sin deducible	$80 sin deducible
Atención de urgencia	$65	20% después del deducible	$15	$15	$65	$40 para todos los niveles	Nivel 1: $60 Nivel 2: $60 sin deducible Nivel 3: $60 sin deducible	$80 sin deducible
Sala de emergencias	$400	20% después del deducible	$325	$325	$400	$400 para todos los niveles	Nivel 1: $450 Nivel 2: $450 sin deducible Nivel 3: $450 sin deducible	$400 sin deducible
Medicamentos con receta genéricos de bajo costo	$3	$3	$3	$3	$3	$3	$5	$3
Detalles de medicamentos recetados	Red estándar	Red estándar	Red estándar	Red estándar	Red estándar	Red preferida, genéricos obligatorios	Red preferida, genéricos obligatorios	Red estándar

★ Más popular

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

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

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 27.

Nombre del plan	Personal Choice® PPO Silver Classic	NEW Personal Choice® EPO Silver Classic Virtual Care	Personal Choice® PPO Silver Basic	NEW Personal Choice® EPO Silver Basic Virtual Care	★Keystone HMO Silver Proactive	Keystone HMO Silver Proactive Lite
Dentro/fuera del intercambio	ON	ON	OFF	OFF	ON	ON
Requiere PCP y remisiones					✔	✔
Red nacional de la BlueCard®	✔	✔	✔	✔		
Cobertura fuera dela red	✔		✔			
Compatible con HSA						
Deducible	$3,500	$3,500	$4,000	$4,000	Nivel 1: $0 Nivel 2: $6,000 Nivel 3: $6,000	Nivel 1: $2,000 Nivel 2: $6,500 Nivel 3: $6,500
Gasto máximo de bolsillo	$8,250	$8,250	$9,750	$9,750	$10,500	$10,500
Visita de atención primaria: atención en el consultorio/virtual	$30 sin deducible/ $20 sin deducible	$30 sin deducible/ $20 sin deducible	$35 sin deducible/ $25 sin deducible	$35 sin deducible/ $25 sin deducible	Nivel 1: $40/$30 Nivel 2: $70 sin deducible/ $50 sin deducible Nivel 3: $80 sin deducible/ $55 sin deducible	Nivel 1: $50 sin deducible/ $35 sin deducible Nivel 2: $60 sin deducible/ $40 sin deducible Nivel 3: $70 sin deducible/ $50 sin deducible
Visitas con especialistas: atención en el consultorio/virtual	$75 sin deducible/ $50 sin deducible	$75 sin deducible/ $50 sin deducible	$80 sin deducible/ $55 sin deducible	$80 sin deducible/ $55 sin deducible	Nivel 1: $90/$65 Nivel 2: $140 sin deducible/ $100 sin deducible Nivel 3: $150 sin deducible/ $105 sin deducible	Nivel 1: $90 sin deducible/ $60 sin deducible Nivel 2: $120 sin deducible/ $80 sin deducible Nivel 3: $140 sin deducible/ $95 sin deducible
Salud mental: pacientes ambulatorios	$75 sin deducible	$75 sin deducible	$80 sin deducible	$80 sin deducible	Nivel 1: $90 Nivel 2: $90 sin deducible Nivel 3: $90 sin deducible	$90 sin deducible para todos los niveles
Atención de urgencia	30% después del deducible	30% después del deducible	$80 sin deducible	$80 sin deducible	Nivel 1: $90 Nivel 2: $90 sin deducible Nivel 3: $90 sin deducible	$90 sin deducible para todos los niveles
Sala de emergencias	30% después del deducible	30% después del deducible	$600 sin deducible	$600 sin deducible	Nivel 1: $950 Nivel 2: $950 sin deducible Nivel 3: $950 sin deducible	$950 para todos los niveles
Medicamentos con receta genéricos de bajo costo	$3 sin deducible (integrado con deducible médico)	$3 sin deducible (integrado con deducible médico)	$3 sin deducible (integrado con deducible médico)	$3 sin deducible (integrado con deducible médico)	$7 sin deducible ($225 en deducible para recetas para todos los medicamentos con receta, excepto genéricos)	$5 sin deducible ($225 en deducible 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

★ Más popular

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

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

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 27.

Nombre del plan	Keystone HMO Silver Basic	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	ON	OFF	OFF	ON	ON	OFF
Requiere PCP y remisiones	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Red nacional de la BlueCard®						
Cobertura fuera de la red						
Compatible con HSA						
Deducible	$5,500	$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	$9,600	$9,750	$10,500	$10,500	$10,500	$10,750
Visita de atención primaria: atención en el consultorio/virtual	$35 sin deducible/ $25 sin deducible	$45 sin deducible/ $30 sin deducible	Nivel 1: $40/$30 Nivel 2: $70 sin deducible/ $50 sin deducible Nivel 3: $80 sin deducible/ $55 sin deducible	Nivel 1: $50 sin deducible/ $35 sin deducible Nivel 2: $60 sin deducible/ $40 sin deducible Nivel 3: $70 sin deducible/ $50 sin deducible	Nivel 1: $50 sin deducible/ $35 sin deducible Nivel 2: $60 sin deducible/ $40 sin deducible Nivel 3: $70 sin deducible/ $50 sin deducible	Nivel 1: $40 sin deducible/ $30 sin deducible Nivel 2: $60 sin deducible/ $40 sin deducible Nivel 3: $70 sin deducible/ $50 sin deducible
Visitas con especialistas: atención en el consultorio/virtual	$80 sin deducible/ $55 sin deducible	$75 sin deducible/ $55 sin deducible	Nivel 1: $90/$60 Nivel 2: $140 sin deducible/ $100 sin deducible Nivel 3: $150 sin deducible/ $105 sin deducible	Nivel 1: $100 sin deducible/ $70 sin deducible Nivel 2: $120 sin deducible/ $80 sin deducible Nivel 3: $140 sin deducible/ $95 sin deducible	Nivel 1: $100 sin deducible/$70 sin deducible Nivel 2: $120 sin deducible/ $80 sin deducible Nivel 3: $140 sin deducible/ $95 sin deducible	Nivel 1: $80 sin deducible/ $55 sin deducible Nivel 2: $120 sin deducible/ $80 sin deducible Nivel 3: $140 sin deducible/ $95 sin deducible
Salud mental: pacientes ambulatorios	$80 sin deducible	$75 sin deducible	Nivel 1: $90 Nivel 2: $90 sin deducible Nivel 3: $90 sin deducible	$100 sin deducible para todos los niveles	$100 sin deducible para todos los niveles	$80 sin deducible para todos los niveles
Atención de urgencia	$80 sin deducible	$75 sin deducible	Nivel 1: $90 Nivel 2: $90 sin deducible Nivel 3: $90 sin deducible	$100 sin deducible para todos los niveles	$100 sin deducible para todos los niveles	$80 sin deducible para todos los niveles
Sala de emergencias	$600 sin deducible	$700 sin deducible	Nivel 1: $950 Nivel 2: $950 sin deducible Nivel 3: $950 sin deducible	$950 sin deducible para todos los niveles	$975 sin deducible para todos los niveles	$950 sin deducible para todos los niveles
Medicamentos con receta genéricos de bajo costo	$3 sin deducible (integrado con deducible médico)	$3 sin deducible (integrado con deducible médico)	$5 sin deducible ($225 en deducible para recetas para todos los medicamentos con receta, excepto genéricos)	$5 sin deducible ($225 en deducible para recetas para todos los medicamentos con receta, excepto genéricos)	$5 sin deducible ($225 en deducible para recetas para todos los medicamentos con receta, excepto genéricos)	$5 sin deducible ($225 en deducible 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

★ Más popular

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

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

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

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 39.

Nombre del plan	★ Personal Choice® PPO Bronze	NEW Personal Choice® EPO Bronze Virtual Care	Personal Choice® EPO Bronze Reserve + elegible para HSA	Personal Choice® EPO Bronze Classic	Personal Choice® EPO Bronze Basic	★ Keystone HMO Bronze	★ Keystone HMO Bronze Proactive
Dentro/fuera del intercambio	ON OFF	ON OFF	ON OFF	ON OFF	ON OFF	ON OFF	ON OFF
Requiere PCP y remisiones						✓	✓
Red nacional de la BlueCard®	✓	✓	✓	✓	✓		
Cobertura fuera de la red	✓						
Compatible con HSA	✓	✓	✓ HSA incluida; inicie sesión en ibx.com para inscribirse en la HSA	✓	✓	✓	✓
Deducible	$6,000	$6,000	$7,800	$6,200	$9,800	$8,500	Nivel 1: $8,000 Nivel 2: $9,800 Nivel 3: $9,800
Gasto máximo de bolsillo	$9,200	$9,200	$7,800	$10,850	$9,800	$10,500	$12,000
Visita de atención primaria: atención en el consultorio/virtual	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible	0% después del deducible/ 0% después del deducible	$65 sin deducible/ $50 sin deducible	40% sin deducible/ 40% sin deducible	$75 sin deducible/ $50 sin deducible	Nivel 1: $85 sin deducible/ $55 sin deducible Nivel 2: $95 sin deducible/ $65 sin deducible Nivel 3: $105 sin deducible/ $70 sin deducible
Visitas con especialistas: atención en el consultorio/virtual	50% después del deducible/ 50% después del deducible	50% después del deducible/ 50% después del deducible	50% después del deducible/ 50% después del deducible	$65 sin deducible/ $50 sin deducible	0% después del deducible/ 0% después del deducible	$150 sin deducible/ $100 sin deducible	Nivel 1: $170 sin deducible/ $115 sin deducible Nivel 2: $180 sin deducible/ $120 sin deducible Nivel 3: $190 sin deducible/ $125 sin deducible
Salud mental: pacientes ambulatorios	50% después del deducible	50% después del deducible	0% después del deducible	$65 sin deducible	40% sin deducible	$150 sin deducible	$150 sin deducible para todos los niveles
Atención de urgencia	50% después del deducible	50% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible	$170 sin deducible para todos los niveles
Sala de emergencias	50% después del deducible	50% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible	$975 sin deducible para todos los niveles
Medicamentos con receta genéricos de bajo costo	$5 sin deducible (integrado con deducible médico)	$5 sin deducible (integrado con deducible médico)	0% después del deducible (integrado con deducible médico)	$5 sin deducible (integrado con deducible médico)	$5 sin deducible (integrado con deducible médico)	$5 sin deducible (integrado con deducible médico)	$7 sin deducible ($225 en deducible 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	Red preferida, genéricos obligatorios

★ Más popular

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

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

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

¿Quién puede abrir una HSA?

Todos los planes Bronze y Catastrophic son compatibles con la HSA. Si se inscribe en uno de estos planes, puede abrir una HSA.

Nuestro plan EPO Bronze Reserve incluye una HSA. Si se inscribe en este plan, solo deberá iniciar sesión en **ibx.com** y completar la inscripción en la HSA para comenzar.

Obtenga más información en la página 7.

Cobertura más allá del plan de salud

La cobertura dental y de la vista puede ayudarlo a mantenerse al día con la atención de rutina, detectar problemas a tiempo y evitar gastos inesperados. Nuestros planes dentales y de la vista están disponibles para adultos de 19 años o más y familias con hijos de hasta 26 años.

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

Planes dentales

- **Una amplia red dental.** Tiene acceso a una de las redes dentales más grandes a nivel regional y nacional, 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.** Comience a usar los beneficios de inmediato para la 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.

Planes de la vista

- **Una red que es muy completa.** La red nacional Davis Vision cuenta con 222,000 puntos de acceso, incluidos Visionworks, Target Optical, Pearle Vision, Warby Parker y LensCrafters.[1]
- **Exámenes anuales con cobertura completa.**[2] Pagará $0 por los exámenes de rutina de la vista anuales y las evaluaciones y adaptaciones de lentes de contacto dentro de la red.
- **Armazones y lentes asequibles.** Elija entre elegantes armazones 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.
- **Tarifas fijas para lentes cosméticos.** Elija entre una amplia variedad de lentes y estilos de última generación.
- **Descuentos en otros servicios.** Ahorre en exámenes de la audición y tecnología de audífonos de Your Hearing Network, así como en servicios como la corrección de la vista con láser LASIK.

Consulte las páginas 71-76 para obtener más información sobre los planes dentales y de la vista que ofrecemos.

1 Warby Parker, Target Optical, LensCrafters y Pearle Vision están fuera de la red para los miembros pediátricos en los planes de salud que cumplen con 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.

2 Se aplica un período de espera de 30 días a todos los contratos nuevos de planes de la vista.

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

Los planes dentales están suscritos por QCC Insurance Company.

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.

La corrección de la vista con láser LASIK está disponible a través de su cobertura con Davis Vision.

Planifique para lo inesperado con LifeSecure

Después de un accidente, una enfermedad grave o una estancia en el hospital, su prioridad debe ser recuperarse, sin preocuparse por sus finanzas. Los planes de seguro de LifeSecure pueden ayudarlo con gastos como los siguientes:

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

Obtenga más información en **ibx.com/lifesecure**.

LifeSecure Insurance Company (Brighton, MI) suscribe los productos de seguro de accidentes, enfermedades graves e indemnización hospitalaria y asume toda la responsabilidad financiera de ellos. 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 es una marca comercial de LifeSecure Insurance Company. Estas políticas incluyen limitaciones y exclusiones. Consulte el Resumen de la Cobertura. Esta es una solicitud de seguro médico. Es posible que un agente se contacte con usted.

Asistencia para que se sienta mejor que nunca

Estar sano es más que visitar al médico y tomar medicamentos recetados. También se trata de contar con apoyo confiable para el cuerpo, la mente y los momentos cotidianos que afectan su bienestar. Con IBX, nunca estará solo.

- **Asistencia médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana,** por parte de enfermeros matriculados Health Coach
- **Navegación por la atención de salud conductual** para obtener orientación personalizada y programar citas
- **Herramientas digitales disponibles cuando las necesite** para la salud mental y el bienestar
- **Sitio web para miembros y aplicación de IBX mejorados** para acceder a los beneficios en cualquier momento
- **Dinero en su bolsillo** por tomar decisiones saludables
- **Descuentos exclusivos para miembros** en productos y servicios



Más que acceso a la atención. Personas que se preocupan por usted.

Si tiene preguntas sobre los beneficios, nuestros representantes expertos del Servicio de Atención al Cliente están a su disposición para ayudarlo. Y cuando necesite orientación sobre su salud, contará con nuestro apoyo especializado y nuestros recursos.



Hable con un enfermero matriculado

Los enfermeros matriculados Health Coach están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, para responder cualquier pregunta médica que tenga. El servicio es confidencial y sin costo alguno. El enfermero Health Coach lo ayuda a comprender su plan de tratamiento, gestionar su salud y tomar decisiones con más confianza. También se ofrece asistencia durante el embarazo a miembros que están esperando un hijo, tanto durante como después del embarazo.



Reciba ayuda para encontrar atención de salud conductual

La salud mental importa tanto como la salud física. Si busca atención de salud conductual, IBX le ofrece una amplia red de proveedores y apoyo personalizado para ayudarlo a encontrar la atención adecuada para usted.

Nuestro equipo de Behavioral Health Care Navigation (orientación para la atención de salud conductual) puede ayudarlo a dar el próximo paso. Nuestro equipo puede hacer lo siguiente:



Conectarlo con un proveedor dentro de la red



Brindar apoyo inmediato en momentos difíciles o de crisis



Programar una cita para usted (presencial o virtual) durante la misma llamada



Identificar afecciones urgentes o que están empeorando

Encuentre atención más pronto

Los proveedores de salud conductual de la red Connect to Care℠ se comprometen a que nuestros miembros reciban atención sin demora. Podemos programarle una cita en tan solo 1 a 2 días.

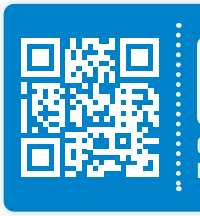
- Más de 21,000 citas al mes disponibles para nuestros miembros
- Para la atención general de salud mental, trastornos por uso de sustancias, Obsessive-Compulsive Disorder (OCD, trastorno obsesivo-compulsivo), trastornos alimentarios y más
- Citas presenciales y virtuales disponibles
- Proveedores disponibles para todas las edades: niños, adolescentes y adultos.

Fortalezca su salud mental

Cuide su salud mental cada día con Self Care (Atención personal) de Spring Health. Los miembros tienen acceso gratuito a los recursos disponibles cuando los necesiten a través del sitio web o la aplicación móvil, incluidos videos breves y ejercicios, programas más extensos para desafíos más complejos y recursos para personas neurodivergentes y sus familias.

Acceda con confianza a la atención del autismo

Si están evaluando a su hijo o familiar para determinar si tiene autismo o si acaba de recibir el diagnóstico, cuenta con ayuda para saber cómo proceder. Un orientador de atención del autismo dedicado a su caso puede ayudarlo a resolver dudas, coordinar la atención y poner a su familia en contacto con servicios de apoyo y recursos de la comunidad.



Escanee el código QR o visite **ibx.com/bhcare** para obtener más información sobre los beneficios de salud conductual.

Spring Health es una empresa independiente.

Descubra todo lo que su plan puede ofrecerle

Su plan de salud incluye servicios adicionales para ayudarlo a mantenerse sano, ahorrar dinero y gestionar los beneficios y la atención.

Recompensas por sus decisiones saludables[1]

Las elecciones saludables pueden dar frutos, tanto para usted como para su billetera. Con nuestro nuevo programa Healthy Lifestyles Rewards, puede **ganar dinero de recompensa en una tarjeta** Visa® cuando complete actividades elegibles, entre ellas:

- Actividades físicas elegibles durante 120 días (hasta $300)
- Un programa aprobado para control de peso (hasta $300)
- Un programa para dejar de fumar (hasta $150)

Descuentos en salud y diversión[1]

Como miembro de IBX, puede ahorrar más allá del consultorio médico. Obtenga descuentos exclusivos para miembros en productos y servicios relacionados con la salud (incluidos servicios de la audición, equipos de acondicionamiento físico y membresías de gimnasios), viajes, entretenimiento, atracciones y más.

Ahorre en gastos médicos[1]

Puede ahorrar hasta un 13% en deducibles, copagos y coseguros si se registra en AblePay y acude a un proveedor de AblePay. AblePay también ofrece planes de pago flexibles de hasta 12 meses, todos con un 0% de interés. Puede registrarse de forma gratuita.

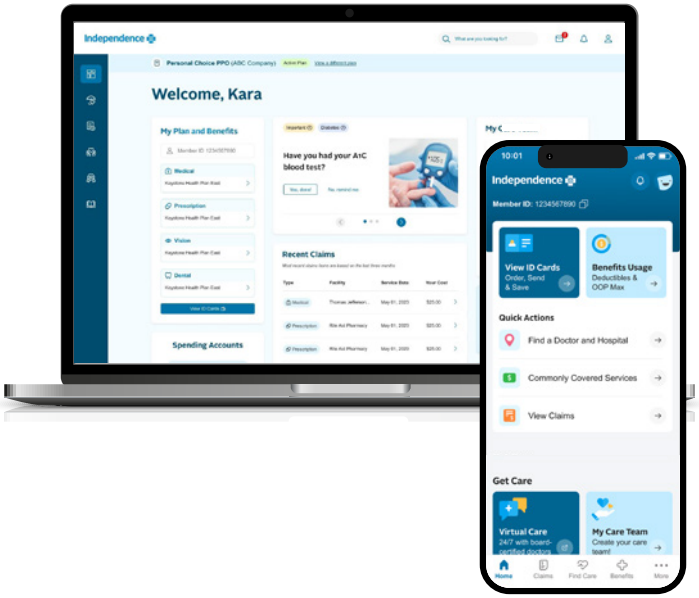
Reduzca los costos universitarios

El The 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.

Herramientas en línea fáciles de usar

Cuando necesite información, debería encontrarla sin demora. Nuestro sitio web seguro para miembros y la aplicación de IBX le facilitan gestionar el plan y encontrar la información que necesita, todo en un solo lugar. Puede hacer lo siguiente:

- Ver coberturas, beneficios y reclamos
- 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
- Busque proveedores dentro de la red, lea opiniones y programe citas



1 Este es un servicio o programa de valor agregado; no es un beneficio cubierto por el plan médico que compró. El programa puede cambiar o cancelarse en cualquier momento.

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.

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

Visa y Visa Brand Mark son marcas registradas de Visa International.

Planes estándar para 2027



Independence

IBX

Never stop caring

Planes estándar para 2027

Cada persona tiene necesidades de atención médica diferentes. Por eso, ofrecemos diversos planes de salud para que pueda elegir la cobertura más adecuada para usted.

La mayoría de nuestros planes se pueden adquirir a través de IBX o de Pennie®, el mercado oficial de seguros médicos de Pennsylvania. Si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, deberá inscribirse a través de Pennie para acceder a esos ahorros.

Algunos planes solo están disponibles a través de una de las opciones de inscripción. Busque los indicadores a continuación para saber dónde puede adquirir cada plan.

OFF **Inscríbase a través de IBX**
Este plan está disponible a través de IBX y no se puede adquirir a través de Pennie.

ON **Inscríbase a través de Pennie**
Este plan está disponible a través de Pennie y no se puede adquirir a través de IBX.

Planes de salud de categoría Gold	Personal Choice® PPO Gold[2]	
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga**	**Fuera de la red usted paga[4]**
Deducible: individual/familiar	$0/$0	$6,000/$12,000
Coseguro	20%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$8,750/$17,500 por copago y coseguro	$12,000/$24,000 por deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]		
Atención preventiva para adultos y niños	$0	50% sin deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	$0	N/C
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750	50% sin deducible
Servicios del médico		
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$30/$20	50% después del deducible/50% después del deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$65/$45	50% después del deducible/50% después del deducible
Clínica en establecimiento minorista	$30	50% después del deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	$0	Sin cobertura
Atención de urgencia	$65	50% después del deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$50	50% después del deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital[6]	$65/$95	50% después del deducible/50% después del deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$750 por día[7]	50% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20%	50% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$400	$400 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$60/$90	50% después del deducible/50% después del deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$120/$160	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	$120/$240	50% después del deducible/50% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	$65/$130	50% después del deducible/50% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50%	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$65/$65	50% después del deducible/50% después del deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	$750 por día[7]	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$300/$700	50% después del deducible/50% después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	$10/$85	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos recetados[12, 13]		
Deducible: individual/familiar	No hay	No hay
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3	70%
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20	70%
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14]	$100	70%
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14]	50% hasta $200	70%
Medicamentos especializados autoadministrados	50% hasta $1,000	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios de la vista[17, 18]		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	Sin cobertura
Servicios dentales[21, 22]		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	Sin cobertura

Planes de salud de categoría Gold	ON Personal Choice® PPO Gold Classic[2]	
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga**	**Fuera de la red usted paga[4]**
Deducible: individual/familiar	$1,250/$2,500	$6,000/$12,000
Coseguro	20%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$9,200/$18,400 por copago, deducible y coseguro	$25,000/$50,000 por deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]		
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible	50% sin deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible	N/C
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible	50% sin deducible
Servicios del médico		
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	20% sin deducible/20% sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	20% después del deducible/20% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Clínica en establecimiento minorista	20% sin deducible	50% después del deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible	Sin cobertura
Atención de urgencia	20% después del deducible	50% después del deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	20% después del deducible	50% después del deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital[6]	20% después del deducible/20% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del deducible	50% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del deducible	50% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	20% después del deducible	20% después del deducible dentro de la red
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	20% después del deducible/20% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	20% después del deducible/20% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	20%, después del deducible/40%, después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	20%, después del deducible/40%, después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del deducible	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	20% después del deducible/20% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	20% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	20%, después del deducible/40%, después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	20% después del deducible/50% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos recetados[12, 13]		
Deducible: individual/familiar	No hay	No hay
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3	70%
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20	70%
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14]	$100	70%
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14]	50% hasta $200	70%
Medicamentos especializados autoadministrados	50% hasta $1,000	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios de la vista[17, 18]		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible	Sin cobertura
Servicios dentales[21, 22]		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible	Sin cobertura

Planes de salud de categoría Gold	Personal Choice® PPO Gold Preferred[2]	
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga**	**Fuera de la red usted paga[4]**
Deducible: individual/familiar	$0/$0	$6,000/$12,000
Coseguro	20%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$9,750/$19,500 por copago y coseguro	$12,000/$24,000 por deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]		
Atención preventiva para adultos y niños	$0	50% sin deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	$0	N/C
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750	50% sin deducible
Servicios del médico		
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$15/$5	50% después del deducible/50% después del deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$15/$5	50% después del deducible/50% después del deducible
Clínica en establecimiento minorista	$15	50% después del deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	$0	Sin cobertura
Atención de urgencia	$15	50% después del deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$50	50% después del deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital[6]	$45/$45	50% después del deducible/50% después del deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$500 por día[7]	50% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20%	50% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$325	$325 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$105/$105	50% después del deducible/50% después del deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$300/$300	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	$120/$240	50% después del deducible/50% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	$45/$90	50% después del deducible/50% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50%	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$15/$45	50% después del deducible/50% después del deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	$500 por día[7]	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$300/$700	50% después del deducible/50% después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	$10/$85	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos recetados[12, 13]		
Deducible: individual/familiar	No hay	No hay
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3	70%
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20	70%
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14]	$100	70%
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14]	50% hasta $200	70%
Medicamentos especializados autoadministrados	50% hasta $1,000	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios de la vista[17, 18]		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	Sin cobertura
Servicios dentales[21, 22]		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible	Sin cobertura

Planes de salud de categoría Gold	NEW Personal Choice® EPO Gold Preferred Virtual Care[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$0
Coseguro	20%
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$9,750/$19,500 por copago y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	$0
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	$0
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$15/$5
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$15/$5
Clínica en establecimiento minorista	$15
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	$0
Atención de urgencia	$15
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$50
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital [6]	$45/$45
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$500 por día; máximo de 5 copagos/admisión
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20%
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$325
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/ en hospital	$105
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$300
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	$120/$240
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	$45/$90
Equipo médico duradero y prótesis	50%
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$15/$45
Internación de salud mental y abuso de sustancias	$500 por día; máximo de 5 copagos/admisión
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$300/$700
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	$10/$85
Medicamentos recetados[12, 13]	
Deducible: individual/familiar	No hay
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14]	$100
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14]	50% hasta $200
Medicamentos especializados autoadministrados	50% hasta $1,000
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible

Planes de salud de categoría Gold	Keystone HMO Gold[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$0/$0
Coseguro	20%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$8,000/$16,000 por copago y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	$0
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	$0
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750
Servicios del médico	
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[25]	$0
Atención de urgencia	$65
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$65/$65
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$750 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20%
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$400
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$60/$60
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$120/$120
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	$120/$240
Infusiones, en el hogar o el 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 por día[7]
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$300/$700
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	$10/$10
Medicamentos recetados[12, 13]	
Deducible: individual/familiar	No hay
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14]	$100
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14]	50% hasta $200
Medicamentos especializados autoadministrados	50% hasta $1,000
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible

Planes de salud de categoría Gold	Keystone HMO Gold Proactive[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar	$0/$0	$0/$0	$0/$0
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	20%, a menos que se indique lo contrario	30%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$10,500/$21,000 por copago y coseguro	$10,500/$21,000 por copago y coseguro	$10,500/$21,000 por copago y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	$0	$0	$0
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	$0	$0	$0
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$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[11]	$15	$30	$45
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	$0	$0	$0
Atención de urgencia	$40	$40	$40
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50	$50
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$60/$60	$60/$60	$60/$60
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$350 por día[7]	$700 por día[7]	$1,100 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	20%	30%
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$400	$400	$400
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$60/$60	$60/$60	$60/$60
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$200/$200	$200/$200	$200/$200
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50%/50%	50%/50%	50%/50%
Infusiones, en el hogar o el 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 por día[7]	$350 por día[7]	$350 por día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$150/$150	$550/$550	$1,000/$1,000
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$10/$10	$10/$10	$10/$10
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar	No hay	No hay	No hay
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3	$3	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20	$20	$20
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	$100	$100	$100
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% hasta $300	50% hasta $300	50% hasta $300
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% hasta $1,000	50% hasta $1,000	50% hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0	$0
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Planes de salud de categoría Gold	Keystone HMO Gold Proactive Value[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$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[9]	$10,500/$21,000 por copago, deducible y coseguro	$10,500/$21,000 por copago, deducible y coseguro	$10,500/$21,000 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750	$750 sin deducible	$750 sin deducible
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$25/$15	$40 sin deducible/ $25 sin deducible	$55 sin deducible/ $35 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$60/$40	$80 sin deducible/ $55 sin deducible	$100 sin deducible/ $65 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista[11]	$25	$40 sin deducible	$55 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$60	$60 sin deducible	$60 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$60/$60	$60 sin deducible/ $60 sin deducible	$60 sin deducible/ $60 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$350 por día[7]	Sujeto a deducible y copago de $700 al día[7]	Sujeto a deducible y copago de $1,100 al día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	20% después del deducible	30% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$450	$450 sin deducible	$450 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/ en hospital	$100/$100	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$200/$200	$200 sin deducible/ $200 sin deducible	$200 sin deducible/ $200 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50%/50%	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0%/0%	20% después del deducible/ 20% después del deducible	30% después del deducible/ 30% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50%	50% sin deducible	50% sin deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$60/$60	$60 sin deducible/ $60 sin deducible	$60 sin deducible/ $60 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	$350 por día[7]	$350 por día sin deducible[7]	$350 por día sin deducible[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$150/$150	Sujeto a deducible y copago de $550/ Sujeto a deducible y copago de $550	Sujeto a deducible y copago de $1,000/ Sujeto a deducible y copago de $1,000
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$15/$15	$15 sin deducible/$15 sin deducible	$15 sin deducible/$15 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar	No hay	No hay	No hay
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5	$5	$5
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$25	$25	$25
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	50%	50%	50%
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50%	50%	50%
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50%	50%	50%
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Planes de salud de categoría Gold	ON Keystone HMO Gold Classic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$500/$1,000
Coseguro	20%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$8,000/$16,000 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	$0 sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	$0 sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$40 sin deducible/$25 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$80 sin deducible/$55 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista	$40 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	$0 sin el deducible
Atención de urgencia	$80 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$80 sin deducible/$80 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$400 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$60 sin deducible/$60 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$125 sin deducible/$125 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	$150 sin deducible/$300 sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	$80 sin deducible/$160 sin deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$80 sin deducible/$80 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	20% después del deducible
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$300 sin deducible/$700 sin deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	$10 sin deducible/$10 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13]	
Deducible: individual/familiar	No hay
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14]	$100
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14]	50% hasta $200
Medicamentos especializados autoadministrados	50% hasta $1,000
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible

Planes de salud de categoría Silver	ON Personal Choice® PPO Silver Classic[2]	
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga**	**Fuera de la red usted paga[4]**
Deducible: individual/familiar	$3,500/$7,000	$10,000/$20,000
Coseguro	30%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$8,250/$16,500 por copago, deducible y coseguro	$20,000/$40,000 por deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]		
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible	50% sin deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible	N/C
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible	50% sin deducible
Servicios del médico		
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$30 sin deducible/$20 sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$75 sin deducible/$50 sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Clínica en establecimiento minorista	$30 sin deducible	50% después del deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible	Sin cobertura
Atención de urgencia	30% después del deducible	50% después del deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$50 sin deducible	50% después del deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital[6]	$75 sin deducible/$105 sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	30% después del deducible	50% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	30% después del deducible	30% después del deducible dentro de la red
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	30% después del deducible/50% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	30% después del deducible/50% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	30% después del deducible/50% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	30% después del deducible/50% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del deducible	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$75 sin deducible/30% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	25% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	30% después del deducible/50% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	20% sin deducible/50% sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]		
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin deducible	70% sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin deducible	70% sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $300	70% después del deducible
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $400	70% después del deducible
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $1,000	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios de la vista[17, 18]		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible	Sin cobertura
Servicios dentales[21, 22]		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible	Sin cobertura

Planes de salud de categoría Silver	OFF Personal Choice® PPO Silver Basic[2]	
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga**	**Fuera de la red usted paga[4]**
Deducible: individual/familiar	$4,000/$8,000	$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	$9,750/$19,500 por copago, deducible y coseguro	$20,000/$40,000 por deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]		
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible	50% sin deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible	N/C
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible	50% sin deducible
Servicios del médico		
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$35 sin deducible/$25 sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$80 sin deducible/$55 sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Clínica en establecimiento minorista	$35 sin deducible	50% después del deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible	Sin cobertura
Atención de urgencia	$80 sin deducible	50% después del deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$50 sin deducible	50% después del deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital[6]	$80 sin deducible/$110 sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	30% después del deducible	50% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$600 sin deducible	$600 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$100 sin deducible/$150 sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$200 sin deducible/$250 sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	30% después del deducible/50% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	30% después del deducible/50% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del deducible	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$80 sin deducible/$80 sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	25% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$750 después del deducible/$750 después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	$15 sin deducible/$85 sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]		
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin deducible	70% sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin deducible	70% sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $300	70% después del deducible
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $400	70% después del deducible
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $1,000	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios de la vista[17, 18]		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible	Sin cobertura
Servicios dentales[21, 22]		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible	Sin cobertura

Planes de salud de categoría Silver	Keystone HMO Silver Proactive[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$0/$0	$6,000/$12,000	$6,000/$12,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$10,500/$21,000 por copago, deducible y coseguro	$10,500/$21,000 por copago, deducible y coseguro	$10,500/$21,000 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750	$750 sin deducible	$750 sin deducible
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$40/$30	$70 sin deducible/$50 sin deducible	$80 sin deducible/$55 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$90/$65	$140 sin deducible/$100 sin deducible	$150 sin deducible/$105 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista[11]	$40	$70 sin deducible	$80 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$90	$90 sin deducible	$90 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$90/$90	$90 sin deducible/$90 sin deducible	$90 sin deducible/$90 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$600 por día[7]	Sujeto a deducible y $900 por día[7]	Sujeto a deducible y $1,300 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$950	$950 sin deducible	$950 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$150/$150	$150 sin deducible/ $150 sin deducible	$150 sin deducible/ $150 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$375/$375	$375 sin deducible/ $375 sin deducible	$375 sin deducible/ $375 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50%/50%	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del deducible/ 5% después del deducible	10% después del deducible/ 10% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50%	50% sin deducible	50% sin deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$90/$90	$90 sin deducible/$90 sin deducible	$90 sin deducible/$90 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	$600 por día[7]	$600 por día sin deducible[7]	$600 por día sin deducible[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$350/$350	Sujeto a deducible y copago de $950/ Sujeto a deducible y copago de $950	Sujeto a deducible y copago de $1,500/ Sujeto a deducible y copago de $1,500
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$25/$25	$25 sin deducible/$25 sin deducible	$25 sin deducible/$25 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar†	$225/$450	$225/$450	$225/$450
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$7 sin deducible	$7 sin deducible	$7 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$25 sin deducible	$25 sin deducible	$25 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	$100 después del deducible	$100 después del deducible	$100 después del deducible
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/5 0% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Planes de salud de categoría Silver	ON Keystone HMO Silver Proactive Lite[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$2,000/$4,000	$6,500/$13,000	$6,500/$13,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$10,500/$21,000 por copago, deducible y coseguro	$10,500/$21,000 por copago, deducible y coseguro	$10,500/$21,000 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible	$750 sin deducible	$750 sin deducible
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$50 sin deducible/$35 sin deducible	$60 sin deducible/$40 sin deducible	$70 sin deducible/$50 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$90 sin deducible/$60 sin deducible	$120 sin deducible/$80 sin deducible	$140 sin deducible/$95 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista[11]	$50 sin deducible	$60 sin deducible	$70 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$90 sin deducible	$90 sin deducible	$90 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin deducible	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$90 sin deducible/ $90 sin deducible	$90 sin deducible/ $90 sin deducible	$90 sin deducible/ $90 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $900 por día[7]	Sujeto a deducible y $1,300 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del deducible	5% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$950 sin deducible	$950 sin deducible	$950 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/ en hospital	$150 sin deducible/ $150 sin deducible	$150 sin deducible/ $150 sin deducible	$150 sin deducible/ $150 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$300 sin deducible/ $300 sin deducible	$300 sin deducible/ $300 sin deducible	$300 sin deducible/ $300 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0% después del deducible/ 0% después del deducible	5% después del deducible/ 5% después del deducible	10% después del deducible/ 10% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin deducible	50% sin deducible	50% sin deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/ todas las demás	$90 sin deducible/ $90 sin deducible	$90 sin deducible/ $90 sin deducible	$90 sin deducible/ $90 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $600 por día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a deducible y copago de $350/ Sujeto a deducible y copago de $350	Sujeto a deducible y copago de $950/ Sujeto a deducible y copago de $950	Sujeto a deducible y copago de $1,500/ Sujeto a deducible y copago de $1,500
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$25 sin deducible/$25 sin deducible	$25 sin deducible/$25 sin deducible	$25 sin deducible/$25 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar†	$225/$450	$225/$450	$225/$450
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin deducible	$5 sin deducible	$5 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin deducible	$20 sin deducible	$20 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	$90 después del deducible	$90 después del deducible	$90 después del deducible
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Planes de salud de categoría Silver	ON Keystone HMO Silver Basic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$5,500/$11,000
Coseguro	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$9,600/$19,200 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$35 sin deducible/$25 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$80 sin deducible/$55 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista	$35 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$80 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$80 sin deducible/$80 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$600 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$175 sin deducible/$175 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$350 sin deducible/$350 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% después del deducible/50% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% después del deducible/50% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$80 sin deducible/$120 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$1,650 después del deducible/$1,650 después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	$15 sin deducible/$15 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $1,000
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible

Planes de salud de categoría Silver	OFF Keystone HMO Silver Essential[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$5,000/$10,000
Coseguro	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$9,750/$19,500 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$45 sin deducible/$30 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$75 sin deducible/$55 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista	$45 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$75 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$75 sin deducible/$75 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$700 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$150 sin deducible/$150 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$300 sin deducible/$300 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% después del deducible/50% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% después del deducible/50% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$75 sin deducible/$120 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$500 después del deducible/$1,000 después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	$15 sin deducible/$15 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $1,000
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible

Planes de salud de categoría Silver	OFF Keystone HMO Silver Proactive Select[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$0/$0	$6,000/$12,000	$6,000/$12,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$10,500/$21,000 por copago, deducible y coseguro	$10,500/$21,000 por copago, deducible y coseguro	$10,500/$21,000 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750	$750 sin deducible	$750 sin deducible
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$40/$30	$70 sin deducible/$50 sin deducible	$80 sin deducible/$55 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$90/$60	$140 sin deducible/$100 sin deducible	$150 sin deducible/$105 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista[11]	$40	$70 sin deducible	$80 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$90	$90 sin deducible	$90 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$90/$90	$90 sin deducible/$90 sin deducible	$90 sin deducible/$90 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$600 por día[7]	Sujeto a deducible y $900 por día[7]	Sujeto a deducible y $1,300 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$950	$950 sin deducible	$950 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$150/$150	$150 sin deducible/ $150 sin deducible	$150 sin deducible/ $150 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$375/$375	$375 sin deducible/ $375 sin deducible	$375 sin deducible/ $375 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50%/50%	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del deducible/5% después del deducible	10% después del deducible/10% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50%	50% sin deducible	50% sin deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$90/$90	$90 sin deducible/$90 sin deducible	$90 sin deducible/$90 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	$600 por día[7]	$600 por día sin deducible[7]	$600 por día sin deducible[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$350/$350	Sujeto a deducible y copago de $950/ Sujeto a deducible y copago de $950	Sujeto a deducible y copago de $1,500/ Sujeto a deducible y copago de $1,500
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$25/$25	$25 sin deducible/$25 sin deducible	$25 sin deducible/$25 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar†	$225/$450	$225/$450	$225/$450
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin deducible	$5 sin deducible	$5 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$25 sin deducible	$25 sin deducible	$25 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	$100 después del deducible	$100 después del deducible	$100 después del deducible
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta$1,000	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Planes de salud de categoría Silver	ON Keystone HMO Silver Proactive Basic[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$2,500/$5,000	$7,000/$14,000	$7,000/$14,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$10,500/$21,000 por copago, deducible y coseguro	$10,500/$21,000 por copago, deducible y coseguro	$10,500/$21,000 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible	$750 sin deducible	$750 sin deducible
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$50 sin deducible/$35 sin deducible	$60 sin deducible/$40 sin deducible	$70 sin deducible/$50 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$100 sin deducible/$70 sin deducible	$120 sin deducible/$80 sin deducible	$140 sin deducible/$95 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista[11]	$50 sin deducible	$60 sin deducible	$70 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$100 sin deducible	$100 sin deducible	$100 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin deducible	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $900 por día[7]	Sujeto a deducible y $1,300 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del deducible	5% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$950 sin deducible	$950 sin deducible	$950 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/ en hospital	$150 sin deducible/ $150 sin deducible	$150 sin deducible/ $150 sin deducible	$150 sin deducible/ $150 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$300 sin deducible/ $300 sin deducible	$300 sin deducible/ $300 sin deducible	$300 sin deducible/ $300 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0% después del deducible/ 0% después del deducible	5% después del deducible/ 5% después del deducible	10% después del deducible/ 10% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin deducible	50% sin deducible	50% sin deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $600 por día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a deducible y copago de $350/ Sujeto a deducible y copago de $350	Sujeto a deducible y copago de $950/ Sujeto a deducible y copago de $950	Sujeto a deducible y copago de $1,500/ Sujeto a deducible y copago de $1,500
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$25 sin deducible/$25 sin deducible	$25 sin deducible/$25 sin deducible	$25 sin deducible/$25 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar[†]	$225/$450	$225/$450	$225/$450
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin deducible	$5 sin deducible	$5 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin deducible	$20 sin deducible	$20 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $400	50% después del deducible hasta $400	50% después del deducible hasta $400
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Planes de salud de categoría Silver	ON Keystone HMO Silver Proactive Essential[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$5,000/$10,000	$8,000/$16,000	$8,000/$16,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$10,500/$21,000 por copago, deducible y coseguro	$10,500/$21,000 por copago, deducible y coseguro	$10,500/$21,000 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible	$750 sin deducible	$750 sin deducible
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$50 sin deducible/$35 sin deducible	$60 sin deducible/$40 sin deducible	$70 sin deducible/$50 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$100 sin deducible/$70 sin deducible	$120 sin deducible/$80 sin deducible	$140 sin deducible/$95 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista[11]	$50 sin deducible	$60 sin deducible	$70 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$100 sin deducible	$100 sin deducible	$100 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin deducible	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $900 por día[7]	Sujeto a deducible y $1,300 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del deducible	5% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$975 sin deducible	$975 sin deducible	$975 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/ en hospital	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$300 sin deducible/ $300 sin deducible	$300 sin deducible/ $300 sin deducible	$300 sin deducible/ $300 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0% después del deducible/ 0% después del deducible	5% después del deducible/ 5% después del deducible	10% después del deducible/ 10% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin deducible	50% sin deducible	50% sin deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $600 por día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a deducible y copago de $350/ Sujeto a deducible y copago de $350	Sujeto a deducible y copago de $950/ Sujeto a deducible y copago de $950	Sujeto a deducible y copago de $1,500/ Sujeto a deducible y copago de $1,500
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$25 sin deducible/$25 sin deducible	$25 sin deducible/$25 sin deducible	$25 sin deducible/$25 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar†	$225/$450	$225/$450	$225/$450
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin deducible	$5 sin deducible	$5 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$25 sin deducible	$25 sin deducible	$25 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $400	50% después del deducible hasta $400	50% después del deducible hasta $400
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Planes de salud de categoría Silver	Keystone HMO Silver Proactive Value[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$1,500/$3,000	$6,000/$12,000	$6,000/$12,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$10,750/$21,500 por copago, deducible y coseguro	$10,750/$21,500 por copago, deducible y coseguro	$10,750/$21,500 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible	$750 sin deducible	$750 sin deducible
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$40 sin deducible/$30 sin deducible	$60 sin deducible/$40 sin deducible	$70 sin deducible/$50 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$80 sin deducible/$55 sin deducible	$120 sin deducible/$80 sin deducible	$140 sin deducible/$95 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista[11]	$40 sin deducible	$60 sin deducible	$70 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$80 sin deducible	$80 sin deducible	$80 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin deducible	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$80 sin deducible/ $80 sin deducible	$80 sin deducible/ $80 sin deducible	$80 sin deducible/ $80 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $900 por día[7]	Sujeto a deducible y $1,300 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del deducible	5% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$950 sin deducible	$950 sin deducible	$950 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/ en hospital	$150 sin deducible/ $150 sin deducible	$150 sin deducible/ $150 sin deducible	$150 sin deducible/ $150 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$300 sin deducible/ $300 sin deducible	$300 sin deducible/ $300 sin deducible	$300 sin deducible/ $300 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0% después del deducible/0% después del deducible	5% después del deducible/ 5% después del deducible	10% después del deducible/ 10% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin deducible	50% sin deducible	50% sin deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$80 sin deducible/$80 sin deducible	$80 sin deducible/$80 sin deducible	$80 sin deducible/$80 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $600 por día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a deducible y copago de $350/ Sujeto a deducible y copago de $350	Sujeto a deducible y copago de $950/ Sujeto a deducible y copago de $950	Sujeto a deducible y copago de $1,500/ Sujeto a deducible y copago de $1,500
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$25 sin deducible/$25 sin deducible	$25 sin deducible/$25 sin deducible	$25 sin deducible/$25 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar[†]	$225/$450	$225/$450	$225/$450
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin deducible	$5 sin deducible	$5 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin deducible	$20 sin deducible	$20 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	$100 después del deducible	$100 después del deducible	$100 después del deducible
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Planes de salud de categoría Silver	NEW ON Personal Choice® EPO Silver Classic Virtual Care[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$3,500/$7,000
Coseguro	30%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$8,250/$16,500 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$30 sin deducible/$20 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$75 sin deducible/$50 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista	$30 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible
Atención de urgencia	30% después del deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital[6]	$75 sin deducible/$105 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	25% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	30% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	30% después del deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	30% después del deducible/50% después del deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	30% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	30% después del deducible/50% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	30% después del deducible/50% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$75 sin deducible/30% después del deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	25% después del deducible
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	30% después del deducible/50% después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	20% sin deducible/50% sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $1,000
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible

Planes de salud de categoría Silver	NEW OFF Personal Choice® EPO Silver Basic Virtual Care[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$4,000/$8,000
Coseguro	30%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$9,750/$19,500 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$35 sin deducible/$25 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$80 sin deducible/$55 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista	$35 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$80 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital [6]	$80 sin deducible/$110 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	25% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	30% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$600 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$100 sin deducible/$150 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$200 sin deducible/$250 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	30% después del deducible/50% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	30% después del deducible/50% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$80 sin deducible/$80 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	25% después del deducible
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$750 después del deducible/$750 después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	$15 sin deducible/$85 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $1,000
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible

Planes de salud de categoría Bronze	Personal Choice® PPO Bronze[2]	
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga**	**Fuera de la red usted paga[4]**
Deducible: individual/familiar	$6,000/$12,000	$15,000/$30,000
Coseguro	50%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$9,200/$18,400 por copago, deducible y coseguro	$25,000/$50,000 por deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]		
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible	50% sin deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible	N/C
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible	50% sin deducible
Servicios del médico		
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	50% sin deducible/50% sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	50% después del deducible/50% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Clínica en establecimiento minorista	50% sin deducible	50% después del deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible	Sin cobertura
Atención de urgencia	50% después del deducible	50% después del deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	50% después del deducible	50% después del deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital[6]	50% después del deducible/50% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del deducible	50% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	50% después del deducible	50% después del deducible dentro de la red
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	50% después del deducible/50% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	50% después del deducible/50% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% después del deducible/50% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% después del deducible/50% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del deducible	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	50% después del deducible/50% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	25% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	50% después del deducible/50% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	20% después del deducible/50% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]		
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin deducible	70% sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$35 sin deducible	70% sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible	70% después del deducible
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible	70% después del deducible
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios de la vista[17, 18]		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible	Sin cobertura
Servicios dentales[21, 22]		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible	Sin cobertura

Planes de salud de categoría Bronze	Personal Choice® EPO Bronze Reserve + elegible para HSA[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$7,800/$15,600
Coseguro	0%
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$7,800/$15,600 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	0% después del deducible/0% después del deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	0% después del deducible/0% después del deducible
Clínica en establecimiento minorista	0% después del deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible
Atención de urgencia	0% después del deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	0% después del deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	0% después del deducible/0% después del deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	0% después del deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	0% después del deducible/0% después del deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	0% después del deducible/0% después del deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0% después del deducible/0% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0% después del deducible/0% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	0% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	0% después del deducible/0% después del deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	0% después del deducible
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	0% después del deducible/0% después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% después del deducible/0% después del deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	0% después del deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	0% después del deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	0% después del deducible
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	0% después del deducible
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	0% después del deducible
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	Integrado con deducible médico
Examen pediátrico y limpiezas[23]	0% sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	0% después del deducible

Planes de salud de categoría Bronze	Personal Choice® EPO Bronze Classic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$6,200/$12,400
Coseguro	50%
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$10,850/$21,700 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$65 sin deducible/$50 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$65 sin deducible/$50 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista	$65 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible
Atención de urgencia	50% después del deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$65 sin deducible/$65 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	50% después del deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	50% después del deducible/50% después del deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% después del deducible/50% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% después del deducible/50% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	65% sin deducible/50% después del deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	50% después del deducible/50% después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	50% después del deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible

Planes de salud de categoría Bronze	Personal Choice® EPO Bronze Basic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$9,800/$19,600
Coseguro	0%
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$9,800/$19,600 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	40% sin deducible/40% sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	0% después del deducible/0% después del deducible
Clínica en establecimiento minorista	0% después del deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible
Atención de urgencia	0% después del deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	0% después del deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	0% después del deducible/0% después del deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	0% después del deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	0% después del deducible/0% después del deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	0% después del deducible/0% después del deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0% después del deducible/0% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0% después del deducible/0% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	0% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	40% sin deducible/0%, después del deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	0% después del deducible
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	0% después del deducible/0% después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% después del deducible/0% después del deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$25 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	0% después del deducible
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	0% después del deducible
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	0% después del deducible
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	Integrado con deducible médico
Examen pediátrico y limpiezas[23]	0% sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	0% después del deducible

Planes de salud de categoría Bronze	Keystone HMO Bronze[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$8,500/$17,000
Coseguro	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$10,500/$21,000
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$75 sin deducible/$50 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$150 sin deducible/$100 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista	$75 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible
Atención de urgencia	50% después del deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$150 sin deducible/$150 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a deducible y $700 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	50% después del deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$150 sin deducible/$150 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$250 sin deducible/$250 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% después del deducible/50% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% después del deducible/50% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$150 sin deducible/$150 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a deducible y $700 por día[7]
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$750 después del deducible/$1,000 después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	$15 sin deducible/$15 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$25 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible

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

Planes de salud de categoría Bronze	NEW Personal Choice® EPO Bronze Virtual Care
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$6,000/$12,000
Coseguro	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$9,200/$18,400 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	50% sin deducible/50% sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	50% después del deducible/50% después del deducible
Clínica en establecimiento minorista	50% sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible
Atención de urgencia	50% después del deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	50% después del deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital [6]	50% después del deducible/50% después del deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	25% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	50% después del deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	50% después del deducible/50% después del deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% después del deducible/50% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% después del deducible/50% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	50% después del deducible/50% después del deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	25% después del deducible
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	50% después del deducible/50% después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	20% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$35 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible

Plan de salud Catastrophic	Personal Choice® EPO Catastrophic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$12,000/$24,000
Coseguro	0%
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$12,000/$24,000 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	Visitas 1 a 3: copago de $50 sin deducible*/copago de $35 sin deducible* Visita 4 y siguientes: 0% después del deducible*/0% después del deducible*
Visita a un especialista: consultorio/virtual	0% después del deducible/0% después del deducible
Clínica en establecimiento minorista	0% después del deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible
Atención de urgencia	0% después del deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	0% después del deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	0% después del deducible/0% después del deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	0% después del deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	0% después del deducible/0% después del deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	0% después del deducible/0% después del deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0% después del deducible/0% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0% después del deducible/0% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	0% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	Visitas 1 a 3: 0% sin deducible/0%, después del deducible Visita 4 y siguientes: 0% después del deducible/0% después del deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	0% después del deducible
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	0% después del deducible/0% después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% después del deducible/0% después del deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	0% después del deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	0% después del deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	0% después del deducible
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	0% después del deducible
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	0% después del deducible
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	Integrado con deducible médico
Examen pediátrico y limpiezas[23]	0% sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	0% después del deducible

Planes de reducción de costos compartidos para 2027



Independence

IBX

Never stop caring

Planes de reducción de costos compartidos para 2027

Si es elegible para un plan de CSR, pagará una prima mensual más baja y tendrá menos gastos de bolsillo (consulte los criterios de elegibilidad en la página 84).

Consulte los planes de CSR de esta sección e inscríbase a través de Pennie, el mercado de seguros médicos de Pennsylvania.

¿Necesita ayuda para determinar si es elegible o para inscribirse?

Llámenos al **844-315-4884** o comuníquese con el agente de seguros.

Planes Silver 200-249% CSR Plans	Personal Choice® PPO Silver Classic[2]	
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga**	**Fuera de la red usted paga[4]**
Deducible: individual/familiar	$3,250/$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 deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]		
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible	50% sin deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible	N/C
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible	50% sin deducible
Servicios del médico		
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$30 sin deducible/$20 sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$75 sin deducible/$50 sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Clínica en establecimiento minorista	$30 sin deducible	50% después del deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible	Sin cobertura
Atención de urgencia	30% después del deducible	50% después del deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$50 sin deducible	50% después del deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital[6]	$75 sin deducible/$75 sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del deducible	50% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del deducible	50% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	30% después del deducible	30% después del deducible dentro de la red
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	20% después del deducible/20% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	20% después del deducible/20% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	30% después del deducible/30% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	30% después del deducible/30% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	30% después del deducible	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$75 después del deducible/20% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	20% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	20% después del deducible/20% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	20% sin deducible/50% sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]		
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin deducible	70% sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin deducible	70% sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	40% después del deducible hasta $200	70% después del deducible
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $200	70% después del deducible
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $1,000	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios de la vista[17, 18]		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible	Sin cobertura
Servicios dentales[21, 22]		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible	Sin cobertura

Planes Silver 200-249% CSR Plans	Keystone HMO Silver Proactive[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$0/$0	$3,500/$7,000	$3,500/$7,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$8,400/$16,800 por copago, deducible y coseguro	$8,400/$16,800 por copago, deducible y coseguro	$8,400/$16,800 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750	$750 sin deducible	$750 sin deducible
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$40/$30	$70 sin deducible/$50 sin deducible	$80 sin deducible/$55 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$90/$65	$140 sin deducible/$100 sin deducible	$150 sin deducible/$105 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista[11]	$40	$70 sin deducible	$80 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$90	$90 sin deducible	$90 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$90/$90	$90 sin deducible/ $90 sin deducible	$90 sin deducible/ $90 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$600 por día[7]	Sujeto a deducible y $900 por día[7]	Sujeto a deducible y $1,300 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$950	$950 sin deducible	$950 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/ en hospital	$150/$150	$150 sin deducible/ $150 sin deducible	$150 sin deducible/ $150 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$375/$375	$375 sin deducible/ $375 sin deducible	$375 sin deducible/ $375 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50%/50%	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del deducible/ 5% después del deducible	10% después del deducible/ 10% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50%	50% sin deducible	50% sin deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$90/$90	$90 sin deducible/$90 sin deducible	$90 sin deducible/$90 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	$600 por día[7]	$600 por día sin deducible[7]	$600 por día sin deducible[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$350/$350	Sujeto a deducible y copago de $950/ Sujeto a deducible y copago de $950	Sujeto a deducible y copago de $1,500/ Sujeto a deducible y copago de $1,500
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$25/$25	$25 sin deducible/$25 sin deducible	$25 sin deducible/$25 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar†	$225/$450	$225/$450	$225/$450
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$7 sin deducible	$7 sin deducible	$7 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$25 sin deducible	$25 sin deducible	$25 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	$100 después del deducible	$100 después del deducible	$100 después del deducible
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Planes Silver 200-249% CSR Plans	Keystone HMO Silver Proactive Lite[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$2,000/$4,000	$6,500/$13,000	$6,500/$13,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$8,400/$16,800 por copago, deducible y coseguro	$8,400/$16,800 por copago, deducible y coseguro	$8,400/$16,800 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible	$750 sin deducible	$750 sin deducible
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$50 sin deducible/$35 sin deducible	$60 sin deducible/$40 sin deducible	$70 sin deducible/$50 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$90 sin deducible/$60 sin deducible	$120 sin deducible/$80 sin deducible	$140 sin deducible/$95 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista[11]	$50 sin deducible	$60 sin deducible	$70 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$90 sin deducible	$90 sin deducible	$90 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin deducible	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$90 sin deducible/$90 sin deducible	$90 sin deducible/$90 sin deducible	$90 sin deducible/$90 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $900 por día[7]	Sujeto a deducible y $1,300 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del deducible	5% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$950 sin deducible	$950 sin deducible	$950 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$150 sin deducible/ $150 sin deducible	$150 sin deducible/ $150 sin deducible	$150 sin deducible/ $150 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$300 sin deducible/ $300 sin deducible	$300 sin deducible/ $300 sin deducible	$300 sin deducible/ $300 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0% después del deducible/ 0% después del deducible	5% después del deducible/ 5% después del deducible	10% después del deducible/ 10% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin deducible	50% sin deducible	50% sin deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$90 sin deducible/ $90 sin deducible	$90 sin deducible/ $90 sin deducible	$90 sin deducible/ $90 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $600 por día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a deducible y copago de $350/ Sujeto a deducible y copago de $350	Sujeto a deducible y copago de $950/ Sujeto a deducible y copago de $950	Sujeto a deducible y copago de $1,500/ Sujeto a deducible y copago de $1,500
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$25 sin deducible/$25 sin deducible	$25 sin deducible/$25 sin deducible	$25 sin deducible/$25 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar[†]	$225/$450	$225/$450	$225/$450
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin deducible	$5 sin deducible	$5 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin deducible	$20 sin deducible	$20 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	$90 después del deducible	$90 después del deducible	$90 después del deducible
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Planes Silver 200-249% CSR Plans	Keystone HMO Silver Basic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$5,000/$10,000
Coseguro	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$8,400/$16,800 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$35 sin deducible/$25 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$80 sin deducible/$55 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista	$35 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$80 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$80 sin deducible/$80 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	50% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$600 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$150 sin deducible/$150 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$350 sin deducible/$350 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% después del deducible/50% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% después del deducible/50% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$80 sin deducible/$120 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$1,650 después del deducible/$1,650 después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	$15 sin deducible/$15 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$15 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $1,000
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible

Planes Silver 200-249% CSR Plans	Keystone HMO Silver Proactive Basic[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$2,500/$5,000	$6,500/$13,000	$6,500/$13,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$8,750/$17,500 por copago, deducible y coseguro	$8,750/$17,500 por copago, deducible y coseguro	$8,750/$17,500 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible	$750 sin deducible	$750 sin deducible
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$50 sin deducible/$35 sin deducible	$60 sin deducible/$40 sin deducible	$70 sin deducible/$50 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$100 sin deducible/$70 sin deducible	$120 sin deducible/$80 sin deducible	$140 sin deducible/$95 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista[11]	$50 sin deducible	$60 sin deducible	$70 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$100 sin deducible	$100 sin deducible	$100 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin deducible	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $900 por día[7]	Sujeto a deducible y $1,300 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del deducible	5% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$800 sin deducible	$800 sin deducible	$800 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/ en hospital	$125 sin deducible/ $125 sin deducible	$125 sin deducible/ $125 sin deducible	$125 sin deducible/ $125 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$300 sin deducible/ $300 sin deducible	$300 sin deducible/ $300 sin deducible	$300 sin deducible/ $300 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0% después del deducible/ 0% después del deducible	5% después del deducible/ 5% después del deducible	10% después del deducible/ 10% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin deducible	50% sin deducible	50% sin deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $600 por día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a deducible y copago de $350/ Sujeto a deducible y copago de $350	Sujeto a deducible y copago de $950/ Sujeto a deducible y copago de $950	Sujeto a deducible y copago de $1,500/ Sujeto a deducible y copago de $1,500
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$25 sin deducible/$25 sin deducible	$25 sin deducible/$25 sin deducible	$25 sin deducible/$25 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar[†]	$225/$450	$225/$450	$225/$450
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin deducible	$5 sin deducible	$5 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin deducible	$20 sin deducible	$20 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	40% después del deducible hasta $400	40% después del deducible hasta $400	40% después del deducible hasta $400
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Planes Silver 200-249% CSR Plans	Keystone HMO Silver Proactive Essential[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$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[9]	$8,750/$17,500 por copago, deducible y coseguro	$8,750/$17,500 por copago, deducible y coseguro	$8,750/$17,500 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible	$750 sin deducible	$750 sin deducible
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$50 sin deducible/$35 sin deducible	$60 sin deducible/$40 sin deducible	$70 sin deducible/$50 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$100 sin deducible/$70 sin deducible	$120 sin deducible/$80 sin deducible	$140 sin deducible/$95 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista[11]	$50 sin deducible	$60 sin deducible	$70 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$100 sin deducible	$100 sin deducible	$100 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin deducible	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $900 por día[7]	Sujeto a deducible y $1,300 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del deducible	5% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$750 sin deducible	$750 sin deducible	$750 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/ en hospital	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$300 sin deducible/ $300 sin deducible	$300 sin deducible/ $300 sin deducible	$300 sin deducible/ $300 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible	50% sin deducible/ 50% sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0% después del deducible/ 0% después del deducible	5% después del deducible/ 5% después del deducible	10% después del deducible/ 10% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% sin deducible	50% sin deducible	50% sin deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible	$100 sin deducible/ $100 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $600 por día[7]	Sujeto a deducible y $600 por día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a deducible y copago de $350/ Sujeto a deducible y copago de $350	Sujeto a deducible y copago de $950/ Sujeto a deducible y copago de $950	Sujeto a deducible y copago de $1,500/ Sujeto a deducible y copago de $1,500
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$25 sin deducible/$25 sin deducible	$25 sin deducible/$25 sin deducible	$25 sin deducible/$25 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar†	$225/$450	$225/$450	$225/$450
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$5 sin deducible	$5 sin deducible	$5 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin deducible	$20 sin deducible	$20 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	40% después del deducible hasta $400	40% después del deducible hasta $400	40% después del deducible hasta $400
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500	50% después del deducible hasta $500
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000	50% después del deducible hasta $1,000
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Planes Silver 200-249% CSR Plans	NEW Personal Choice® EPO Silver Classic Virtual Care[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$3,250/$6,500
Coseguro	30%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$6,900/$13,800 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$30 sin deducible/$20 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$75 sin deducible/$50 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista	$30 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible
Atención de urgencia	30% después del deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$75 sin deducible/$75 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	20% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	30% después del deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	20% después del deducible/20% después del deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	20% después del deducible/20% después del deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	30% después del deducible/50% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	30% después del deducible/50% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$75 después del deducible/20% después del deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	20% después del deducible
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	20% después del deducible/20% después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	20% sin deducible/50% sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$20 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	40% después del deducible, hasta $200 como máximo por dispensación
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible, hasta $200 como máximo por dispensación
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible, hasta $1,000 como máximo por dispensación
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible

Planes Silver 150-199% CSR Plans	Personal Choice® PPO Silver Classic[2]	
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga**	**Fuera de la red usted paga[4]**
Deducible: individual/familiar	$2,250/$4,500	$10,000/$20,000
Coseguro	10%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$3,250/$6,500 por copago, deducible y coseguro	$3,250/$6,500 por deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]		
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible	50% sin deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible	N/C
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$500 sin deducible	50% sin deducible
Servicios del médico		
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$25 sin deducible/$20 sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$50 sin deducible/$35 sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Clínica en establecimiento minorista	$25 sin deducible	50% después del deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible	Sin cobertura
Atención de urgencia	10% después del deducible	50% después del deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$50 sin deducible	50% después del deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital[6]	$50 sin deducible/$50 sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	10% sin deducible	50% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	10% sin deducible	50% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	10% después del deducible	10% después del deducible dentro de la red
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	10% sin deducible/10% sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	10% sin deducible/10% sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	10% después del deducible/10% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	10% después del deducible/10% después del deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	10% después del deducible	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$50 sin deducible/10% sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	10% sin deducible	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	10% sin deducible/10% sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	0% sin deducible/50% sin deducible	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]		
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin deducible	70% sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$10 sin deducible	70% sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	40% después del deducible hasta $200	70% después del deducible
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $200	70% después del deducible
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $500	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios de la vista[17, 18]		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible	Sin cobertura
Servicios dentales[21, 22]		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible	Sin cobertura

Planes Silver 150-199% CSR Plans	Keystone HMO Silver Proactive[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$0/$0	$1,750/$3,500	$1,750/$3,500
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$4,000/$8,000 por copago, deducible y coseguro	$4,000/$8,000 por copago, deducible y coseguro	$4,000/$8,000 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$500	$500 sin deducible	$500 sin deducible
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$20/$15	$30 sin deducible/$20 sin deducible	$40 sin deducible/$30 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$40/$30	$60 sin deducible/$40 sin deducible	$80 sin deducible/$55 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista[11]	$20	$30 sin deducible	$40 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$40	$40 sin deducible	$40 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$40/$40	$40 sin deducible/$40 sin deducible	$40 sin deducible/$40 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$200 por día[7]	Sujeto a deducible y $500 por día[7]	Sujeto a deducible y $900 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$450	$450 sin deducible	$450 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$75/$75	$75 sin deducible/$75 sin deducible	$75 sin deducible/$75 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$200/$200	$200 sin deducible/ $200 sin deducible	$200 sin deducible/ $200 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	40%/40%	40% sin deducible/ 40% sin deducible	40% sin deducible/ 40% sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del deducible/ 5% después del deducible	10% después del deducible/ 10% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	20%	20% sin deducible	20% sin deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$40/$40	$40 sin deducible/ $40 sin deducible	$40 sin deducible/ $40 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	$200 por día[7]	$200 por día sin deducible[7]	$200 por día sin deducible[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$100/$100	Sujeto a deducible y copago de $450/ Sujeto a deducible y copago de $450	Sujeto a deducible y copago de $900/ sujeto a deducible y copago de $900
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$10/$10	$10 sin deducible/$10 sin deducible	$10 sin deducible/$10 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar	No hay	No hay	No hay
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3	$3	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$10	$10	$10
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	$100	$100	$100
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	40% hasta $400	40% hasta $400	40% hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% hasta $500	50% hasta $500	50% hasta $500
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Planes Silver 150-199% CSR Plans	Keystone HMO Silver Proactive Lite[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$1,000/$2,000	$2,000/$4,000	$2,000/$4,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$4,000/$8,000 por copago, deducible y coseguro	$4,000/$8,000 por copago, deducible y coseguro	$4,000/$8,000 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$500 sin deducible	$500 sin deducible	$500 sin deducible
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$20 sin deducible/$15 sin deducible	$30 sin deducible/$20 sin deducible	$40 sin deducible/$30 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$40 sin deducible/$30 sin deducible	$60 sin deducible/$40 sin deducible	$80 sin deducible/$55 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista[11]	$20 sin deducible	$30 sin deducible	$40 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$40 sin deducible	$40 sin deducible	$40 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin deducible	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$40 sin deducible/$40 sin deducible	$40 sin deducible/$40 sin deducible	$40 sin deducible/$40 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a deducible y $300 por día[7]	Sujeto a deducible y $500 por día[7]	Sujeto a deducible y $900 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del deducible	5% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$250 sin deducible	$250 sin deducible	$250 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$75 sin deducible/$75 sin deducible	$75 sin deducible/$75 sin deducible	$75 sin deducible/$75 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$150 sin deducible/ $150 sin deducible	$150 sin deducible/ $150 sin deducible	$150 sin deducible/ $150 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	40% sin deducible/ 40% sin deducible	40% sin deducible/ 40% sin deducible	40% sin deducible/4 0% sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0% después del deducible/ 0% después del deducible	5% después del deducible/ 5% después del deducible	10% después del deducible/ 10% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	20% sin deducible	20% sin deducible	20% sin deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$40 sin deducible/ $40 sin deducible	$40 sin deducible/ $40 sin deducible	$40 sin deducible/ $40 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a deducible y $300 por día[7]	Sujeto a deducible y $300 por día[7]	Sujeto a deducible y $300 por día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a deducible y copago de $100/ Sujeto a deducible y copago de $100	Sujeto a deducible y copago de $450/ Sujeto a deducible y copago de $450	Sujeto a deducible y copago de $900/ sujeto a deducible y copago de $900
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$10 sin deducible/$10 sin deducible	$10 sin deducible/$10 sin deducible	$10 sin deducible/$10 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar	No hay	No hay	No hay
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3	$3	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$10	$10	$10
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	$90	$90	$90
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	40% hasta $400	40% hasta $400	40% hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% hasta $500	50% hasta $500	50% hasta $500
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Planes Silver 150-199% CSR Plans	Keystone HMO Silver Basic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$1,000/$2,000
Coseguro	30%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$3,500/$7,000 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750 sin deducible
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$20 sin deducible/$15 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$40 sin deducible/$30 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista	$20 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$40 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$40 sin deducible/$40 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	30% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	30% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$250 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/ en hospital	$75 sin deducible/$75 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$150 sin deducible/$150 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	30% después del deducible/30% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	30% después del deducible/30% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	30% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$40 sin deducible/$70 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	30% después del deducible
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$1,000 después del deducible/$1,000 después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	$10 sin deducible/$10 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$10 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	40% después del deducible hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible hasta $1,000
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible

Planes Silver 150-199% CSR Plans	Keystone HMO Silver Proactive Basic[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$1,000/$2,000	$2,000/$4,000	$2,000/$4,000
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$4,000/$8,000 por copago, deducible y coseguro	$4,000/$8,000 por copago, deducible y coseguro	$4,000/$8,000 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$500 sin deducible	$500 sin deducible	$500 sin deducible
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$20 sin deducible/$15 sin deducible	$30 sin deducible/$20 sin deducible	$40 sin deducible/$30 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$40 sin deducible/$30 sin deducible	$60 sin deducible/$40 sin deducible	$80 sin deducible/$55 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista[11]	$20 sin deducible	$30 sin deducible	$40 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$40 sin deducible	$40 sin deducible	$40 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin deducible	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$40 sin deducible/$40 sin deducible	$40 sin deducible/$40 sin deducible	$40 sin deducible/$40 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a deducible y $300 por día[7]	Sujeto a deducible y $500 por día[7]	Sujeto a deducible y $900 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del deducible	5% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$250 sin deducible	$250 sin deducible	$250 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$75 sin deducible/$75 sin deducible	$75 sin deducible/$75 sin deducible	$75 sin deducible/$75 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$150 sin deducible/ $150 sin deducible	$150 sin deducible/ $150 sin deducible	$150 sin deducible/ $150 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	40% sin deducible/ 40% sin deducible	40% sin deducible/ 40% sin deducible	40% sin deducible/ 40% sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0% después del deducible/ 0% después del deducible	5% después del deducible/ 5% después del deducible	10% después del deducible/ 10% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	20% sin deducible	20% sin deducible	20% sin deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$40 sin deducible/$40 sin deducible	$40 sin deducible/$40 sin deducible	$40 sin deducible/$40 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a deducible y $300 por día[7]	Sujeto a deducible y $300 por día[7]	Sujeto a deducible y $300 por día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a deducible y copago de $100/ sujeto a deducible y copago de $100	Sujeto a deducible y copago de $450/ sujeto a deducible y copago de $450	Sujeto a deducible y copago de $900/ sujeto a deducible y copago de $900
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$10 sin deducible/$10 sin deducible	$10 sin deducible/$10 sin deducible	$10 sin deducible/$10 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar	No hay	No hay	No hay
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3	$3	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$10	$10	$10
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	30% hasta $300	30% hasta $300	30% hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	40% hasta $400	40% hasta $400	40% hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% hasta $500	50% hasta $500	50% hasta $500
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Planes Silver 150-199% CSR Plans	Keystone HMO Silver Proactive Essential[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$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[9]	$4,000/$8,000 por copago, deducible y coseguro	$4,000/$8,000 por copago, deducible y coseguro	$4,000/$8,000 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$500 sin deducible	$500 sin deducible	$500 sin deducible
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$20 sin deducible/$15 sin deducible	$30 sin deducible/$20 sin deducible	$40 sin deducible/$30 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$40 sin deducible/$30 sin deducible	$60 sin deducible/$40 sin deducible	$80 sin deducible/$55 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista[11]	$20 sin deducible	$30 sin deducible	$40 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$40 sin deducible	$40 sin deducible	$40 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50 sin deducible	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$40 sin deducible/$40 sin deducible	$40 sin deducible/$40 sin deducible	$40 sin deducible/$40 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	Sujeto a deducible y $300 por día[7]	Sujeto a deducible y $500 por día[7]	Sujeto a deducible y $900 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0% después del deducible	5% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$250 sin deducible	$250 sin deducible	$250 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$75 sin deducible/$75 sin deducible	$75 sin deducible/$75 sin deducible	$75 sin deducible/$75 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$150 sin deducible/ $150 sin deducible	$150 sin deducible/ $150 sin deducible	$150 sin deducible/ $150 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	40% sin deducible/ 40% sin deducible	40% sin deducible/ 40% sin deducible	40% sin deducible/ 40% sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0% después del deducible/0% después del deducible	5% después del deducible/5% después del deducible	10% después del deducible/10% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	20% sin deducible	20% sin deducible	20% sin deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$40 sin deducible/$40 sin deducible	$40 sin deducible/$40 sin deducible	$40 sin deducible/$40 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	Sujeto a deducible y $300 por día[7]	Sujeto a deducible y $300 por día[7]	Sujeto a deducible y $300 por día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Sujeto a deducible y copago de $100/ sujeto a deducible y copago de $100	Sujeto a deducible y copago de $450/ sujeto a deducible y copago de $450	Sujeto a deducible y copago de $900/ sujeto a deducible y copago de $900
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$10 sin deducible/$10 sin deducible	$10 sin deducible/$10 sin deducible	$10 sin deducible/$10 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar	No hay	No hay	No hay
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3	$3	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$15	$15	$15
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	30% hasta $300	30% hasta $300	30% hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	40% hasta $400	40% hasta $400	40% hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% hasta $500	50% hasta $500	50% hasta $500
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Planes Silver 150-199% CSR Plans	NEW Personal Choice® EPO Silver Classic Virtual Care[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$2,250/$4,500
Coseguro	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$3,250/$6,500 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$500 sin deducible
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$25 sin deducible/$20 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$50 sin deducible/$35 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista	$25 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0% sin el deducible
Atención de urgencia	10% después del deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital [6]	$50 sin deducible/$50 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	10% sin deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	10% sin deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	10% después del deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	10% sin deducible/10% sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	10% sin deducible/10% sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	10% después del deducible/10% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	10% después del deducible/10% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	10% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$50 sin deducible/10% sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	10% sin deducible
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	10% sin deducible/10% sin deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0% sin deducible/50% sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	Integrado con deducible médico
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3 sin deducible
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$10 sin deducible
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	40% después del deducible, hasta $200 como máximo por dispensación
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	50% después del deducible, hasta $200 como máximo por dispensación
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% después del deducible, hasta $500 como máximo por dispensación
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible

Silver 138-149% CSR Plans	Personal Choice® PPO Silver Classic[2]	
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga**	**Fuera de la red usted paga[4]**
Deducible: individual/familiar	$0/$0	$10,000/$20,000
Coseguro	10%, a menos que se indique lo contrario	50%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$3,000/$6,000 por copago y coseguro	$20,000/$40,000 por deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]		
Atención preventiva para adultos y niños	$0	50% sin deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	$0	N/C
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$250	50% sin deducible
Servicios del médico		
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$5/$0	50% después del deducible/50% después del deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$10/$5	50% después del deducible/50% después del deducible
Clínica en establecimiento minorista	$5	50% después del deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	$0	Sin cobertura
Atención de urgencia	10%	50% después del deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$10	50% después del deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital[6]	$10/$10	50% después del deducible/50% después del deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos		
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	10%	50% después del deducible
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	10%	50% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	10%	10% sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	10%/10%	50% después del deducible/50% después del deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	10%/10%	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	10%/10%	50% después del deducible/50% después del deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	10%/10%	50% después del deducible/50% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	10%	50% después del deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$10/10%	50% después del deducible/50% después del deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	10%	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	10%/10%	50% después del deducible/50% después del deducible
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios		
En centro independiente/en hospital	0%/50%	50% después del deducible/50% después del deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]		
Deducible: individual/familiar	No hay	No hay
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3	70%
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$4	70%
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	15% hasta $200	70%
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	15% hasta $200	70%
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% hasta $500	Sin cobertura
Beneficios adicionales		
Servicios de la vista[17, 18]		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	Sin cobertura
Servicios dentales[21, 22]		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	N/C
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	Sin cobertura
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible	Sin cobertura

Silver 138-149% CSR Plans	Keystone HMO Silver Proactive[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$0/$0	$200/$400	$200/$400
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$3,500/$7,000 por copago, deducible y coseguro	$3,500/$7,000 por copago, deducible y coseguro	$3,500/$7,000 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$250	$250 sin deducible	$250 sin deducible
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$5/$0	$10 sin deducible/$5 sin deducible	$20 sin deducible/$15 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$15/$10	$20 sin deducible/$15 sin deducible	$40 sin deducible/$30 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista[11]	$5	$10 sin deducible	$20 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$15	$15 sin deducible	$15 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$15/$15	$15 sin deducible/$15 sin deducible	$15 sin deducible/$15 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$50 por día[7]	Sujeto a deducible y $250 por día[7]	Sujeto a deducible y $500 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$50	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$10/$10	$10 sin deducible/$10 sin deducible	$10 sin deducible/$10 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$20/$20	$20 sin deducible/ $20 sin deducible	$20 sin deducible/ $20 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	40%/40%	40% sin deducible/ 40% sin deducible	40% sin deducible/ 40% sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del deducible/ 5% después del deducible	10% después del deducible/ 10% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	20%	20% sin deducible	20% sin deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$15/$15	$15 sin deducible/$15 sin deducible	$15 sin deducible/$15 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	$50 por día[7]	$50 por día sin deducible[7]	$50 por día sin deducible[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$50/$50	Sujeto a deducible y copago de $200/ sujeto a deducible y copago de $200	Sujeto a deducible y copago de $400/ sujeto a deducible y copago de $400
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$5/$5	$5 sin deducible/$5 sin deducible	$5 sin deducible/$5 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar	No hay	No hay	No hay
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$1	$1	$1
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$4	$4	$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	$15	$15	$15
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	5% hasta $400	5% hasta $400	5% hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	30% hasta $500	30% hasta $500	30% hasta $500
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Silver 138-149% CSR Plans	Keystone HMO Silver Proactive Lite[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$0/$0	$200/$400	$200/$400
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$3,500/$7,000 por copago, deducible y coseguro	$3,500/$7,000 por copago, deducible y coseguro	$3,500/$7,000 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$250	$250 sin deducible	$250 sin deducible
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$5/$0	$10 sin deducible/$5 sin deducible	$20 sin deducible/$15 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$15/$10	$20 sin deducible/$15 sin deducible	$40 sin deducible/$30 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista[11]	$5	$10 sin deducible	$20 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$15	$15 sin deducible	$15 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$15/$15	$15 sin deducible/$15 sin deducible	$15 sin deducible/$15 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$50 por día[7]	Sujeto a deducible y $250 por día[7]	Sujeto a deducible y $500 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$50	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$10/$10	$10 sin deducible/$10 sin deducible	$10 sin deducible/$10 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$20/$20	$20 sin deducible/ $20 sin deducible	$20 sin deducible/ $20 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	40%/40%	40% sin deducible/ 40% sin deducible	40% sin deducible/ 40% sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del deducible/ 5% después del deducible	10% después del deducible/ 10% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	20%	20% sin deducible	20% sin deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$15/$15	$15 sin deducible/$15 sin deducible	$15 sin deducible/$15 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	$50 por día[7]	$50 por día sin deducible[7]	$50 por día sin deducible[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	Copago de $50/copago de $50	Sujeto a deducible y copago de $200/ sujeto a deducible y copago de $200	Sujeto a deducible y copago de $400/ sujeto a deducible y copago de $400
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$5/$5	$5 sin deducible/$5 sin deducible	$5 sin deducible/$5 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar	No hay	No hay	No hay
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$1	$1	$1
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$4	$4	$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	$15	$15	$15
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	5% hasta $400	5% hasta $400	5% hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	30% hasta $500	30% hasta $500	30% hasta $500
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Silver 138-149% CSR Plans	Keystone HMO Silver Basic[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3]**
Deducible: individual/familiar	$0/$0
Coseguro	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$2,750/$5,500 por copago y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	$0
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	$0
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$750
Servicios del médico	
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[25]	$0
Atención de urgencia	$30
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$30/$30
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	$50
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$15/$15
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$30/$30
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	10%/10%
Infusiones, en el hogar o el 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[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	No hay
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	5% hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	15% hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% hasta $1,000
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible

Silver 138-149% CSR Plans	Keystone HMO Silver Proactive Basic[2]		
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado**	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar[8]	$0/$0	$200/$400	$200/$400
Coseguro	0%, a menos que se indique lo contrario	5%, a menos que se indique lo contrario	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar[9]	$3,500/$7,000 por copago, deducible y coseguro	$3,500/$7,000 por copago, deducible y coseguro	$3,500/$7,000 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$250	$250 sin deducible	$250 sin deducible
Servicios del médico			
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$5/$0	$10 sin deducible/$5 sin deducible	$20 sin deducible/$15 sin deducible
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$15/$10	$20 sin deducible/$15 sin deducible	$40 sin deducible/$30 sin deducible
Clínica en establecimiento minorista[11]	$5	$10 sin deducible	$20 sin deducible
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0%	0% sin el deducible	0% sin el deducible
Atención de urgencia	$15	$15 sin deducible	$15 sin deducible
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$15/$15	$15 sin deducible/$15 sin deducible	$15 sin deducible/$15 sin deducible
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$50 por día[7]	Sujeto a deducible y $250 por día[7]	Sujeto a deducible y $500 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5% después del deducible	10% después del deducible
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$50	$50 sin deducible	$50 sin deducible
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$10/$10	$10 sin deducible/$10 sin deducible	$10 sin deducible/$10 sin deducible
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$20/$20	$20 sin deducible/$20 sin deducible	$20 sin deducible/$20 sin deducible
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	40%/40%	40% sin deducible/ 40% sin deducible	40% sin deducible/ 40% sin deducible
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	0%/0%	5% después del deducible/ 5% después del deducible	10% después del deducible/ 10% después del deducible
Equipo médico duradero y prótesis	20%	20% sin deducible	20% sin deducible
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$15/$15	$15 sin deducible/$15 sin deducible	$15 sin deducible/$15 sin deducible
Internación de salud mental y abuso de sustancias	$50 por día[7]	$50 por día sin deducible[7]	$50 por día sin deducible[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$50/$50	Sujeto a deducible y copago de $200/ sujeto a deducible y copago de $200	Sujeto a deducible y copago de $400/ sujeto a deducible y copago de $400
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$5/$5	$5 sin deducible/$5 sin deducible	$5 sin deducible/$5 sin deducible
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar	No hay	No hay	No hay
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$1	$1	$1
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$4	$4	$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	5% hasta $300	5% hasta $300	5% hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	5% hasta $400	5% hasta $400	5% hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	30% hasta $500	30% hasta $500	30% hasta $500
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Silver 138-149% CSR Plans	Keystone HMO Silver Proactive Essential[2]		
Beneficios por año calendario[1]	Dentro de la red usted paga[3] Nivel 1: preferido	Dentro de la red usted paga[3] Nivel 2: mejorado	Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar
Deducible: individual/familiar	$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[9]	$3,500/$7,000 por copago, deducible y coseguro	$3,500/$7,000 por copago, deducible y coseguro	$3,500/$7,000 por copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]			
Atención preventiva para adultos y niños	0%	0%	0%
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	0%	0%	0%
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$250	$250	$250
Servicios del médico			
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[11]	$5	$10	$20
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	0%	0%	0%
Atención de urgencia	$15	$15	$15
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)	$50	$50	$50
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital	$15/$15	$15/$15	$15/$15
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos			
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	$50 por día[7]	$250 por día[7]	$500 por día[7]
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	0%	5%	10%
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)[10]	$50	$50	$50
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/en hospital	$10/$10	$10/$10	$10/$10
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	$20/$20	$20/$20	$20/$20
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	40%/40%	40%/40%	40%/40%
Infusiones, en el hogar o el 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 por día[7]	$50 por día[7]	$50 por día[7]
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	$50/$50	$200/$200	$400/$400
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios			
En centro independiente/en hospital	$5/$5	$5/$5	$5/$5
Medicamentos recetados[12, 13, 15]			
Deducible: individual/familiar	No hay	No hay	No hay
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$1	$1	$1
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$10	$10	$10
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	5% hasta $300	5% hasta $300	5% hasta $300
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	5% hasta $400	5% hasta $400	5% hasta $400
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	30% hasta $500	30% hasta $500	30% hasta $500
Beneficios adicionales			
Servicios de la vista[17, 18]			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0	$0	$0
Servicios dentales[21, 22]			
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50	$50	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible	50% después del deducible/ 50% sin deducible

Silver 138-149% CSR Plans	NEW Personal Choice® EPO Silver Classic Virtual Care[2]
Beneficios por año calendario[1]	**Dentro de la red usted paga[3] Nivel 3: estándar**
Deducible: individual/familiar	$0
Coseguro	10%, a menos que se indique lo contrario
Máximo de bolsillo: individual/familiar	$3,000/$6,000 copago, deducible y coseguro
Servicios preventivos[5]	
Atención preventiva para adultos y niños	$0
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, proveedores Preventive Plus	$0
Colonoscopía preventiva para detección de cáncer colorrectal, en hospital	$250
Servicios del médico	
Visita de atención primaria: consultorio/virtual	$5/$0
Visita a un especialista: consultorio/virtual	$10/$5
Clínica en establecimiento minorista	$5
Servicios de atención virtual del proveedor virtual designado[25]	$0
Atención de urgencia	10%
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)[6]	$10
Fisioterapia/terapia ocupacional (30 visitas por año), en centro independiente/en hospital [6]	$10/$10
Servicios hospitalarios y otros servicios médicos	
Servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Servicios profesionales para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Sala de emergencias (para planes de copago, el copago se elimina en caso de hospitalización)	10%
Radiografías de rutina o de diagnóstico, en centro independiente/ en hospital	10%/10%
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA/PET), en centro independiente/en hospital	10%/10%
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	10%/10%
Infusiones, en el hogar o el consultorio/ambulatorio	10%/10%
Equipo médico duradero y prótesis	10%
Salud mental ambulatoria y abuso de sustancias: visita al consultorio/todas las demás	$10/10%
Internación de salud mental y abuso de sustancias	10%
Cirugía ambulatoria	
Centro de cirugía ambulatoria/en hospital	10%/10%
Análisis de laboratorio y patología para pacientes ambulatorios	
En centro independiente/en hospital	0%/50%
Medicamentos recetados[12, 13, 15]	
Deducible: individual/familiar	$0
Medicamentos genéricos de bajo costo[14]	$3
Medicamentos genéricos en establecimientos minoristas[14]	$4
Medicamentos de marca preferida en establecimientos minoristas[14, 16]	15% hasta $200 como máximo por dispensación
Medicamentos no preferidos en establecimientos minoristas[14, 16]	15% hasta $200 como máximo por dispensación
Medicamentos especializados autoadministrados[16]	50% hasta $500 como máximo por dispensación
Beneficios adicionales	
Servicios de la vista[17, 18]	
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos[19, 20]	$0
Servicios dentales[21, 22]	
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	$50
Examen pediátrico y limpiezas[23]	$0 sin el deducible
Servicios pediátricos básicos y principales/Servicios de ortodoncia[24,29]	50% después del deducible/50% sin deducible

Planes dentales y de la vista



Independence

IBX

Never stop caring

Planes dentales

Cuidar de su sonrisa es un aspecto importante del atención de su salud.
Los planes dentales independientes están disponibles para adultos y familias.

Obtenga más información sobre nuestros planes dentales

A continuación, se presentan los beneficios integrales que puede esperar de los planes dentales de Independence Blue Cross (IBX).

Una red muy amplia

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

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 plan dental de Exclusive Provider Organization (EPO, organización de proveedores exclusivos) solo incluye cobertura dentro de la red.

Cobertura total de la mayoría de los servicios preventivos y diagnósticos

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

Exenciones para los períodos de espera

Si tenía cobertura dental acreditable con otra aseguradora, es posible que no deba cumplir el período de espera. Le pediremos que complete un breve formulario para confirmar que es elegible.†

Cobertura de la mayoría de los servicios básicos y principales

No existe el 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.

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.

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

Cómo presentar la solicitud

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

- Visite **ibx.com/enrolldental**.
- Llame al **1-844-762-2140 (TTY: 711)** para hablar con uno de nuestros agentes de ventas autorizados o comuníquese con el agente de seguros.
- Acuda a Independence LIVE en el segundo piso de 1919 Market Street en Philadelphia para recibir ayuda de parte de un agente de ventas autorizado. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m.



*Se aplican montos máximos por plan. Para obtener más detalles, consulte las tablas de beneficios correspondientes a cada plan dental en las páginas siguientes.
†Para calificar, su cobertura debe ser continua, sin período de no cobertura entre su plan dental anterior y su nuevo plan dental de IBX.

Elija su plan dental

Consulte los resúmenes de beneficios para obtener más información sobre nuestros planes dentales para adultos y familias para 2027. Estos planes están disponibles para adultos mayores de 19 años y familias con hijos de hasta 26 años.

Descripción del plan[1,2]	IBX Adult Preferred Dental PPO	IBX Adult Premier Dental PPO
Beneficios dentro de la red		
Deducible anual: individual/familiar	$50/$150	$50/$150
Beneficio dental máximo anual	$1,500 por persona asegurada	$2,000 por persona asegurada
Reembolso		
Dentro de la red/Fuera de la red	Red IBX Dental PPO/MAC[3]	Red IBX Dental PPO/MAC[3]
Beneficio (% pagado por el plan)	**Dentro de la red y fuera de la red**	**Dentro de la red y fuera de la red**
Exámenes y limpiezas	100%	100%[4]
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%[4]
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 del deducible	80% después del 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)
Extracciones simples y quirúrgicas	50% después del deducible	80% después del deducible
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 nitroso 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)
Dispositivos de prótesis (puentes, dentaduras postizas)	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[1]
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

1 Dominion Dental Services, Inc., una compañía independiente, administra los beneficios dentales de IBX. Los planes dentales están suscritos por QCC Insurance Company, una filial de Independence Blue Cross: licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

2 La finalidad de este resumen es destacar las prestaciones que tiene disponibles. Para obtener una descripción completa del programa, incluidos todos los beneficios, las limitaciones y las exclusiones, consulte el contrato de su plan dental.

3 Maximum Allowable Charge (MAC, cargo máximo permitido). Es el monto que se paga por los servicios fuera de la red, determinado por IBX. 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.

4 Los beneficios de este servicio cubierto no cuentan para el máximo anual.

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

Planes dentales (continuación)

Nuestros planes dentales para adultos y familias ofrecen cobertura integral, períodos de espera más cortos y cobertura de ortodoncia pediátrica.

Descripción del plan[1,2]	IBX PPO 100/50/30/0 $1,000 (MAC)[3]	IBX Active PPO 100/80/50/50 $1,500 (MAC)[3]
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 por vida 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[3]	
Beneficio (% pagado por el plan)	**Dentro de la red y fuera de la red[3]**	**Dentro de la red/Fuera de la red[3]**
Exámenes y limpiezas	100%[4]	100%/90%[4]
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%[4]	100%/90%[4]
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 del deducible	80%/70% después del deducible
Tratamiento endodóntico (por ejemplo, tratamientos de conducto)	50% después del deducible	80%/70% después del deducible
Servicios de periodoncia (quirúrgicos y no quirúrgicos)	50% después del deducible	80%/70% después del deducible
Cirugía oral	50% después del deducible	80%/70% después del deducible
Anestesia general, óxido nitroso o sedación intravenosa	50% después del deducible	80%/70% después del deducible
Coronas, empastes y recubrimientos	30% después del deducible (período de espera de 3 meses)	50%/40% después del deducible (período de espera de 6 meses)
Dispositivos de prótesis (puentes, dentaduras postizas)	30% después del deducible (período de espera de 3 meses)	50%/40% después del 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 del deducible	80%/70% después del 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)[3]	IBX Active PPO 100/80/50/50 $1,500 (MAC)[3]
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

1 Dominion Dental Services, Inc., una compañía independiente, administra los beneficios dentales de IBX. Los planes dentales están suscritos por QCC Insurance Company, una filial de Independence Blue Cross: licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

2 La finalidad de este resumen es destacar las prestaciones que tiene disponibles. Para obtener una descripción completa del programa, incluidos todos los beneficios, las limitaciones y las exclusiones, consulte el contrato de su plan dental.

3 Maximum Allowable Charge (MAC, cargo máximo permitido). Es el monto que se paga por los servicios fuera de la red, determinado por IBX. 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.

4 Los beneficios de este servicio cubierto no cuentan para el máximo anual.

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

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[1,2]	IBX EPO Low (plan solo dentro de la red)
Beneficios dentro de la red	
Deducible anual: individual/familiar	$25/$75
Beneficio dental máximo anual por persona asegurada	$2,000
Límite máximo de por vida de ortodoncia por persona asegurada menor de 19 años	Sin cobertura
Reembolso	
Dentro de la red	Red IBX Dental PPO (plan solo dentro de la red)
Beneficio	**Copago dentro de la red[3]**
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 nitroso o sedación intravenosa	$0-$117 (período de espera de 3 meses)
Coronas, empastes y recubrimientos	$20-$625 (período de espera de 3 meses)
Dispositivos de prótesis (puentes, dentaduras postizas)	$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 (hasta los 19 años)	Sin cobertura
Renovación cubierta[4]	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

1 Dominion Dental Services, Inc., una compañía independiente, administra los beneficios dentales de IBX. Los planes dentales están suscritos por QCC Insurance Company, una filial de Independence Blue Cross: licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

2 La finalidad de este resumen es destacar las prestaciones que tiene disponibles. Para obtener una descripción completa del programa, incluidos todos los beneficios, las limitaciones y las exclusiones, consulte el contrato de su plan dental.

3 Los montos del copago pueden variar ampliamente dependiendo del tipo de servicio. Consulte el folleto de beneficios para conocer el copago exacto de cada servicio y si está cubierto.

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

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

Planes de la vista

Los exámenes periódicos de los ojos pueden ayudar a proteger la vista y detectar problemas de salud de forma temprana. Los planes de la vista independientes están disponibles para adultos y familias.

Obtenga más información sobre nuestros planes de la vista

A continuación, se presentan los beneficios integrales que puede esperar de los planes de la vista de Independence Blue Cross (IBX).

Una red muy amplia

La red nacional Davis Vision® ofrece 222,000 puntos de acceso en todo el país, incluidos Visionworks®, Target Optical, Pearle Vision, Warby Parker y LensCrafters.*

222,000 puntos de acceso en la red de proveedores de Davis Vision

Examen ocular anual de rutina con cobertura completa.

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

Opciones asequibles para marcos y lentes

Puede elegir entre marcos de diseño elegantes de la Exclusive Collection de Davis Vision o utilizar su asignación del beneficio para elegir marcos o lentes de contacto de proveedores y tiendas minoristas independientes dentro de la red a nivel nacional.

Nota: Obtiene una asignación más alta para marcos y descuentos en opciones de lentes en cientos de centros preferidos en todo el país.

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

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 la corrección láser de la vista a través de la red QualSight de profesionales de atención de la vista especializados en LASIK. También puede ahorrar en exámenes de la audición y tecnología de audífonos de marca de Your Hearing Network.

Cómo presentar la solicitud

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

- Visite **ibx.com/enrollvision**.
- Llame al **1-844-762-2140 (TTY: 711)** para hablar con uno de nuestros agentes de ventas autorizados o comuníquese con el agente de seguros.
- Acuda a Independence LIVE en el segundo piso de 1919 Market Street en Philadelphia para recibir ayuda de parte de un agente de ventas autorizado. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m.



* Target Optical, Pearle Vision, Warby Parker y LensCrafters están fuera de la red para los miembros pediátricos en los planes de salud que cumplen con la 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 2027. Estos planes están disponibles para adultos mayores de 19 años y familias con hijos de hasta 26 años.

	Vision Care 150	Vision Care 200
Beneficios dentro de la red	**Usted paga**	**Usted paga**
Frecuencia (examen y equipo)	Una vez cada año calendario	Una vez cada año calendario
Copagos por examen y lentes	$0	$0
Armazones	**Usted paga**	**Usted paga**
Armazones de la Exclusive Collection de Davis Vision (en lugar de asignación)		
• Selección de moda	Copago de $0	Copago de $0
• Selección de diseñador	$15 de copago	Copago de $0
• Selección de primera	$40 de copago	Copago de $0
Asignación para marcos fuera de la colección	Hasta $100 o hasta $150[1] en centros preferidos, más un 20% de descuento sobre el excedente[2]	Hasta $150 o hasta $200[1] en centros preferidos, más un 20% de descuento sobre el excedente[2]
Opciones de lentes	**Usted paga**	**Usted paga**
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
Anti-reflective (AR, recubrimiento antirreflectante) (estándar/de primera calidad/ultra/superior)	$40/$55/$69/$85	$35/$48/$60/$85
Lentes progresivos (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 polarizados	$75	$75
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	**Beneficio**	**Beneficio**
Colección de lentes de contacto de Davis Vision (en lugar de asignación)		
• Desechables	Sin cobertura	8 cajas/paquetes múltiples
• Reemplazo planificado	Sin cobertura	4 cajas/paquetes múltiples
• Evaluación, adaptación y atención de seguimiento	Sin cobertura	Se incluye
Lentes de contacto que no son de colección: Asignación de materiales	Hasta $100, además del 15% de descuento en promedio[3]	Hasta $150, además del 15% de descuento en promedio[3]
Lentes de contacto necesarios por razones médicas: Materiales, evaluación, adaptación y atención de seguimiento	Se incluye	Se incluye
Fuera de la red	**Monto reembolsable (máximo)**	**Monto reembolsable (máximo)**
Examen ocular	$40	$40
Armazones	$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

1 Asignación mejorada para marcos disponible en todos los centros preferidos en todo el país.

2 Descuento no 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.

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

Davis Vision, una compañía independiente, administra los planes de la vista de Independence Blue Cross.

Notas al pie de los planes de salud

Atención médica

* Para estos planes, los límites de visitas 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% del cargo real del proveedor, con la excepción de servicios en centros para pacientes internados. Para los servicios cubiertos en centros para pacientes internados que ni Medicare ni el plan de tarifas de Independence Blue Cross reconozcan o reembolsen, el monto será determinado por el plan de tarifas de Independence Blue Cross en función del servicio cubierto similar más cercano.

5 Se pueden aplicar límites de edad y frecuencia. Para hacerse una colonoscopía preventiva sin tener que pagar gastos de bolsillo, debe elegir proveedores y profesionales en gastroenterología (gastroenterólogos o cirujanos colorrectales) de Preventive Plus que no trabajen en un hospital para que hagan la colonoscopía preventiva. Para encontrar un proveedor de Preventive Plus, visite ibx.com/findadoctor. Ingrese el código postal donde dice "Location" (Ubicación) y, luego, seleccione el recuadro "Preventive Plus – Preventive+ Colonoscopy" (Preventive Plus – Colonoscopia Preventive+) debajo de la sección principal de búsqueda.

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 pharmacy benefits management (PBM, administración de beneficios de farmacias).

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 para 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.

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 La asignación mejorada para armazones está disponible en los centros preferidos.

29 No hay deducible para la ortodoncia.

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, su médico o proveedor deberán comunicarse con el equipo de Servicios Clínicos de Independence Blue Cross y proporcionar la información necesaria para respaldar la solicitud de servicios. Los 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 a su médico o proveedor si se aprobó la cobertura de los servicios. Si el equipo de Servicios Clínicos no tiene suficiente información o si la información evaluada no justifica la cobertura, usted y su médico o proveedor recibirán una notificación escrita de la decisión. Los 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**.

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 un miembro 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 debe acordar que todos los servicios de atención médica autorizados que se hayan prestado durante este período de transición tendrán la cobertura de Independence Blue Cross según los mismos términos y condiciones aplicables a los proveedores de atención médica dentro de la red. No es obligatorio que el plan preste servicios de atención médica que no sean beneficios cubiertos.

Para poder comenzar la continuidad de la atención, los miembros deberán llenar un Formulario de continuidad de la atención y presentarlo ante nuestro Care Management and Coordination Department (Departamento de Administración y Coordinación de la Atención). El formulario está disponible mediante el Servicio de Atención al cliente y **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 un miembros 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 su Protected Health Information (PHI, información de salud protegida) 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 información y documentación sobre la privacidad y la Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA, Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996), visite **ibx.com/privacy** o llámenos al número del Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de la tarjeta de identificación de miembro.

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**.

Pautas para medicamentos recetados

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

- **Autorización previa:** es posible que necesite otra aprobación de su plan de salud. Ciertos medicamentos cubiertos requieren autorización previa para asegurarnos de que el fármaco recetado sea necesario y adecuado por razones médicas y de que se recete de conformidad con las pautas de la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos).
- **Límites de edad:** la FDA ha establecido procedimientos específicos que rigen la prescripción de medicamentos. Estas normas están diseñadas para evitar daños potenciales a los pacientes y garantizar que los medicamentos se receten de acuerdo con los lineamientos de la FDA. Por ejemplo, la FDA aprueba algunos medicamentos solo para personas mayores de 14 años.
- **Límites de cantidad:** están diseñados para que se dispense una cantidad suficiente del medicamento 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, ingrese a **ibx.com/rx** o llame al **1-866-346-2081 (TTY: 711)**.

Proceso de excepción

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

Si se aprueba la solicitud de excepción, el medicamento tendrá cobertura con el costo compartido más alto que figure en sus beneficios. Igualmente, se aplicarán ciertos límites, como los de cantidad y de edad. Si rechazan la solicitud, usted y su médico recibirán una carta de rechazo. La carta explicará cómo presentar una apelación, en caso de que decida hacerlo.

Información del programa de medicamentos recetados

Una compañía de 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 auditivos para la prescripción o el ajuste de audífonos e implantes cocleares
- Técnicas de fertilización asistida, tales como fecundación in vitro, Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT, transferencia intratubárica de gametos) y Zygote Intrafallopian Transfer (ZIFT, transferencia intratubárica de cigotos)
- Reversión de la esterilización voluntaria
- Terapias alternativas, como la acupuntura
- Atención dental para adultos, que incluye implantes o prótesis dentales, y tratamiento no quirúrgico del Temporomandibular Joint Dysfunction (TMJ, trastorno de la articulación temporomandibular)
- Cirugía bariátrica o cirugía de pérdida de peso
- Podología de rutina, excepto el tratamiento necesario por motivos médicos para la enfermedad vascular periférica o la neuropatía periférica que involucra, entre otras afecciones, la diabetes
- Dispositivos podológicos de apoyo (ortopedia), excepto dispositivos ortopédicos y podiátricos necesarios para la prevención de complicaciones asociadas a la diabetes
- Exámenes físicos de rutina con fines no preventivos, tales como los exámenes para la solicitud de seguro o empleo, exámenes para el ingreso a la universidad o exámenes prematrimoniales
- Vacunas para viajes o por trabajo
- Servicios o suministros pagaderos bajo la ley de compensación laboral, seguros de vehículos automotores u otra legislación con fines similares
- Servicios o suministros cosméticos
- Servicios para pacientes ambulatorios que no sean prestados por el proveedor para planes de HMO designado por su PCP
- 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 بصيغ ميسّرة 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 કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતાનો સંપર્ક કરો.

हिंदी: ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा संबंधी सहायता सेवाएँ मुफ़्त में उपलब्ध हैं। सुलभ फ़ॉर्मेट में जानकारी प्रदान करने के लिए उचित सहायक सहायता और सेवाएँ भी मुफ़्त 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。

한국어를: 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 yáníłti'go, t'áá jiik'eh saad bee áka'aná'awo' bee áka'anída'awo'í ná hóló. T'áadoole'é binahjį' bee adahodooníłí diné bich'į' anídahazt'i'í bee bika'anída'awo'í beego bee baa dahane'í baa dahwiizt'i'go hadadilyaaígíí ałdó' t'áá jiik'eh hǫlǫ́. Kohjį' 1-800-275-2583 (TTY: 711) hodíilnih doodago níka'análawo'í bich'į' hanidziih.

Pennsilfaanisch-Deitsch: WICHDICH: Wann du Deitsch 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 o bá nsọ Yorùbá, àwọn iṣẹ́ àtìlẹhin èdè lọ́fẹ̀ẹ́ wà lárọwọ́tó rẹ. Awọn iṣẹ́ àtìlẹhìn ìrànlọ́wọ́ tó yẹ láti pèsè ìwífúnni ni ọna iráàyèsi kíka wà lárọwọ́tó bakanna lọ́fẹ̀ẹ́. Pe 1-800-275-2583 (TTY: 711) tàbi ki ó bá olùpèsè rẹ sọ̀rọ̀.

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: **civilrightscoordinator@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**.

23651 3545000 (04/25)
MA15590 (04/25)
Y0041_HM_25_123991_C

Glosario

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

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

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

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.

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

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 solo para determinados servicios, dependiendo del plan de salud.

EPO: un tipo de plan médico. EPO significa organización de proveedor exclusivo.

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

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

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

HSA: 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.

PCP: es otro nombre con el que se identifica al médico familiar. Los planes de salud de HMO requieren que seleccione un PCP.

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.

PPO: un tipo de plan médico. PPO 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.

Remisión: si tiene un plan de HMO, el PCP 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.

Cobertura para nativos norteamericanos u originarios de Alaska

¿Es usted indio norteamericano o nativo de Alaska?

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

Opciones de planes para menos del 300% del FPL

Usted puede elegir cualquiera de las opciones de planes estándar que aparecen en las páginas 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 remitido 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	$47,879.99	$47,880.00
Familia de 2	$64,919.99	$64,920.00
Familia de 3	$81,959.99	$81,960.00
Familia de 4	$98,999.99	$99,000.00
Familia de 5	$116,039.99	$116,040.00
Familia de 6	$133,079.99	$133,080.00
Familia de 7	$150,119.99	$150,120.00
Familia de 8*	$167,159.99	$167,160.00

* En caso de que sean más de ocho, agregue este monto por cada persona extra: $17,040. 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.

¿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. ¿Necesita ayuda para determinar si es elegible? Llámenos al 1-844-315-4884 o comuníquese con el agente de seguros.

Directamente a través de IBX

Si no califica para recibir asistencia financiera, puede elegir entre una variedad de planes privados de seguro médico que IBX ofrece de forma directa. Cuando compra directamente mediante nosotros, tiene más opciones económicas y es más sencillo actualizar su póliza.

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**.

Pennsylvania Insurance Exchange (Pennie)

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

Es posible que reúna los requisitos para:

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

¿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)			
	138-149%	150-199%	200-249%	DEL 250% AL 400%
Individual	$22,024.80 – $23,939.99	$23,940.00 – $31,919.99	$31,920.00 – $39,899.99	$39,900.00 – $63,840.00
Familia de 2	$29,863.20 – $32,459.99	$32,460.00 – $43,279.99	$43,280.00 – $54,099.99	$54,100.00 – $86,560.00
Familia de 3	$37,701.60 – $40,979.99	$40,980.00 – $54,639.99	$54,640.00 – $68,299.99	$68,300.00 – $109,280.00
Familia de 4	$45,540.00 – $49,499.99	$49,500.00 – $66,599.99	$66,600.00 – $82,499.99	$82,500.00 – $132,000.00
Familia de 5	$53,378.40 – $58,019.99	$58,020.00 – $77,359.99	$77,360.00 – $96,699.99	$96,700.00 – $154,720.00
Familia de 6	$61,216.80 – $66,539.99	$66,540.00 – $88,719.99	$88,720.00 – $110,899.99	$110,900.00 – $177,440.00
Familia de 7	$69,055.20 – $75,059.99	$75,060.00 – $100,079.99	$100,080.00 – $125,099.99	$125,100.00 – $200,160.00
Familia de 8[3]	$76,893.60 – $83,579.99	$83,580.00 – $111,439.99	$111,440.00 – $139,299.99	$139,300.00 – $222,880.00
Puede ser elegible para...				
Tipo	Crédito tributario de prima y cost-sharing reduction (CSR, reducción de costos compartidos)			Crédito tributario de prima
Planes de salud	Silver 138-149% CSR Plans	Planes Silver 150-199% CSR	Planes Silver 200-249% CSR	Planes estándar
Más información	Páginas 63-69	Páginas 56-62	Páginas 49-55	Páginas 19-46

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 elegir un plan Silver de reducción de costos compartidos, que ofrece deducibles, copagos y coseguros más bajos. Si no elige un plan Silver de reducción de costos compartidos, es posible que aún pueda recibir ayuda para pagar la 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 Blue Shield Global Solutions℠



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.

Para eso están los planes de salud de Blue Cross Blue Shield 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.

Para obtener más información y una cotización instantánea

Visite **ibx.com/global**.

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

Blue Cross Blue Shield Global Solutions es el nombre comercial de Worldwide Insurance Services, LLC (Blue Cross Blue Shield Global Solutions Insurance Services en California y BCBS Global Solutions Insurance Services en New York), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, y se ofrece en colaboración con las compañías de Blue Cross and Blue Shield en determinadas áreas de servicio. Blue Cross Blue Shield Global Solutions es una marca propiedad de Blue Cross and Blue Shield Association.

Los servicios de telemedicina son prestados por Teladoc Health, directamente a los miembros. Blue Cross Blue Shield Global Solutions no asume ni acepta responsabilidad alguna por la información que proporciona Teladoc Health ni por los servicios que presta 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.

Nunca deje de cuidarse.

Independence

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.

IBX

Never stop caring

24877 4945300 (10/26)