



# Planes de salud 2018 Individuales y familiares





# ¡Hola!

Elegir un plan de seguro de salud es una decisión importante y nos complace que esté considerando a Independence Blue Cross.

Con la red más grande de médicos y hospitales de la región, le ofrecemos la elección más amplia de cuidados de calidad en la región. Y cuando necesite ayuda, estamos aquí para apoyarlo, en línea, por teléfono e incluso en persona, para que deje de preocuparse por su atención médica y viva sin miedo.

Elija Independence Blue Cross:

- Seguridad
- Flexibilidad
- Ahorros

# Contenido

Conozca nuestros planes . . . . .	2
HMO, EPO y PPO . . . . .	2
¿Cuál es la diferencia? . . . . .	3
Niveles de Platinum, Gold, Silver y Bronze. . . . .	3
Planes destacados . . . . .	4
Planes HMO Proactive . . . . .	4
HSA: una opción para ahorrar . . . . .	6
Obtenga información acerca de la ayuda financiera . . . . .	7
Compare nuestros planes. . . . .	8
Otra cobertura. . . . .	10
Medicamentos recetados. . . . .	10
Planes de seguro de salud internacional, atención de la vista para adultos y atención dental para adultos . . . . .	11
Maximice sus beneficios . . . . .	12
Mejore su salud y bienestar general . . . . .	13
Planes 2018. . . . .	14
Planes Standard: Platinum, Gold y Silver. . . . .	15
Planes Standard: Bronze y Catastrófico . . . . .	24
Planes Silver Cost-Share Reduction para el 200-249% del FPL (Nivel federal de pobreza) . . . . .	28
Planes Silver Cost-Share Reduction para el 150-199% del FPL (Nivel federal de pobreza) . . . . .	30
Planes Silver Cost-Share Reduction para el 138-149% del FPL (Nivel federal de pobreza) . . . . .	32
Cobertura para nativos americanos u originarios de Alaska. . . . .	34
Glosario . . . . .	35
Información importante sobre los planes . . . . .	36



# Conozca nuestros planes

Ofrecemos una gran variedad de planes de salud que satisfacen sus necesidades y se ajustan a su presupuesto.

## HMO, EPO y PPO

Ofrecemos tres tipos de planes de salud: Organización para el mantenimiento de la salud (HMO), Organización de proveedores exclusivos (EPO) y Organización de proveedores preferidos (PPO). Los planes PPO pueden ser adecuados si usted desea un poco más de libertad y flexibilidad, mientras que los planes HMO pueden ofrecer una prima más baja, puesto que usted elige un médico de atención primaria (PCP) para coordinar su atención y referirlo a especialistas. Los planes EPO quedan entre los dos, pues ofrecen cobertura dentro de la red únicamente,<sup>1</sup> pero no requieren que seleccione un PCP o que obtenga referencias.

### Plan **HMO**



Dentro de la red

Médico de atención primaria

Referencia

Especialista

### Plan **EPO**



Dentro de la red

Médico de atención primaria



Especialista

### Plan **PPO**



Dentro o fuera de la red

Médico de atención primaria



Especialista

Prima más baja ← ..... → Más flexibilidad

Nuestro HMO Proactive con una red escalonada y planes de salud de alto deducible válido para HSA (cuenta de ahorros de salud) están diseñados para ofrecerle el mayor valor por su dinero para el cuidado de la salud. Obtenga los detalles en las páginas 4 a 6.

<sup>1</sup> Excluye emergencias y atención en la sala de emergencias

## ¿Cuál es la diferencia entre estos planes?

Todos nuestros planes abarcan beneficios de salud esenciales como cuidados preventivos, cuidados de emergencia, hospitalización, servicios de maternidad y medicamentos con receta. Pero hay algunas diferencias clave que debe considerar al elegir el mejor plan para usted.

	HMO	HMO Proactive con una red escalonada	EPO	EPO Reserve con una HSA	PPO
Cobertura dentro de la red	✓	✓	✓	✓	✓
Cobertura fuera de la red <sup>1</sup>					✓
Beneficios dentro de la red de todo el país a través de BlueCard® PPO			✓	✓	✓
Requiere seleccionar un médico de atención primaria	✓	✓			
Se necesitan referencias para especialistas	✓	✓			
Incluye una red escalonada para que pueda elegir cuándo ahorrar en atención médica		✓			
Opción de abrir una HSA con beneficios fiscales				✓	

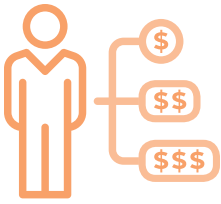
<sup>1</sup> excluye atención urgente y de emergencia



## Planes de salud Platinum, Gold, Silver y Bronze

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que todos los planes estén organizados según el nivel de cobertura que ofrecen: Platinum, Gold, Silver y Bronze. Nuestros planes están organizados para alinearse con estos niveles. Puesto que todos los planes cubren los mismos beneficios de salud esenciales, la diferencia está en lo que paga en costos de primas mensuales y de desembolsos cuando necesita atención. Además, ofrecemos cobertura catastrófica que está disponible para personas menores de 30 años o que reúnen los requisitos para recibir una excepción especial.

	<b>P</b> Platinum	<b>G</b> Gold	<b>S</b> Silver	<b>B</b> Bronze
<b>Costo mensual</b>	\$\$\$\$	\$\$\$	\$\$	\$
<b>Costo de la atención</b>	\$	\$\$	\$\$\$	\$\$\$\$
<b>Una buena opción si los afiliados...</b>	Tienen previsto usar muchos servicios de atención médica	Desean ahorrar en primas mensuales y mantener los desembolsos al mínimo	Necesitan equilibrar la prima mensual con los desembolsos	No planean usar muchos servicios de atención médica



## Planes destacados

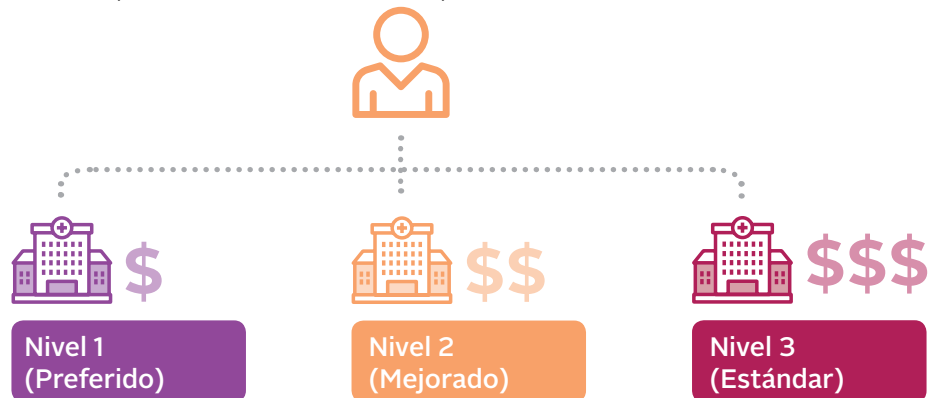
### Nuestros planes de salud más populares: Keystone HMO Proactive

Si busca un plan que le ofrezca el mejor valor, los planes Keystone HMO Proactive con una red escalonada pueden ser adecuados para usted. Ahorrará en primas mensuales, y además tendrá la oportunidad de ahorrar aún más en los desembolsos cada vez que recibe servicios cubiertos.

### Cómo ahorrará

Al igual que en una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) típica, usted selecciona un médico de atención primaria para que lo derive a especialistas y pueda acudir a cualquier médico u hospital de la red de Keystone.

Clasificamos nuestra red en tres niveles en función del costo y, en muchos casos, de medidas de calidad. Si bien todos los médicos y hospitales de nuestra red deben cumplir estrictas normas de calidad, muchos de ellos ofrecen servicios a un menor costo. Los niveles le permiten determinar qué proveedores pueden ofrecer el mejor valor para su atención.



Usted pagará los desembolsos más bajos cuando visite a médicos y hospitales del Nivel 1 (Preferido). La buena noticia es que usted tiene muchas opciones en cuanto a dónde recibir servicios de salud, ya que casi el 50% de los médicos y hospitales participantes se encuentran en el Nivel 1 (Preferido). Pero la decisión siempre la toma usted. Puede elegir el Nivel 1 (Preferido) para ciertos servicios cubiertos y los Niveles 2 o 3 para otros servicios. Además, hay servicios que tienen el mismo costo independientemente de dónde los solicite, como cuidados preventivos, sala de emergencias y atención de urgencia.

### Ofrecemos **cuatro** planes de bajo costo de Keystone HMO Proactive:

Keystone HMO Gold Proactive (pág. 17)

Keystone HMO Silver Proactive (pág. 20)

Keystone HMO Silver Proactive Select (pág. 21)

Keystone HMO Silver Proactive Value (pág. 23)



## Hospitales Blue Distinction Center+

Los hospitales Blue Distinction Center+ (BDC+) son reconocidos por su experiencia y eficacia en atención especializada. Con un plan Keystone HMO Proactive, puede ahorrar en atención especializada eligiendo un hospital BDC+ en Nivel 1 (Preferido) al tiempo que tiene la certeza de:

- Contar con una amplia experiencia en una o más categorías de atención especializada
- Cumplir con rigurosos estándares de calidad
- Demostrar constantemente resultados positivos en la atención

**Asignaciones del nivel de hospitales de Keystone HMO Proactive y hospitales de BDC+**



## Nivel 1 (Preferido) (\$)

### Pennsylvania

#### Bucks

- Aria Health – Bucks County Campus
- Doylestown Hospital
- Grand View Hospital
- Lower Bucks Hospital
- Rothman Orthopaedic Specialty Hospital
- St. Luke's Health Network — Quakertown Campus

#### Chester

- Brandywine Hospital
- Chester County Hospital
- Jennersville Regional Hospital
- Phoenixville Hospital

#### Delaware

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

#### Lehigh

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

#### Montgomery

- Abington Memorial Hospital
- Albert Einstein Medical Center – Montgomery Campus
- Holy Redeemer Hospital and Medical Center
- Lansdale Hospital
- Pottstown Memorial Medical Center
- Suburban Community Hospital

#### Philadelphia

- Albert Einstein Medical Center
- Albert Einstein Medical Center — Germantown Campus
- Aria Health — Frankford Campus
- Aria Health — Torresdale Campus
- Chestnut Hill Hospital
- Hahnemann University Hospital
- Jeanes Hospital

- Roxborough Memorial Hospital
- Wills Eye Hospital

### New Jersey

#### Burlington

- Deborah Heart & Lung Center
- Lourdes Medical Center of Burlington County

#### Camden

- Cooper Hospital University Medical Center

#### Mercer

- Robert Wood Johnson University Hospital at Hamilton
- St. Francis Medical Center

#### Salem

- Memorial Hospital of Salem County

#### Warren

- Hackettstown Community Hospital

## Nivel 2 (Mejorado) (\$\$)

### Pennsylvania

#### Philadelphia

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

### New Jersey

#### Camden

- Our Lady of Lourdes Medical Center

#### Gloucester

- Inspira Medical Center — Woodbury

### Delaware

#### New Castle

- A.I. DuPont Hospital for Children

## Nivel 3 (Estándar) (\$\$\$)

### Pennsylvania

#### Berks

- Reading Hospital and Medical Center
- St. Joseph Medical Center

#### Bucks

- St. Mary Medical Center

#### Chester

- Main Line Health – Paoli Hospital

#### Delaware

- Main Line Health – Riddle Hospital

#### Lancaster

- Ephrata Community Hospital
- Heart of Lancaster Regional Medical Center
- Lancaster General Hospital
- Lancaster Regional Medical Center

#### Lehigh

- Lehigh Valley Hospital
- Lehigh Valley Hospital – Muhlenberg
- Sacred Heart Hospital

#### Montgomery

- Main Line Health – Bryn Mawr Hospital
- Main Line Health – Lankenau Medical Center

#### Philadelphia

- Hospital of the University of Pennsylvania
- Mercy Fitzgerald Hospital
- Mercy Philadelphia Hospital
- Methodist Hospital
- Nazareth Hospital
- Penn Presbyterian Medical Center
- Pennsylvania Hospital
- Temple – Northeast Campus
- Temple University Hospital
- Thomas Jefferson University Hospital

### New Jersey

#### Burlington

- Virtua Memorial Hospital
- Virtua Marlton Hospital

#### Camden

- Kennedy University Hospitals — Cherry Hill Division
- Kennedy University Hospitals — Stratford Division
- Kennedy University Hospitals — Washington Township Division
- Virtua Voorhees Hospital

#### Hunterdon

- Hunterdon Medical Center

#### Mercer

- Capital Health System – Fuld Campus
- Capital Health System – Hopewell Campus

#### Salem

- Inspira Medical Center – Elmer

#### Warren

- St. Luke's Health Network — Warren Hospital

### Delaware

#### New Castle

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

### Maryland

#### Cecil

- Union Hospital

## Especialidades Blue Distinction® Center +

- Atención cardíaca
- Cirugía de columna

- Reemplazo de rodilla y cadera
- Atención durante el embarazo

Las asignaciones de niveles se revisan anualmente y están sujetas a cambios. Visite [ibx.com/proactivehospitals](https://ibx.com/proactivehospitals) para la lista actual.

## HSA: una opción para ahorrar

Cuando selecciona un plan de salud con alto deducible válida para la HSA y lo combina con una cuenta de ahorros médicos (HSA), usted obtiene acceso a una amplia red de médicos, especialistas y hospitales, y la opción de ahorrar dinero en una HSA con beneficios fiscales para ayudarle con los desembolsos.

### Ventajas de una HSA

#### Cómo funcionan las HSA

- Ahorre dinero ahora para gastos de atención médica en el futuro
  - Pague por gastos de salud calificados, incluyendo gastos dentales y de la vista
  - El dinero no utilizado ese año estará disponible el año siguiente



#### Cómo puede ahorrar dinero

- El dinero que gana está libre de impuestos
- El dinero que retira está libre de impuestos
- El dinero que aporta está libre de impuestos



#### Planes que incluyen cuentas HSA

Personal Choice® EPO Silver Reserve . . . . .	19
Personal Choice® EPO Silver Reserve Select . . . . .	19
Personal Choice® EPO Bronze Reserve . . . . .	25



#### Vea crecer sus ahorros año tras año

Supongamos que aporta \$2,000 a su cuenta HSA cada año y retira, en promedio, \$1,000 para gastos médicos calificados. Con un retorno sobre la inversión del 2%, sus ahorros crecerán cada año.



**\$3,810.37**  
Ahorros de impuestos al final del año 10

**\$10,949.72**  
Saldo al final del año 10

El cuadro anterior se muestra con fines ilustrativos solamente. El ejemplo asume una categoría impositiva del 15%, impuestos estatales del 3% y asume que las opciones de inversión producen un retorno del 2%. Consulte con su asesor de impuestos su situación particular. El retorno sobre la inversión no está garantizado.



## Obtenga información acerca de la ayuda financiera

Hay ayuda financiera disponible para ayudar con el pago del seguro de salud para aquellos que califiquen. Existen varios tipos de ayuda financiera para ayudar a personas a pagar por el seguro de salud:

**Seguro de salud gratuito o de bajo costo a través de Medicaid** – Medicaid es un programa público y gratuito de seguro de salud administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para más información, visite [dhs.pa.gov](https://dhs.pa.gov).

**Primas mensuales más bajas y menores desembolsos cuando reciba atención médica** – Puede calificar para recibir ayuda para pagar su prima mensual a través de un crédito fiscal, también conocido como subsidio. También puede ser elegible para recibir ayuda con los desembolsos cuando necesite atención médica.<sup>2</sup>

**Primas mensuales más bajas** – Es posible que califique para recibir ayuda para pagar sus primas mensuales a través de un subsidio.<sup>2</sup>

Puede elegir que se pague su subsidio directamente a su compañía de seguros de salud para tener ahorros inmediatos.

Si su % de ingresos del nivel federal de pobreza es...					
	Menos de 138%	138 – 149%	150 – 199%	200 – 249%	250 – 400%
Individual	< \$16,642.79	\$16,642.80 – \$18,089.99	\$18,090.00 – \$24,119.99	\$24,120.00 – \$30,149.99	\$30,150.00 – \$48,239.99
Familia de 2	< \$22,411.19	\$22,411.20 – \$24,359.99	\$24,360.00 – \$32,479.99	\$32,480.00 – \$40,599.99	\$40,600.00 – \$64,959.99
Familia de 3	< \$28,179.59	\$28,179.60 – \$30,629.99	\$30,630.00 – \$40,839.99	\$40,840.00 – \$51,049.99	\$51,050.00 – \$81,679.99
Familia de 4	< \$33,947.99	\$33,948.00 – \$36,899.99	\$36,900.00 – \$49,199.99	\$49,200.00 – \$61,499.99	\$61,500.00 – \$98,399.99
Familia de 5	< \$39,716.39	\$39,716.40 – \$43,169.99	\$43,170.00 – \$57,559.99	\$57,560.00 – \$71,949.99	\$71,950.00 – \$115,119.99
Familia de 6	< \$45,484.79	\$45,484.80 – \$49,439.99	\$49,440.00 – \$65,919.99	\$65,920.00 – \$82,399.99	\$82,400.00 – \$131,839.99
Familia de 7	< \$51,253.19	\$51,253.20 – \$55,709.99	\$55,710.00 – \$74,219.99	\$74,280.00 – \$92,849.99	\$92,850.00 – \$148,559.99
Familia de 8 <sup>3</sup>	< \$57,021.59	\$57,021.60 – \$61,979.99	\$61,980.00 – \$82,639.99	\$82,640.00 – \$103,299.99	\$103,300.00 – \$165,279.99
Puede ser elegible para recibir...					
	Seguro de salud gratuito o de bajo costo	Subsidio para reducir el pago de primas y reducción de los costos compartidos (CSR)	Subsidio para reducir el pago de primas y reducción de los costos compartidos (CSR)	Subsidio para reducir el pago de primas y reducción de los costos compartidos (CSR)	Subsidio para reducir el pago de primas
Tipos de planes	Asistencia médica (Medicaid)	Planes Silver 138–149% CSR	Planes Silver 150-199% CSR	Planes Silver 200-249% CSR	Subsidio para costo de primas con nuestros planes estándar
Más información	<a href="https://dhs.pa.gov">dhs.pa.gov</a>	p. 32–33	p. 30–31	p. 28–29	p. 15–25

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, edad y tamaño de su familia. Las determinaciones finales acerca de la elegibilidad y del monto real de su crédito tributario/subsidio serán realizadas por el gobierno federal.

### ¿Es usted indio americano o nativo de Alaska?

El gobierno ofrece planes Platinum, Gold, Silver y Bronze con costos compartidos similares o sin costos compartidos para quienes califiquen. Vea la página 34 o visite [healthcare.gov](https://healthcare.gov) para determinar si puede calificar para un plan con costos compartidos similares o sin costos compartidos.

1 Si usted califica para este tipo de ayuda, debe seleccionar un plan Silver Cost-Share Reduction, el cual ofrece menores deducibles, copagos y coseguro. Si no selecciona un plan Silver Cost-Share Reduction (reducción de costos compartidos), quizá aún pueda recibir ayuda para pagar su prima mensual, pero no podrá recibir ayuda para pagar sus deducibles, copagos y coseguro.

2 Si usted califica para un subsidio para primas mensuales, puede elegir de entre cualquiera de los planes estándar en los niveles de Platinum, Gold, Silver o Bronze. Aunque no reúna los requisitos para obtener un subsidio, usted puede elegir cualquiera de estos planes.

3 En caso de que sean más de ocho, agregue este importe para cada persona adicional: \$4,180.

Fuente: ASPE HHS, <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

## Compare nuestros planes

Para que le resulte más sencillo tomar la decisión, utilice el cuadro que se muestra a continuación para comparar todos los planes de salud punto por punto. Incluye los beneficios utilizados más frecuentemente y su costo compartido para que pueda identificar planes que se adecuen a sus necesidades. Incluso puede escribir su prima mensual de la hoja de tarifas que se proporciona en este paquete. Después de limitar sus opciones, puede ver nuestras tablas de beneficios detallados en la página 15, o bien revise nuestros planes destacados comenzando en la página 4.

### Comparación de planes de alto nivel

	Platinum		Gold			Silver		
Nombre del plan	Personal Choice® EPO Platinum	Keystone HMO Platinum	Personal Choice® PPO Gold	Keystone HMO Gold	Keystone HMO Gold Proactive	★ Personal Choice® PPO Silver	Personal Choice® EPO Silver Reserve	Personal Choice® EPO Silver Reserve Select <sup>4</sup>
Beneficios fuera de la red			✓			✓		
Se requiere médico de atención primaria y referencias		✓		✓	✓			
Desembolso máximo	\$4,000	\$4,500	\$6,000	\$6,000	\$7,350	\$6,500	\$6,650	\$6,600
Ded	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2,500	\$2,700	\$2,700
Consulta a médico de atención primaria	\$15	\$20	\$30	\$35	Nivel 1 – \$15 Nivel 2 – \$30 Nivel 3 – \$45	\$30 sin ded	30% tras ded	30% tras ded
Consulta con un especialista	\$50	\$40	\$65	\$65	Nivel 1 – \$40 Nivel 2 – \$60 Nivel 3 – \$80	\$70 sin ded	30% tras ded	30% tras ded
Hospitalización	\$300/día <sup>1</sup>	\$400/día <sup>1</sup>	\$750/día <sup>1</sup>	\$750/día <sup>1</sup>	Nivel 1 – \$350/día <sup>1</sup> Nivel 2 – \$700/día <sup>1</sup> Nivel 3 – \$1,100/día <sup>1</sup>	25% tras ded <sup>2</sup>	30% tras ded	30% tras ded
Medicamentos recetados genéricos	\$10	\$10	\$15	\$15	\$15	\$15 sin ded	30% tras ded	30% tras ded
Disposiciones especiales	FP	FP	FP LCG	FP LCG	LCG MG PP	AV LCG MG PP	HSA MG PP	HSA MG PP



#### Hoja de trabajo. Use esta sección para calcular su prima estimada.

Ingrese su prima mensual	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Ingrese el monto de su subsidio	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Reste el monto del subsidio de la prima mensual para determinar la prima final								
<b>Prima final</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

ded = Deducible

Reserva = califica para HSA

1 El monto refleja el copago por día. Hay un máximo de cinco copagos por hospitalización.

2 Para PPO Silver, los servicios de hospitalización por maternidad están sujetos a un coseguro de 30% después del deducible.

3 Para PPO Bronze, los servicios de hospitalización por maternidad están sujetos a un coseguro de 50% después del deducible.

4 Estos planes no se ofrecen en el Mercado Federal de Seguros Médicos y deben comprarse directamente mediante Independence.

★ Más popular

AV La cobertura de la vista para adultos está incluida.

FP La red FutureScripts Pharmacy incluye más de 68,000 farmacias.

HSA Este plan es compatible con una cuenta de ahorros de salud.

LCG Medicamentos genéricos de bajo costo disponibles a un costo incluso menor que los genéricos estándar.

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

PP Red preferente de farmacia significa que su cobertura está disponible en más de 50,000 farmacias.

Silver				Bronze				Catastrófico
Keystone HMO Silver <sup>4</sup>	★ Keystone HMO Silver Proactive	Keystone HMO Silver Proactive Select <sup>4</sup>	★ Keystone HMO Silver Proactive Value <sup>4</sup>	Personal Choice <sup>®</sup> PPO Bronze	Keystone HMO Bronze <sup>4</sup>	★ Personal Choice <sup>®</sup> EPO Bronze Reserve	★ Personal Choice <sup>®</sup> EPO Bronze Basic <sup>4</sup>	Personal Choice <sup>®</sup> EPO Catastrófico
\$6,500	\$7,350	\$7,300	\$7,350	\$7,350	\$7,350	\$6,650	\$7,350	\$7,350
\$2,500	Nivel 1 – \$0 Nivel 2 – \$5,500 Nivel 3 – \$5,500	Nivel 1 – \$0 Nivel 2 – \$5,500 Nivel 3 – \$5,500	Nivel 1 – \$1,500 Nivel 2 – \$5,500 Nivel 3 – \$5,500	\$5,500	\$6,850	\$6,650	\$7,350	\$7,350
\$35 sin ded	Nivel 1 – \$40 Nivel 2 – \$50 sin ded Nivel 3 – \$60 sin ded	Nivel 1 – \$40 Nivel 2 – \$50 sin ded Nivel 3 – \$60 sin ded	Nivel 1 – \$40 sin ded Nivel 2 – \$50 sin ded Nivel 3 – \$60 sin ded	\$50 sin ded	\$50 sin ded	0% tras ded	Visitas 1-3: \$40 Visitas 4 y siguientes: 0% tras ded	Visitas 1-3: \$50 Visitas 4 y siguientes: 0% tras ded
\$70 sin ded	Nivel 1 – \$80 Nivel 2 – \$100 sin ded Nivel 3 – \$120 sin ded	Nivel 1 – \$80 Nivel 2 – \$100 sin ded Nivel 3 – \$120 sin ded	Nivel 1 – \$80 sin ded Nivel 2 – \$100 sin ded Nivel 3 – \$120 sin ded	50% tras ded	\$100 sin ded	0% tras ded	0% tras ded	0% tras ded
30% tras ded	Nivel 1 – \$500/día <sup>1</sup> Nivel 2 – Sujeto a ded y \$900/día <sup>1</sup> Nivel 3 – Sujeto a ded y \$1,300/día <sup>1</sup>	Nivel 1 – \$500/día <sup>1</sup> Nivel 2 – Sujeto a ded y \$900/día <sup>1</sup> Nivel 3 – Sujeto a ded y \$1,300/día <sup>1</sup>	Nivel 1 – Sujeto a ded y \$500/día <sup>1</sup> Nivel 2 – Sujeto a ded y \$900/día <sup>1</sup> Nivel 3 – Sujeto a ded y \$1,300/día <sup>1</sup>	25% tras ded <sup>3</sup>	Sujeto a ded y \$700/día <sup>1</sup>	0% tras ded	0% tras ded	0% tras ded
\$15 sin ded	\$15	\$15	\$15	\$15 tras ded (integrado con ded médico)	\$15 tras ded (integrado con ded médico)	0% tras ded (integrado con ded médico)	0% tras ded (integrado con ded médico)	0% tras ded (integrado con ded médico)
LCG MG PP	LCG MG PP	LCG MG PP	LCG MG PP	LCG MG PP	LCG MG PP	HSA MG PP	MG PP	MG PP
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$





# Otra cobertura

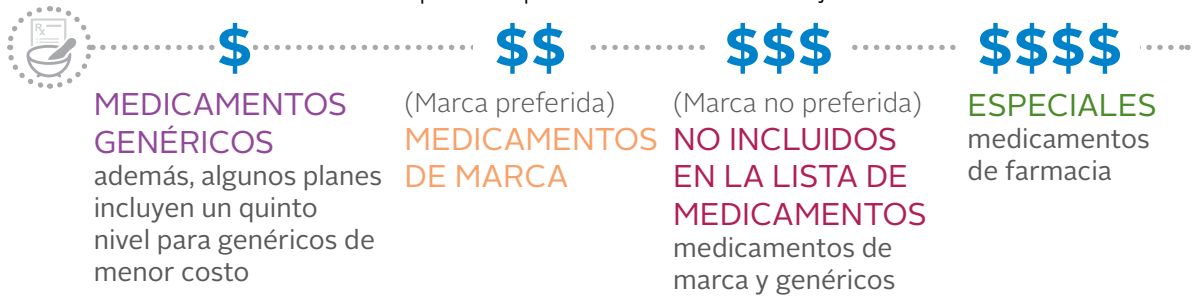
Todas nuestras ofertas de planes de salud incluyen cobertura de medicamentos recetados. Para asegurar que tenga acceso a una cobertura integral, también ofrecemos opciones para cobertura de salud internacional, cobertura dental y de la vista para adultos.

## Beneficios de medicamentos con receta

Nuestros beneficios de medicamentos con receta, administrados por FutureScripts®, ofrecen acceso seguro y asequible a medicamentos cubiertos, al tiempo que se controlan los costos.

### Niveles de costos compartidos

Cuatro niveles de costos compartidos que varían de costos más bajos a más altos:



### Formulario de valor: un nuevo ahorro en medicamentos con receta

Nuestra lista integral de medicamentos genéricos, de marca y especializados puede ayudar a mantener costos más bajos. Sin embargo, los medicamentos pueden no ser cubiertos si hay alternativas que pueden usarse para tratar la misma enfermedad por un menor costo.

			
<b>HERRAMIENTAS EN LÍNEA FÁCILES DE USAR</b>	<b>COMODIDAD AL ORDENAR POR CORREO</b>	<b>MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS AHORROS BRIOVA Rx®</b>	<b>MÁS DE 68 MIL FARMACIAS EN EL PAÍS</b>
Busque una farmacia de la red, estime costos de medicamentos, revise reclamaciones y envíe solicitudes por correo en <a href="http://ibxpress.com">ibxpress.com</a>	Entrega a domicilio gratuita de medicamentos que toma con regularidad; algunos pueden recibir una provisión de 90 días por el costo de una provisión de 60 días	Entrega práctica de medicamentos especializados que se utilizan para tratar enfermedades raras, complejas o crónicas	Amplia red de farmacias minoristas e independientes

## Planes de seguro de salud internacional, atención de la vista para adultos y atención dental para adultos

La cobertura de la vista y dental pediátrica, hasta los 19 años, se incluye en todos los planes de salud de Independence Blue Cross. Para adultos mayores de 19 años, hay planes de la vista y dentales disponibles a través de Independence durante todo el año con o sin inscripción en un plan de salud.



### Planes dentales para adultos

- Flexibilidad para ver a cualquier dentista que desee, a nivel nacional\*
- Una de las redes dentales más grandes del país con más de 62,000 dentistas únicos en más de 244,000 puntos de acceso a nivel nacional
- 100 por ciento de cobertura en la atención preventiva de rutina†
- Cobertura para la mayoría de los servicios dentales básicos y mayores, como obturaciones y endodancias
- Descuentos en servicios no cubiertos con algunos proveedores participantes



### Planes de la vista para adultos

- 100 por ciento de cobertura en un examen de la vista anual de rutina con un proveedor participante
- Armazones de bajo costo o gratuitos de la exclusiva colección de Davis disponible con la mayoría de los proveedores participantes
- Opción de usar una asignación para armazones o lentes de contacto, en vez de anteojos
- Red de proveedores nacionales con más de 60,000 puntos de acceso
- Descuentos en otros servicios incluyendo corrección de la vista con láser



Para inscribirse en un plan dental y/o de la vista para adultos visite [ibx4you.com/muchomas](http://ibx4you.com/muchomas)



### Seguro de salud internacional

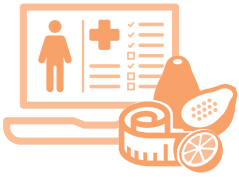
- Planes disponibles para un solo viaje, varios viajes y expatriados
- Acceso en más de 190 países a médicos que hablan inglés y que recibieron capacitación occidental
- Cobertura integral para hospitalizaciones, visitas al médico y medicamentos con receta
- Cobertura para evacuaciones médicas de emergencia, típicamente no cubiertas por planes de salud nacionales
- Facturación electrónica, sin efectivo
- Ayuda 24/7/365 para programar citas y administrar los servicios de salud

Visite [ibx4you.com/global](http://ibx4you.com/global) o llame al 1-855-481-6647 (TTY: 711) para obtener más información y una cotización instantánea.

\*No necesita una referencia para consultar a un especialista ni presentar formularios de reclamación cuando acude a un dentista de la red.

† con un proveedor de la red

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



# Maximice sus beneficios

Como afiliado del plan de salud de Independence Blue Cross, hay varias maneras de ahorrar dinero en servicios comunes de atención médica. Incluso puede optar por recibir atención médica en lugares específicos para una opción más económica.



## Aproveche la telemedicina

Con el servicio de telesalud proporcionado por MDLIVE, usted obtiene acceso 24/7 a un médico certificado por el Consejo de EE.UU. que puede tratar afecciones médicas que no son emergencias<sup>1</sup>, como alergias, problemas en senos paranasales o conjuntivitis, mediante video seguro, teléfono y una aplicación para celulares. Y nunca pagará más de \$40 por suceso.



## Preventive Plus — Colonoscopia preventiva<sup>2</sup>

- Los afiliados pagan \$0 por una colonoscopia preventiva al elegir proveedores y profesionales de gastroenterología Preventive Plus que no estén en un hospital<sup>3</sup>
- Los desembolsos que usted paga pueden ser de hasta \$750 eligiendo proveedores y profesionales que no son de Preventive Plus
- El beneficio Preventive Plus se incluye en todos los planes



## Aproveche las clínicas minoristas y centros de atención de urgencias

Si no puede acudir a su médico, no es necesario que recorra grandes distancias para obtener atención de calidad y servicio rápido. Independence le ofrece dos opciones adicionales para atención que no es de emergencia:

**Centros de atención de urgencias:** para enfermedades o lesiones que no ponen en riesgo la vida, pero que requieren atención médica inmediata, como esguinces, infecciones de los senos paranasales y náuseas

**Clínicas minoristas:** para problemas menos graves, como fiebres, resfriados y erupciones cutáneas

Visite [ibx.com/providerfinder](http://ibx.com/providerfinder) para buscar centros de atención de urgencias y clínicas minoristas



## Ahorre en cirugía ambulatoria

Si necesita un procedimiento quirúrgico ambulatorio, muchos de nuestros planes le ofrecen la posibilidad de pagar menos si acude a centros de cirugía ambulatoria (ASC) de la red. Un ASC es un centro de cirugía independiente que no está en un hospital. Visite [ibx.com/providerfinder](http://ibx.com/providerfinder) para encontrar un ASC cerca de su domicilio. Como en todos los asuntos de atención médica importantes, debe consultar a su médico para determinar el mejor lugar para su atención.



## Obtenga 100% de cobertura para análisis de sangre y otros servicios de laboratorio.

Usted no pagará costos compartidos por análisis de sangre y otros servicios de laboratorio al visitar un laboratorio independiente de nuestra red como Labcorp (planes PPO) o al visitar un centro designado por su médico de atención primaria (planes HMO). Ambos tipos de laboratorios se encuentran en [ibx.com/providerfinder](http://ibx.com/providerfinder).

MDLIVE es una compañía independiente que ofrece servicios de telemedicina para Independence Blue Cross.

1 Aunque lo más recomendable es acudir a su médico de atención primaria para afecciones médicas que no sean emergencias, la telemedicina es una opción cómoda cuando no le es posible visitar el consultorio de su doctor, una clínica minorista o un centro de atención de urgencias. Además, es más económico que visitar la sala de emergencias para una enfermedad que no es una emergencia. En caso de una emergencia, siempre debe acudir directamente a la sala de emergencias más cercana.

2 Las guías de edad y frecuencia aplican a la atención preventiva como las colonoscopías.

3 El beneficio de Preventive Plus no aplica a los miembros que residen o viajan fuera de nuestra área de servicio y acceden a la atención médica a través del programa BlueCard® o el programa de membresía de huésped Away From Home Care®. Sin embargo, si deciden visitar a un proveedor fuera de la red, aplica el costo compartido del beneficio de fuera de la red de su plan y el desembolso puede ser significativamente más alto.



# Mejore su salud y bienestar general



Nos comprometemos a ayudarle a entender sus beneficios y aprovecharlos al máximo. Ya sea que intente buscar un médico, mejorar su salud o tomar una decisión importante, hacemos que sea más fácil lograrlo con Independence.

## Alcance el bienestar

- Herramientas atractivas en línea que hacen que sea más fácil lograr sus objetivos de bienestar
- El plan de acción personalizado incluye actividades y recordatorios continuos
- Habilidad para sincronizar sus aplicaciones de acondicionamiento físico y dispositivos para su avance y biométrica
- Reembolsos por hacer ejercicio en el gimnasio, control de peso y programas para dejar de fumar



## Mejore su salud

- Acceso 24/7 a un asesor de salud que es un enfermero certificado que puede responder sus preguntas sobre cualquier tema de salud
- Recursos y apoyo que le ayudan a manejar su salud
- Administradores de casos para ayudarle a hacer los trámites para enfermedades o afecciones complejas
- Si está embarazada, Baby BluePrints® es un programa gratuito que le proporciona ayuda, incluyendo mensajes de correo electrónico oportunos y acceso 24/7 a una enfermera certificada

## Descuentos y ahorros

- Hasta seis consultas gratuitas de asesoría de nutrición
- Recetas saludables y cupones disponibles en [getgoodliving.com](http://getgoodliving.com)\*
- Descuentos para ahorrar dinero en productos y servicios de salud y bienestar\*
- Descuentos en parques de diversiones, hoteles, compras, boletos para el cine, eventos deportivos y museos\*

## Herramientas e información sobre los beneficios

- Sumario de beneficios, folletos, EOB, referencias, reclamaciones y gastos, puede acceder a todo esto en [ibxpress.com](http://ibxpress.com) y en nuestra aplicación para celulares
- Herramienta para buscar un médico y estimador de costo de tratamientos
- Buscador de medicamentos con receta y precios
- Herramienta Ask IBX que responde preguntas



### IBX Wire®

Inscríbese para recibir mensajes de texto sobre descuentos y ahorros exclusivos en [ibx.com/getwired](http://ibx.com/getwired).

\* Los programas de valor agregado no son beneficios y están sujetos a cambios.

Pueden aplicar tarifas estándar de datos y mensajes. Envíe un mensaje con la palabra STOP (parar) para suspender y HELP (ayuda) para obtener ayuda. Los términos y condiciones están disponibles en [myhelpsite.net/ibx](http://myhelpsite.net/ibx). Los mensajes de notificación en IBX Wire se envían a través de mensajes de texto automatizados. La inscripción en IBX Wire no es un requisito para comprar bienes y servicios de Independence Blue Cross. Wire es una marca registrada de Relay Network, LLC, una compañía independiente.

# Planes Estándar 2018

---



## Inscríbase

Solicitarlo es fácil: contacte a su agente para recibir asistencia, o contáctenos al 1-844-888-1539 (TTY: 711) o [ibx4you.com/mas](http://ibx4you.com/mas)

Planes de salud Platinum	Personal Choice® EPO Platinum <sup>2</sup>	Keystone HMO Platinum <sup>2</sup>
<b>Beneficios por año calendario<sup>1</sup></b>	<b>En la red usted paga<sup>3</sup></b>	<b>En la red usted paga<sup>3</sup></b>
Deducible individual/familiar	\$0/\$0	\$0/\$0
Coseguro	0% si no se indica lo contrario	0% si no se indica lo contrario
Desembolso máximo individual/familiar, incluye:	\$4,000/\$8,000 por copago y coseguro	\$4,500/\$9,000 por copago y coseguro
<b>Servicios preventivos<sup>5</sup></b>		
Cuidado preventivo para adultos y niños	\$0	\$0
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal: proveedores Preventive Plus	\$0	\$0
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal: en hospital	\$750	\$750
<b>Servicios médicos</b>		
Visita a consultorio de cuidado primario/clínica minorista	\$15	\$20
Visitas al consultorio de un especialista	\$50	\$40
Telemedicina <sup>28</sup>	\$40	\$40
Atención de urgencia	\$100	\$100
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) <sup>6</sup>	\$50	\$50
Terapia física/ocupacional (30 visitas por año) <sup>6</sup>	\$50	\$40
<b>Servicios de hospital/otros servicios médicos</b>		
Servicios de hospitalización (incluye maternidad)	\$300 por día <sup>7</sup>	\$400 por día <sup>7</sup>
Servicios profesionales durante hospitalización (incluye maternidad)	\$0	\$0
Sala de emergencias (no exento de pago si se le hospitaliza)	\$250	\$250
Radiología rutinaria	\$40	\$30
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA Scan, PET)	\$80	\$60
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables	\$100	\$60
Equipos médicos duraderos/prótesis	50%	50%
Salud mental, tratamiento de enfermedades mentales graves y abuso de sustancias — paciente ambulatorio	\$50	\$40
Salud mental, tratamiento de enfermedades mentales graves y abuso de sustancias — paciente internado	\$300 por día <sup>7</sup>	\$400 por día <sup>7</sup>
<b>Cirugía ambulatoria</b>		
Centro de cirugía ambulatoria	10%, hasta \$50 máx.	10%, hasta \$100 máx.
En hospital	10%, hasta \$250 máx.	10%, hasta \$300 máx.
<b>Laboratorio/patología para pacientes ambulatorios</b>		
Independiente	0%	\$0
En hospital	50%	\$0
<b>Medicamentos con receta<sup>14,15,†</sup></b>		
Deducible de medicamentos recetados (individual/familiar)	Ninguno	Ninguno
Genérico en farmacia minorista <sup>16</sup>	\$10	\$10
Marca preferida en farmacia minorista <sup>16</sup>	\$50	\$50
Medicamento no preferido en farmacia minorista <sup>16</sup>	\$100	\$100
Especialidad minorista	50% hasta \$700	50% hasta \$700
<b>Beneficios adicionales</b>		
<b>Vista<sup>20,21</sup></b>		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>22,23</sup>	\$0	\$0
<b>Dental<sup>24,25</sup></b>		
Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50
Exámenes y limpiezas pediátricas <sup>26</sup>	\$0 sin ded	\$0 sin ded
Servicios de ortodoncia pediátricos básicos y mayores <sup>27</sup>	50% tras ded	50% tras ded



Planes de salud Gold	Personal Choice® PPO Gold <sup>2</sup>	
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>	En la red usted paga	Fuera de la red usted paga <sup>4</sup>
Ded individual/familiar	\$0/\$0	\$4,000/\$8,000
Coseguro	20% si no se indica lo contrario	50%
Desembolso máximo individual/familiar, incluye: <sup>11</sup>	\$6,000/\$12,000 por copago y coseguro	\$8,000/\$16,000 ded y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>		
Cuidado preventivo para adultos y niños	\$0	50% sin ded
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal: proveedores Preventive Plus	\$0	n/a
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal: en hospital	\$750	50% sin ded
Servicios médicos		
Visita a consultorio de cuidado primario/clínica minorista	\$30	50% tras ded
Visitas al consultorio de un especialista	\$65	50% tras ded
Telemedicina <sup>28</sup>	\$40	No se cubre
Atención de urgencia	\$100	50% tras ded
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) <sup>6</sup>	\$50	50% tras ded
Terapia física/ocupacional (30 visitas por año) <sup>6</sup>	\$60	50% tras ded
Servicios de hospital/otros servicios médicos		
Servicios de hospitalización (incluye maternidad)	\$750 por día <sup>7</sup>	50% tras ded
Servicios profesionales durante hospitalización (incluye maternidad)	20%	50% tras ded
Sala de emergencias (no exento de pago si se le hospitaliza)	\$350	\$350 sin ded
Radiología rutinaria	\$60	50% tras ded
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA Scan, PET)	\$120	50% tras ded
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables	\$120	50% tras ded
Equipos médicos duraderos/prótesis	50%	50% tras ded
Salud mental, tratamiento de enfermedades mentales graves y abuso de sustancias — paciente ambulatorio	\$65	50% tras ded
Salud mental, tratamiento de enfermedades mentales graves y abuso de sustancias — paciente internado	\$750 por día <sup>7</sup>	50% tras ded
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria	25%, hasta \$300 máx.	50% tras ded
En hospital	25%, hasta \$700 máx.	50% tras ded
Laboratorio/patología para pacientes ambulatorios		
Independiente	0%	50% tras ded
En hospital	50%	50% tras ded
Medicamentos con receta <sup>14,15,†</sup>		
Ded para receta (individual/familiar)	Ninguno	Ninguno
Genérico en farmacia minorista <sup>19</sup>	\$15 <sup>16</sup>	70%
Farmacia minorista, marca preferida	40% hasta \$200 <sup>16</sup>	70%
Medicamento no preferido en farmacia minorista	50% hasta \$200 <sup>16</sup>	70%
Especialidad minorista	50% hasta \$700	No se cubre
Beneficios adicionales		
Vista <sup>20,21</sup>		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>22,23</sup>	\$0	No se cubre
Dental <sup>24,25</sup>		
Ded de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	n/a
Exámenes y limpiezas pediátricas <sup>26</sup>	\$0 sin ded	No se cubre
Servicios de ortodoncia pediátricos básicos y mayores <sup>27</sup>	50% tras ded	No se cubre

Keystone HMO Gold <sup>2</sup>	Keystone HMO Gold Proactive <sup>2</sup>		
En la red usted paga <sup>3</sup>	En la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1 – Preferido	En la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2 – Mejorado	En la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3 – Estándar
\$0/\$0	\$0/\$0	\$0/\$0	\$0/\$0
20% si no se indica lo contrario	0% si no se indica lo contrario	20% si no se indica lo contrario	30% si no se indica lo contrario
\$6,000/\$12,000 por copago y coseguro	\$7,350/\$14,700 por copago y coseguro	\$7,350/\$14,700 por copago y coseguro	\$7,350/\$14,700 por copago y coseguro
\$0	\$0	\$0	\$0
\$0	\$0	\$0	\$0
\$750	\$750	\$750	\$750
\$35	\$15 <sup>13</sup>	\$30 <sup>13</sup>	\$45 <sup>13</sup>
\$65	\$40	\$60	\$80
\$40	\$40	\$40	\$40
\$100	\$100	\$100	\$100
\$50	\$50	\$50	\$50
\$60	\$60	\$60	\$60
\$750 por día <sup>7</sup>	\$350 por día <sup>7</sup>	\$700 por día <sup>7</sup>	\$1,100 por día <sup>7</sup>
20%	0%	20%	30%
\$350	\$400 <sup>12</sup>	\$400 <sup>12</sup>	\$400 <sup>12</sup>
\$60	\$60	\$60	\$60
\$120	\$120	\$120	\$120
\$120	50%	50%	50%
50%	50%	50%	50%
\$65	\$40	\$40	\$40
\$750 por día <sup>7</sup>	\$350 por día <sup>7</sup>	\$350 por día <sup>7</sup>	\$350 por día <sup>7</sup>
25%, hasta \$300 máx.	\$150	\$550	\$1,000
25%, hasta \$700 máx.	\$150	\$550	\$1,000
\$0	\$0	\$0	\$0
\$0	\$0	\$0	\$0
Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
\$15 <sup>16,17</sup>	\$15 <sup>16,17</sup>	\$15 <sup>16,17</sup>	\$15 <sup>16,17</sup>
40% hasta \$200	50% hasta \$200 <sup>16,17,18</sup>	50% hasta \$200 <sup>16,17,18</sup>	50% hasta \$200 <sup>16,17,18</sup>
50% hasta \$200 <sup>16</sup>	50% hasta \$300 <sup>17,18</sup>	50% hasta \$300 <sup>16,17,18</sup>	50% hasta \$300 <sup>16,17,18</sup>
50% hasta \$700	50% hasta \$700 <sup>17,18</sup>	50% hasta \$700 <sup>17,18</sup>	50% hasta \$700 <sup>17,18</sup>
\$0	\$0	\$0	\$0
\$50	\$50	\$50	\$50
\$0 sin ded	\$0 sin ded	\$0 sin ded	\$0 sin ded
50% tras ded	50% tras ded	50% tras ded	50% tras ded

Planes de salud Silver	Personal Choice® PPO Silver <sup>2</sup>	
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>	En la red usted paga	Fuera de la red usted paga <sup>4</sup>
Ded individual/familiar	\$2,500/\$5,000	\$10,000/\$20,000
Coseguro	30% si no se indica lo contrario	50% si no se indica lo contrario
Desembolso máximo individual/familiar, incluye:	\$6,500/\$13,000 copago, ded y coseguro	\$20,000/\$40,000 ded y coseguro
Servicios preventivos <sup>5</sup>		
Cuidado preventivo para adultos y niños	\$0 sin ded	50% sin ded
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal: proveedores Preventive Plus	\$0 sin ded	n/a
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal: en hospital	\$750 sin ded	50% sin ded
Servicios médicos		
Visita a consultorio de cuidado primario/clínica minorista	\$30 sin ded	50% tras ded
Visitas al consultorio de un especialista	\$70 sin ded	50% tras ded
Telemedicina <sup>28</sup>	\$40 sin ded	No se cubre
Atención de urgencia	30% tras ded	50% tras ded
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) <sup>6</sup>	30% tras ded	50% tras ded
Terapia física/ocupacional (30 visitas por año) <sup>6</sup>	\$70 sin ded	50% tras ded
Servicios de hospital/otros servicios médicos		
Servicios de hospitalización (incluye maternidad)	25% tras ded <sup>8</sup>	50% tras ded
Servicios profesionales durante hospitalización (incluye maternidad)	30% tras ded	50% tras ded
Sala de emergencias (no exento de pago si se le hospitaliza)	30% tras ded	30%, tras ded dentro de la red
Radiología rutinaria	30% tras ded	50% tras ded
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA Scan, PET)	30% tras ded	50% tras ded
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables	30% tras ded	50% tras ded
Equipos médicos duraderos/prótesis	50% tras ded	50% tras ded
Salud mental, tratam. de enf. mentales graves y abuso de sust. - ambulatorio	\$70 sin ded	50% tras ded
Salud mental, tratam. de enf. mentales graves y abuso de sust. - internado	25% tras ded	50% tras ded
Cirugía ambulatoria		
Centro de cirugía ambulatoria	30% tras ded	50% tras ded
En hospital	50% tras ded	50% tras ded
Laboratorio/patología para pacientes ambulatorios		
Independiente	0% sin ded	50% tras ded
En hospital	50% sin ded	50% tras ded
Medicamentos con receta <sup>14,15,17,18,3</sup>		
Ded para receta (individual/familiar)	Integrado con ded médico	Integrado con ded médico
Medicamentos genéricos en farmacia minorista	\$15 sin ded <sup>16,19</sup>	70% sin ded
Farmacia minorista, marca preferida	50% tras ded hasta \$300 <sup>16</sup>	70% tras ded
Medicamento no preferido en farmacia minorista	50% tras ded hasta \$400 <sup>16</sup>	70% tras ded
Especialidad minorista	50% tras ded hasta \$700	No se cubre
Beneficios adicionales		
Vista <sup>20,21</sup>		
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>22,23</sup>	\$0 sin ded	No se cubre
Examen de la vista rutinaria para adulto <sup>22</sup>	\$0 sin ded	No se cubre
Lentes para adultos (anteojos o lentes de contacto)	Asignación de hasta \$100 para armazones o lentes de contacto; asign. de hasta \$150 en tiendas Visionworks	No se cubre
Dental <sup>24,25</sup>		
Ded de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	No se cubre
Exámenes y limpiezas pediátricas <sup>26</sup>	\$0 sin ded	No se cubre
Servicios de ortodoncia pediátricos básicos y mayores <sup>27</sup>	50% tras ded	No se cubre

Personal Choice EPO Silver Reserve <sup>2</sup>	OFF Personal Choice EPO Silver Reserve Select <sup>2</sup>	OFF Keystone HMO Silver <sup>2</sup>
<b>En la red usted paga<sup>3</sup></b>	<b>En la red usted paga<sup>3</sup></b>	<b>En la red usted paga<sup>3</sup></b>
\$2,700/\$5,400	\$2,700/\$5,400	\$2,500/\$5,000
30% si no se indica lo contrario	30% si no se indica lo contrario	30% si no se indica lo contrario
\$6,650/\$13,300 copago, ded y coseguro	\$6,600/\$13,200 copago, ded y coseguro	\$6,500/\$13,000 copago, ded y coseguro
\$0 sin ded	\$0 sin ded	\$0 sin ded
\$0 sin ded	\$0 sin ded	\$0 sin ded
\$750 sin ded	\$750 sin ded	\$750 sin ded
30% tras ded	30% tras ded	\$35 sin ded
30% tras ded	30% tras ded	\$70 sin ded
30% tras ded	30% tras ded	\$40 sin ded
30% tras ded	30% tras ded	30% tras ded
30% tras ded	30% tras ded	30% tras ded
30% tras ded	30% tras ded	\$60 sin ded
30% tras ded	30% tras ded	30% tras ded
30% tras ded	30% tras ded	30% tras ded
30% tras ded	30% tras ded	30% tras ded
30% tras ded	30% tras ded	\$120 sin ded
30% tras ded	30% tras ded	\$250 sin ded
30% tras ded	30% tras ded	30% tras ded
30% tras ded	30% tras ded	50% tras ded
30% tras ded	30% tras ded	\$70 sin ded
30% tras ded	30% tras ded	30% tras ded
30% tras ded	30% tras ded	30% tras ded
30% tras ded	30% tras ded	50% tras ded
30% tras ded	30% tras ded	\$0 sin ded
30% tras ded	30% tras ded	\$0 sin ded
Integrado con ded médico	Integrado con ded médico	Integrado con ded médico
30% tras ded <sup>16</sup>	30% tras ded <sup>16</sup>	\$15 sin ded <sup>16,19</sup>
30% tras ded <sup>16</sup>	30% tras ded <sup>16</sup>	50% tras ded hasta \$300 <sup>16</sup>
30% tras ded <sup>16</sup>	30% tras ded <sup>16</sup>	50% tras ded hasta \$400 <sup>16</sup>
50% tras ded hasta \$700	50% tras ded hasta \$700	50% tras ded hasta \$700
Integrado con ded médico	Integrado con ded médico	
\$0 sin ded	\$0 sin ded	\$0 sin ded
No se cubre	No se cubre	No se cubre
No se cubre	No se cubre	No se cubre
Integrado con ded médico	Integrado con ded médico	\$50
\$0 sin ded	\$0 sin ded	\$0 sin ded
30% tras ded	30% tras ded	50% tras ded

Planes de salud Silver	Keystone HMO Silver Proactive <sup>2</sup>		
Beneficios por año calendario <sup>1</sup>	En la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1 – Preferido	En la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2 – Mejorado	En la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3 – Estándar
Ded individual/familiar <sup>10</sup>	\$0/\$0	\$5,500/\$11,000	\$5,500/\$11,000
Coseguro	0% si no se indica lo contrario	5% si no se indica lo contrario	10% si no se indica lo contrario
Desembolso máximo individual/familiar, incluye: <sup>11</sup>	\$7,350/\$14,700 copago y coseguro	\$7,350/\$14,700 copago, ded y coseguro	\$7,350/\$14,700 copago, ded y coseguro
<b>Servicios preventivos<sup>5</sup></b>			
Cuidado preventivo para adultos y niños	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal: proveedores Preventive Plus	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal: en hospital	\$750	\$750 sin ded	\$750 sin ded
<b>Servicios médicos</b>			
Visita a consultorio de cuidado primario/clínica minorista <sup>13</sup>	\$40	\$50 sin ded	\$60 sin ded
Visitas al consultorio de un especialista	\$80	\$100 sin ded	\$120 sin ded
Telemedicina <sup>28</sup>	\$40	\$40 sin ded	\$40 sin ded
Atención de urgencia	\$100	\$100 sin ded	\$100 sin ded
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) <sup>6</sup>	\$50	\$50 sin ded	\$50 sin ded
Terapia física/ocupacional (30 visitas por año) <sup>6</sup>	\$80	\$80 sin ded	\$80 sin ded
<b>Servicios de hospital/otros servicios médicos</b>			
Servicios de hospitalización (incluye maternidad)	\$500 por día <sup>7</sup>	Sujeto a ded y \$900 por día <sup>7</sup>	Sujeto a ded y \$1,300 por día <sup>7</sup>
Servicios profesionales durante hospitalización (incluye maternidad)	0%	5% tras ded	10% tras ded
Sala de emergencias (no exento de pago si se le hospitaliza) <sup>12</sup>	\$550	\$550 sin ded	\$550 sin ded
Radiología rutinaria	\$120	\$120 sin ded	\$120 sin ded
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA Scan, PET)	\$250	\$250 sin ded	\$250 sin ded
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables	50%	50% sin ded	50% sin ded
Equipos médicos duraderos/prótesis	50%	50% sin ded	50% sin ded
Salud mental, tratam. de enf. mentales graves y abuso de sust. - ambulatorio	\$80	\$80 sin ded	\$80 sin ded
Salud mental, tratam. de enf. mentales graves y abuso de sust. - internado	\$500 por día <sup>7</sup>	\$500 por día sin ded <sup>7</sup>	\$500 por día sin ded <sup>7</sup>
<b>Cirugía ambulatoria</b>			
Centro de cirugía ambulatoria	\$250	Sujeto a ded y copago de \$750	Sujeto a ded y copago de \$1,250
En hospital	\$250	Sujeto a ded y copago de \$750	Sujeto a ded y copago de \$1,250
<b>Laboratorio/patología para pacientes ambulatorios</b>			
Independiente	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
En hospital	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
<b>Medicamentos con receta<sup>14,15,17,18,‡</sup></b>			
Ded para receta (individual/familiar)	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Genérico en farmacia minorista <sup>16,19</sup>	\$15	\$15	\$15
Marca preferida en farmacia minorista <sup>16</sup>	50% hasta \$400	50% hasta \$400	50% hasta \$400
Medicamento no preferido en farmacia minorista <sup>16</sup>	50% hasta \$500	50% hasta \$500	50% hasta \$500
Especialidad minorista	50% hasta \$700	50% hasta \$700	50% hasta \$700
<b>Beneficios adicionales</b>			
<b>Vista<sup>20,21</sup></b>			
Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>22,23</sup>	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
Examen rutinario de la vista para adulto	No se cubre	No se cubre	No se cubre
Lentes para adultos (anteojos o lentes de contacto)	No se cubre	No se cubre	No se cubre
<b>Dental<sup>24,25</sup></b>			
Ded de servicios dentales pediátricos (por persona)	\$50	\$50	\$50
Exámenes y limpiezas pediátricas <sup>26</sup>	\$0 sin ded	\$0 sin ded	\$0 sin ded
Servicios de ortodoncia pediátricos básicos y mayores <sup>27</sup>	50% tras ded	50% tras ded	50% tras ded



En la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1 – Preferido	En la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2 – Mejorado	En la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3 – Estándar
\$0/\$0	\$5,500/\$11,000	\$5,500/\$11,000
0% si no se indica lo contrario	5% si no se indica lo contrario	10% si no se indica lo contrario
\$7,300/\$14,600 copago y coseguro	\$7,300/\$14,600 copago, ded y coseguro	\$7,300/\$14,600 copago, ded y coseguro
\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
\$750	\$750 sin ded	\$750 sin ded
\$40	\$50 sin ded	\$60 sin ded
\$80	\$100 sin ded	\$120 sin ded
\$40	\$40 sin ded	\$40 sin ded
\$100	\$100 sin ded	\$100 sin ded
\$50	\$50 sin ded	\$50 sin ded
\$80	\$80 sin ded	\$80 sin ded
\$500 por día <sup>7</sup>	Sujeto a ded y \$900 por día <sup>7</sup>	Sujeto a ded y \$1,300 por día <sup>7</sup>
0%	5% tras ded	10% tras ded
\$550	\$550 sin ded	\$550 sin ded
\$120	\$120 sin ded	\$120 sin ded
\$250	\$250 sin ded	\$250 sin ded
50%	50% sin ded	50% sin ded
50%	50% sin ded	50% sin ded
\$80	\$80 sin ded	\$80 sin ded
\$500 por día <sup>7</sup>	\$500 por día sin ded <sup>7</sup>	\$500 por día sin ded <sup>7</sup>
\$250	Sujeto a ded y copago de \$750	Sujeto a ded y copago de \$1,250
\$250	Sujeto a ded y copago de \$750	Sujeto a ded y copago de \$1,250
\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
Ninguno	Ninguno	Ninguno
\$15	\$15	\$15
50% hasta \$400	50% hasta \$400	50% hasta \$400
50% hasta \$500	50% hasta \$500	50% hasta \$500
50% hasta \$700	50% hasta \$700	50% hasta \$700
\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
No se cubre	No se cubre	No se cubre
No se cubre	No se cubre	No se cubre
\$50	\$50	\$50
\$0 sin ded	\$0 sin ded	\$0 sin ded
50% tras ded	50% tras ded	50% tras ded

# Planes de salud Silver

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

Ded individual/familiar<sup>20</sup>

Coseguro

Desembolso máximo individual/familiar, incluye:<sup>21</sup>

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

Cuidado preventivo para adultos y niños

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal: proveedores Preventive Plus

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal: en hospital

## Servicios médicos

Visita a consultorio de cuidado primario/clínica minorista<sup>13</sup>

Visitas al consultorio de un especialista

Telemedicina<sup>28</sup>

Atención de urgencia

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

Terapia física/ocupacional (30 visitas por año)<sup>6</sup>

## Servicios de hospital/otros servicios médicos

Servicios de hospitalización (incluye maternidad)

Servicios profesionales durante hospitalización (incluye maternidad)

Sala de emergencias (no exento de pago si se le hospitaliza)<sup>12</sup>

Radiología rutinaria

Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA Scan, PET)

Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables

Equipos médicos duraderos/prótesis

Salud mental, tratamiento de enfermedades mentales graves y abuso de sustancias — paciente ambulatorio

Salud mental, tratamiento de enfermedades mentales graves y abuso de sustancias — paciente internado

## Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria

En hospital

## Laboratorio/patología para pacientes ambulatorios

Independiente

En hospital

## Medicamentos con receta<sup>14,15,17,18,‡</sup>

Ded para receta (individual/familiar)

Genérico en farmacia minorista<sup>16,19</sup>

Marca preferida en farmacia minorista<sup>16</sup>

Medicamento no preferido en farmacia minorista<sup>16</sup>

Especialidad minorista

## Beneficios adicionales

Vista<sup>20,21</sup>

Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos<sup>22,23</sup>

Examen rutinario de la vista para adulto

Lentes para adultos (anteojos o lentes de contacto)

Dental<sup>24,25</sup>

Ded de servicios dentales pediátricos (por persona)

Exámenes y limpiezas pediátricas<sup>26</sup>

Servicios de ortodoncia pediátricos básicos y mayores<sup>27</sup>

**En la red usted paga<sup>3</sup>  
Nivel 1 – Preferido**

\$1,500/\$3,000

0% si no se indica lo contrario

\$7,350/\$14,700  
copago, ded y coseguro

\$0 sin ded

\$0 sin ded

\$750 sin ded

\$40 sin ded

\$80 sin ded

\$40 sin ded

\$100 sin ded

\$50 sin ded

\$80 sin ded

Sujeto a ded y \$500 por día<sup>7</sup>

0% tras ded

\$550 sin ded

\$120 sin ded

\$250 sin ded

50% sin ded

50% sin ded

\$80 sin ded

Sujeto a ded y \$500 por día<sup>7</sup>

Sujeto a ded y copago de \$250

Sujeto a ded y copago de \$250

\$0 sin ded

\$0 sin ded

Ninguno

\$15

50% hasta \$400

50% hasta \$500

50% hasta \$700

\$0 sin ded

No se cubre

No se cubre

\$50

\$0 sin ded

50% tras ded

**En la red usted paga<sup>3</sup>  
Nivel 2 – Mejorado**

\$5,500/\$11,000

5% si no se indica lo contrario

\$7,350/\$14,700  
copago, ded y coseguro

\$0 sin ded

\$0 sin ded

\$750 sin ded

\$50 sin ded

\$100 sin ded

\$40 sin ded

\$100 sin ded

\$50 sin ded

\$80 sin ded

Sujeto a ded y \$900 por día<sup>7</sup>

5% tras ded

\$550 sin ded

\$120 sin ded

\$250 sin ded

50% sin ded

50% sin ded

\$80 sin ded

Sujeto a ded y \$500 por día<sup>7</sup>

Sujeto a ded y copago de \$750

Sujeto a ded y copago de \$750

\$0 sin ded

\$0 sin ded

Ninguno

\$15

50% hasta \$400

50% hasta \$500

50% hasta \$700

\$0 sin ded

No se cubre

No se cubre

\$50

\$0 sin ded

50% tras ded

**En la red usted paga<sup>3</sup>  
Nivel 3 – Estándar**

\$5,500/\$11,000

10% si no se indica lo contrario

\$7,350/\$14,700  
copago, ded y coseguro

\$0 sin ded

\$0 sin ded

\$750 sin ded

\$60 sin ded

\$120 sin ded

\$40 sin ded

\$100 sin ded

\$50 sin ded

\$80 sin ded

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

10% tras ded

\$550 sin ded

\$120 sin ded

\$250 sin ded

50% sin ded

50% sin ded

\$80 sin ded

Sujeto a ded y \$500 por día<sup>7</sup>

Sujeto a ded y copago de \$1,250

Sujeto a ded y copago de \$1,250

\$0 sin ded

\$0 sin ded

Ninguno

\$15

50% hasta \$400

50% hasta \$500

50% hasta \$700

\$0 sin ded

No se cubre

No se cubre

\$50

\$0 sin ded

50% tras ded

## Planes de salud Bronze

## Personal Choice® PPO Bronze<sup>2</sup>

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

Ded individual/familiar

\$5,500/\$11,000

\$15,000/\$30,000

Coseguro

50% si no se indica lo contrario

50%

Desembolso máximo individual/familiar, incluye:

\$7,350/\$14,700  
copago, ded y coseguro

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

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

Cuidado preventivo para adultos y niños

\$0 sin ded

50% sin ded

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal: proveedores Preventive Plus

\$0 sin ded

n/a

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal: en hospital

\$750 sin ded

50% sin ded

### Servicios médicos

Visita a consultorio de cuidado primario/clínica minorista

\$50 sin ded

50% tras ded

Visitas al consultorio de un especialista

50% tras ded

50% tras ded

Telemedicina<sup>28</sup>

Atención de urgencia

\$40 sin ded

No se cubre

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

50% tras ded

50% tras ded

Terapia física/ocupacional (30 visitas por año)<sup>6</sup>

50% tras ded

50% tras ded

### Servicios de hospital/otros servicios médicos

Servicios de hospitalización (incluye maternidad)

25% tras ded<sup>9</sup>

50% tras ded

Servicios profesionales durante hospitalización (incluye maternidad)

50% tras ded

50% tras ded

Sala de emergencias (no exento de pago si se le hospitaliza)

50% tras ded

50%, tras ded dentro de la red

Radiología rutinaria

50% tras ded

50% tras ded

Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA Scan, PET)

50% tras ded

50% tras ded

Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables

50% tras ded

50% tras ded

Equipos médicos duraderos/prótesis

50% tras ded

50% tras ded

Salud mental, tratamiento de enfermedades mentales graves y abuso de sustancias — paciente ambulatorio

50% tras ded

50% tras ded

Salud mental, tratamiento de enfermedades mentales graves y abuso de sustancias — paciente internado

25% tras ded

50% tras ded

### Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria

50% tras ded

50% tras ded

En hospital

50% tras ded

50% tras ded

### Laboratorio/patología para pacientes ambulatorios

Independiente

0% tras ded

50% tras ded

En hospital

50% tras ded

50% tras ded

### Medicamentos con receta<sup>14,15,17,18,3</sup>

Ded para receta (individual/familiar)

Integrado con ded médico

Integrado con ded médico

Medicamentos genéricos en farmacia minorista

\$15 tras ded<sup>16,19</sup>

70% tras ded

Farmacia minorista, marca preferida

50% tras ded<sup>16</sup>

70% tras ded

Medicamento no preferido en farmacia minorista

50% tras ded<sup>16</sup>

70% tras ded

Especialidad minorista

50% tras ded

No se cubre

### Beneficios adicionales

Vista<sup>20, 21</sup>

Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos<sup>22,23</sup>

\$0 sin ded

No se cubre

Dental<sup>24,25</sup>

Ded de servicios dentales pediátricos (por persona)

\$50

n/a

Exámenes y limpiezas pediátricas<sup>26</sup>

\$0 sin ded

No se cubre

Servicios de ortodoncia pediátricos básicos y mayores<sup>27</sup>

50% tras ded

No se cubre

**Personal Choice® EPO Bronze Reserve<sup>2</sup>**

**OFF Personal Choice® EPO Bronze Basic<sup>2</sup>**

**OFF Keystone HMO Bronze<sup>2</sup>**

**En la red usted paga<sup>3</sup>**

\$6,650/\$13,300

0%

\$6,650/\$13,300 copago y ded

\$0 sin ded

\$0 sin ded

\$750 sin ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

Integrado con ded médico

0% tras ded<sup>16</sup>

0% tras ded<sup>16</sup>

0% tras ded<sup>16</sup>

0% tras ded

Integrado con ded médico

\$0 sin ded

Integrado con ded médico

\$0 sin ded

0% tras ded

**En la red usted paga<sup>3</sup>**

\$7,350/\$14,700

0%

\$7,350/\$14,700  
copago y ded

\$0 sin ded

\$0 sin ded

\$750 sin ded

Visitas 1 a 3: Copago de \$40 sin ded\*  
Visitas 4 y siguientes: 0% tras ded\*

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

Visitas 1 a 3: Copago de \$40 sin ded  
Visitas 4 y siguientes: 0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

Integrado con ded médico

0% tras ded<sup>16</sup>

0% tras ded<sup>16</sup>

0% tras ded<sup>16</sup>

0% tras ded

Integrado con ded médico

\$0 tras ded

Integrado con ded médico

\$0 sin ded

0% tras ded

**En la red usted paga<sup>3</sup>**

\$6,850/\$13,700

50% si no se indica lo contrario

\$7,350/\$14,700  
copago, ded y coseguro

\$0 sin ded

\$0 sin ded

\$750 sin ded

\$50 sin ded

\$100 sin ded

\$40 sin ded

50% tras ded

50% tras ded

\$80 sin ded

Sujeto a ded y \$700 por día<sup>7</sup>

50% tras ded

Sujeto a ded y copago de \$500

\$120 sin ded

\$250 sin ded

50% tras ded

50% tras ded

\$100 sin ded

Sujeto a ded y \$700 por día<sup>7</sup>

50% tras ded

50% tras ded

\$0 sin ded

\$0 sin ded

Integrado con ded médico

\$15 tras ded<sup>16,19</sup>

50% tras ded hasta \$300<sup>16</sup>

50% tras ded hasta \$400<sup>16</sup>

50% tras ded hasta \$700

\$0 sin ded

\$0 sin ded

\$50

\$0 sin ded

50% tras ded



## Catastrófico

## Personal Choice® EPO Catastrófico<sup>2</sup>

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

Ded individual/familiar

Coseguro

Desembolso máximo individual/familiar, incluye:

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

Cuidado preventivo para adultos y niños

Colonoscopia prevent. para detec. cáncer colorrectal: proveedores Preventive Plus

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal: en hospital

### Servicios médicos

Visita a consultorio de cuidado primario/clínica minorista

Visitas al consultorio de un especialista

Telemedicina<sup>28</sup>

Atención de urgencia

Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año)

Terapia física/ocupacional (30 visitas por año)

### Servicios de hospital/otros servicios médicos

Servicios de hospitalización (incluye maternidad)

Servicios profesionales durante hospitalización (incluye maternidad)

Sala de emergencias (no exento de pago si se le hospitaliza)

Radiología rutinaria

Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA Scan, PET)

Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables

Equipos médicos duraderos/prótesis

Salud mental, tratamiento de enfermedades mentales graves y abuso de sustancias — paciente ambulatorio

Salud mental, tratamiento de enfermedades mentales graves y abuso de sustancias — paciente internado

### Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria

En hospital

### Laboratorio/patología para pacientes ambulatorios

Independiente

En hospital

### Medicamentos con receta<sup>14,15,17,18,3</sup>

Ded para receta (individual/familiar)

Genérico en farmacia minorista<sup>16</sup>

Marca preferida en farmacia minorista<sup>16</sup>

Medicamento no preferido en farmacia minorista<sup>16</sup>

Especialidad minorista

### Beneficios adicionales

Vista<sup>20,21</sup>

Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos<sup>22,23</sup>

Dental<sup>24,25</sup>

Ded de servicios dentales pediátricos (por persona)

Exámenes y limpiezas pediátricas<sup>26</sup>

Servicios de ortodoncia pediátricos básicos y mayores<sup>27</sup>

### En la red usted paga<sup>3</sup>

\$7,350/\$14,700

0%

\$7,350/\$14,700 copago y ded

\$0 sin ded

\$0 sin ded

\$750 sin ded

Visitas 1 a 3: Copago de \$50, sin ded\*  
Visita 4 y siguientes: 0% tras ded\*

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

Visitas 1 a 3: Copago de \$50 sin ded  
Visitas 4 y siguientes: 0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

Integrado con ded médico

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

0% tras ded

Integrado con ded médico

0% tras ded

Integrado con ded médico

\$0 sin ded

0% tras ded

# Planes con reducción de costos compartidos (CSR) 2018

---



## Inscríbase

Solicitarlo es fácil: contacte a su agente para recibir asistencia, o contáctenos al 1-844-888-1539 (TTY: 711) o [ibx4you.com/mas](http://ibx4you.com/mas)

## Planes SILVER 200 – 249% CSR

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

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

Ded individual/familiar <sup>10</sup>
Coseguro
Desembolso máximo individual/familiar, incluye: <sup>11</sup>

### En la red usted paga

\$2,500/\$5,000
20% si no se indica lo contrario
\$5,850/\$11,700 copago, ded y coseguro

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

\$10,000/\$20,000
50% si no se indica lo contrario
\$20,000/\$40,000 ded y coseguro

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

Cuidado preventivo para adultos y niños
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal: proveedores Preventive Plus
Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal: en hospital

\$0 sin ded	50% sin ded
\$0 sin ded	n/a
\$750 sin ded	50% sin ded

### Servicios médicos

Visita a consultorio de cuidado primario/clínica minorista <sup>13</sup>
Visitas al consultorio de un especialista
Telemedicina <sup>28</sup>
Atención de urgencia
Manipulaciones vertebrales (20 visitas por año) <sup>6</sup>
Terapia física/ocupacional (30 visitas por año) <sup>6</sup>

\$30 sin ded	50% tras ded
\$60 sin ded	50% tras ded
\$40 sin ded	No se cubre
20% tras ded	50% tras ded
20% tras ded	50% tras ded
\$60 sin ded	50% tras ded

### Servicios de hospital/otros servicios médicos

Servicios de hospitalización (incluye maternidad)
Servicios profesionales durante hospitalización (incluye maternidad)
Sala de emergencias (no exento de pago si se le hospitaliza)
Radiología rutinaria
Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA Scan, PET)
Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables
Equipos médicos duraderos/prótesis
Salud mental, tratamiento de enfermedades mentales graves y abuso de sustancias — paciente ambulatorio
Salud mental, tratamiento de enfermedades mentales graves y abuso de sustancias — paciente internado

20% tras ded	50% tras ded
20% tras ded	50% tras ded
20% tras ded	20%, tras ded dentro de la red
20% tras ded	50% tras ded
20% tras ded	50% tras ded
20% tras ded	50% tras ded
20% tras ded	50% tras ded
20% tras ded	50% tras ded
20% tras ded	50% tras ded

### Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria
En hospital

20% tras ded	50% tras ded
20% tras ded	50% tras ded

### Laboratorio/patología para pacientes ambulatorios

Independiente
En hospital

0% sin ded	50% tras ded
50% sin ded	50% tras ded

### Medicamentos con receta<sup>14,15,17,18,‡</sup>

Ded para receta (individual/familiar)
Medicamentos genéricos en farmacia minorista
Farmacia minorista, marca preferida
Medicamento no preferido en farmacia minorista
Especialidad minorista

Integrado con ded médico	Integrado con ded médico
\$10 sin ded <sup>16,19</sup>	70% sin ded
30% tras ded hasta \$200 <sup>16</sup>	70% tras ded
50% tras ded hasta \$200 <sup>16</sup>	70% tras ded
50% tras ded hasta \$700	No se cubre

### Beneficios adicionales

#### Vista<sup>20,21</sup>

Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos <sup>22,23</sup>
Examen de la vista rutinaria para adulto <sup>22</sup>
Lentes para adultos (anteojos o lentes de contacto)

\$0 sin ded	No se cubre
\$0 sin ded	No se cubre
Asignación de hasta \$100 para armazones o lentes de contacto; asignación de hasta \$150 en tiendas Visionworks	No se cubre

#### Dental<sup>24,25</sup>

Ded de servicios dentales pediátricos (por persona)
Exámenes y limpiezas pediátricas <sup>26</sup>
Servicios de ortodoncia pediátricos básicos y mayores <sup>27</sup>

\$50	n/a
\$0 sin ded	No se cubre
50% tras ded	No se cubre

**Personal Choice EPO Silver Reserve<sup>2</sup>**

**Keystone HMO Silver Proactive<sup>2</sup>**



En la red usted paga <sup>3</sup>	En la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1 – Preferido	En la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2 – Mejorado	En la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3 – Estándar
\$2,700/\$5,400	\$0/\$0	\$5,500/\$11,000	\$5,500/\$11,000
30%	0% si no se indica lo contrario	5% si no se indica lo contrario	10% si no se indica lo contrario
\$3,800/\$7,600 copago, ded y coseguro	\$5,850/\$11,700 copago y coseguro	\$5,850/\$11,700 copago, ded y coseguro	\$5,850/\$11,700 copago, ded y coseguro
\$0 sin ded	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
\$0 sin ded	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
\$750 sin ded	\$750	\$750 sin ded	\$750 sin ded
30% tras ded	\$40	\$50 sin ded	\$60 sin ded
30% tras ded	\$80	\$100 sin ded	\$120 sin ded
30% tras ded	\$40	\$40 sin ded	\$40 sin ded
30% tras ded	\$100	\$100 sin ded	\$100 sin ded
30% tras ded	\$50	\$50 sin ded	\$50 sin ded
30% tras ded	\$80	\$80 sin ded	\$80 sin ded
30% tras ded	\$500 por día <sup>7</sup>	Sujeto a ded y \$900 por día <sup>7</sup>	Sujeto a ded y \$1,300 por día <sup>7</sup>
30% tras ded	0%	5% tras ded	10% tras ded
30% tras ded	\$550 <sup>12</sup>	\$550 sin ded <sup>12</sup>	\$550 sin ded <sup>12</sup>
30% tras ded	\$120	\$120 sin ded	\$120 sin ded
30% tras ded	\$250	\$250 sin ded	\$250 sin ded
30% tras ded	50%	50% sin ded	50% sin ded
30% tras ded	50%	50% sin ded	50% sin ded
30% tras ded	\$80	\$80 sin ded	\$80 sin ded
30% tras ded	\$500 por día <sup>7</sup>	\$500 por día sin ded <sup>7</sup>	\$500 por día sin ded <sup>7</sup>
30% tras ded	\$250	Sujeto a ded y copago de \$750	Sujeto a ded y copago de \$1,250
30% tras ded	\$250	Sujeto a ded y copago de \$750	Sujeto a ded y copago de \$1,250
30% tras ded	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
30% tras ded	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
Integrado con ded médico	Ninguno	Ninguno	Ninguno
30% tras ded <sup>16</sup>	\$15 <sup>16,19</sup>	\$15 <sup>16,19</sup>	\$15 <sup>16,19</sup>
30% tras ded <sup>16</sup>	50% hasta \$400 <sup>16</sup>	50% hasta \$400 <sup>16</sup>	50% hasta \$400 <sup>16</sup>
30% tras ded <sup>16</sup>	50% hasta \$500 <sup>16</sup>	50% hasta \$500 <sup>16</sup>	50% hasta \$500 <sup>16</sup>
50% tras ded con \$700	50% hasta \$700	50% hasta \$700	50% hasta \$700
Integrado con ded médico			
\$0 sin ded	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
No se cubre	No se cubre	No se cubre	No se cubre
No se cubre	No se cubre	No se cubre	No se cubre
Integrado con ded médico	\$50	\$50	\$50
\$0 sin ded	\$0 sin ded	\$0 sin ded	\$0 sin ded
30% tras ded	50% tras ded	50% tras ded	50% tras ded

Las notas al pie comienzan en la página 38 | ded = Deducible

## Planes SILVER 150 – 199% CSR

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

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

Deducible, individual/familiar<sup>10</sup>

\$1,850/\$3,700

\$10,000/\$20,000

Coseguro

10% si no se indica lo contrario

50% si no se indica lo contrario

Desembolso máximo individual/familiar, incluye:<sup>11</sup>

\$2,450/\$4,900  
copago, ded y coseguro

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

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

Cuidado preventivo para adultos y niños

\$0 sin ded

50% sin ded

Colonoscopia prevent. para detec. cáncer colorrectal: proveedores Preventive Plus

\$0 sin ded

n/a

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal: en hospital

\$500 sin ded

50% sin ded

### Servicios médicos

Visita a consultorio de cuidado primario/clínica minorista<sup>13</sup>

\$10 sin ded

50% tras ded

Visitas al consultorio de un especialista

\$30 sin ded

50% tras ded

Telemedicina<sup>28</sup>

\$40 sin ded

No se cubre

Atención de urgencia

10% tras ded

50% tras ded

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

10% tras ded

50% tras ded

Terapia física/ocupacional (30 visitas por año)<sup>6</sup>

\$30 sin ded

50% tras ded

### Servicios de hospital/otros servicios médicos

Servicios de hospitalización (incluye maternidad)

10% sin ded

50% tras ded

Servicios profesionales durante hospitalización (incluye maternidad)

10% sin ded

50% tras ded

Sala de emergencias (no exento de pago si se le hospitaliza)

10% sin ded

10% sin ded

Radiología rutinaria

10% sin ded

50% tras ded

Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA Scan, PET)

10% sin ded

50% tras ded

Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables

10% tras ded

50% tras ded

Equipos médicos duraderos/prótesis

10% tras ded

50% tras ded

Salud mental, tratam. enf. mentales graves/abuso sust. — ambulatorio

\$30 sin ded

50% tras ded

Salud mental, tratam. enf. mentales graves/abuso sust. — internado

10% sin ded

50% tras ded

### Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria

10% sin ded

50% tras ded

En hospital

10% sin ded

50% tras ded

### Laboratorio/patología para pacientes ambulatorios

Independiente

0% sin ded

50% tras ded

En hospital

50% sin ded

50% tras ded

### Medicamentos con receta<sup>14,15,17,18,‡</sup>

Deducible de medicamentos recetados (individual/familiar)

Integrado con ded médico

Integrado con ded médico

Medicamentos genéricos en farmacia minorista

\$4 sin ded<sup>16</sup>

70% sin ded

Farmacia minorista, marca preferida

30% tras ded hasta \$200<sup>16</sup>

70% tras ded

Medicamento no preferido en farmacia minorista

40% tras ded hasta \$200<sup>16</sup>

70% tras ded

Especialidad minorista

50% tras ded hasta \$500

No se cubre

### Beneficios adicionales

Vista<sup>20,21</sup>

Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos<sup>22,23</sup>

\$0 sin ded

No se cubre

Examen de la vista rutinaria para adulto<sup>22</sup>

\$0 sin ded

No se cubre

Lentes para adultos (anteojos o lentes de contacto)

Asignación hasta \$100 para armazones/lentes de contacto; asign. hasta \$150 en tiendas Visionworks

No se cubre

Dental<sup>24,25</sup>

Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)

\$50

n/a

Exámenes y limpiezas pediátricas<sup>26</sup>

\$0 sin ded

No se cubre

Servicios de ortodoncia pediátricos básicos y mayores<sup>27</sup>

50% tras ded

No se cubre



**Personal Choice EPO Silver Reserve<sup>2</sup>**

**Keystone HMO Silver Proactive<sup>2</sup>**



En la red usted paga <sup>3</sup>	En la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1 – Preferido	En la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2 – Mejorado	En la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3 – Estándar
\$500/\$1,000	\$0/\$0	\$1,000 /\$2,000	\$1,000 /\$2,000
20%	0% si no se indica lo contrario	5% si no se indica lo contrario	10% si no se indica lo contrario
\$2,000/\$4,000 copago, ded y coseguro	\$2,450/\$4,900 copago y coseguro	\$2,450/\$4,900 copago, ded y coseguro	\$2,450/\$4,900 copago, ded y coseguro
\$0 sin ded	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
\$0 sin ded	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
\$500 sin ded	\$500	\$500 sin ded	\$500 sin ded
20% tras ded	\$20	\$30 sin ded	\$40 sin ded
20% tras ded	\$40	\$60 sin ded	\$80 sin ded
20% tras ded	\$40	\$40 sin ded	\$40 sin ded
20% tras ded	\$50	\$50 sin ded	\$50 sin ded
20% tras ded	\$50	\$50 sin ded	\$50 sin ded
20% tras ded	\$40	\$40 sin ded	\$40 sin ded
20% tras ded	\$100 por día <sup>7</sup>	Sujeto a ded y \$450 por día <sup>7</sup>	Sujeto a ded y \$900 por día <sup>7</sup>
20% tras ded	0%	5% tras ded	10% tras ded
20% tras ded	\$150 <sup>12</sup>	\$150 sin ded <sup>12</sup>	\$150 sin ded <sup>12</sup>
20% tras ded	\$50	\$50 sin ded	\$50 sin ded
20% tras ded	\$100	\$100 sin ded	\$100 sin ded
20% tras ded	40%	40% sin ded	40% sin ded
20% tras ded	20%	20% sin ded	20% sin ded
20% tras ded	\$40	\$40 sin ded	\$40 sin ded
20% tras ded	\$100 por día <sup>7</sup>	\$100 por día sin ded <sup>7</sup>	\$100 por día sin ded <sup>7</sup>
20% tras ded	\$100	Sujeto a ded y copago de \$450	Sujeto a ded y copago de \$900
20% tras ded	\$100	Sujeto a ded y copago de \$450	Sujeto a ded y copago de \$900
20% tras ded	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
20% tras ded	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
Integrado con ded médico	Ninguno	Ninguno	Ninguno
20% tras ded <sup>16</sup>	\$4 <sup>16</sup>	\$4 <sup>16</sup>	\$4 <sup>16</sup>
20% tras ded <sup>16</sup>	30% hasta \$300 <sup>16</sup>	30% hasta \$300 <sup>16</sup>	30% hasta \$300 <sup>16</sup>
20% tras ded <sup>16</sup>	40% hasta \$400 <sup>16</sup>	40% hasta \$400 <sup>16</sup>	40% hasta \$400 <sup>16</sup>
50% tras ded hasta \$500	50% hasta \$500	50% hasta \$500	50% hasta \$500
Integrado con ded médico			
\$0 sin ded	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
No se cubre	No se cubre	No se cubre	No se cubre
No se cubre	No se cubre	No se cubre	No se cubre
Integrado con ded médico	\$50	\$50	\$50
\$0 sin ded	\$0 sin ded	\$0 sin ded	\$0 sin ded
20% tras ded	50% tras ded	50% tras ded	50% tras ded

## Planes SILVER 138 – 149% CSR

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

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

Deducible, individual/familiar<sup>10</sup>

Coseguro

Desembolso máximo individual/familiar, incluye:<sup>11</sup>

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

Cuidado preventivo para adultos y niños

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal: proveedores Preventive Plus

Colonoscopia preventiva para detección de cáncer colorrectal: en hospital

### Servicios médicos

Visita a consultorio de cuidado primario/clínica minorista<sup>13</sup>

Visitas al consultorio de un especialista

Telemedicina<sup>28</sup>

Atención de urgencia

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

Terapia física/ocupacional (30 visitas por año)<sup>6</sup>

### Servicios de hospital/otros servicios médicos

Servicios de hospitalización (incluye maternidad)

Servicios profesionales durante hospitalización (incluye maternidad)

Sala de emergencias (no exento de pago si se le hospitaliza)

Radiología rutinaria

Resonancias (MRI/MRA), tomografías (CT/CTA Scan, PET)

Medicamentos biotecnológicos/especializados inyectables

Equipos médicos duraderos/prótesis

Salud mental, tratamiento de enfermedades mentales graves y abuso de sustancias — paciente ambulatorio

Salud mental, tratamiento de enfermedades mentales graves y abuso de sustancias — paciente internado

### Cirugía ambulatoria

Centro de cirugía ambulatoria

En hospital

### Laboratorio/patología para pacientes ambulatorios

Independiente

En hospital

### Medicamentos con receta<sup>14,15,17,18,‡</sup>

Deducible de medicamentos recetados (individual/familiar)

Medicamentos genéricos en farmacia minorista

Farmacia minorista, marca preferida

Medicamento no preferido en farmacia minorista

Especialidad minorista

### Beneficios adicionales

Vista<sup>20,21</sup>

Exámenes pediátricos y anteojos pediátricos<sup>22,23</sup>

Examen de la vista rutinaria para adulto<sup>22</sup>

Lentes para adultos (anteojos o lentes de contacto)

Dental<sup>24,25</sup>

Deducible de servicios dentales pediátricos (por persona)

Exámenes y limpiezas pediátricas<sup>26</sup>

Servicios de ortodoncia pediátricos básicos y mayores<sup>27</sup>

### En la red usted paga

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

\$0/\$0

\$10,000/\$20,000

10% si no se indica lo contrario

50% si no se indica lo contrario

\$1,000/\$2,000  
por copago y coseguro

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

\$0

50% sin ded

\$0

n/a

\$250

50% sin ded

\$5

50% tras ded

\$15

50% tras ded

\$40

No se cubre

10%

50% tras ded

10%

50% tras ded

\$15

50% tras ded

10%

50% tras ded

10%

50% tras ded

10%

10% sin ded

10%

50% tras ded

10%

50% tras ded

10%

50% tras ded

10%

50% tras ded

\$15

50% tras ded

10%

50% tras ded

10%

50% tras ded

10%

50% tras ded

0%

50% tras ded

50%

50% tras ded

Ninguno

Ninguno

\$4<sup>16</sup>

70%

20% hasta \$200<sup>16</sup>

70%

20% hasta \$200<sup>16</sup>

70%

50% hasta \$500

No se cubre

\$0

No se cubre

\$0

No se cubre

Asignación de hasta \$100 para armazones o lentes de contacto; asign. de hasta \$150 en Visionworks

No se cubre

\$50

n/a

\$0 sin ded

No se cubre

50% tras ded

No se cubre

**Personal Choice EPO Silver Reserve<sup>2</sup>**

**Keystone HMO Silver Proactive<sup>2</sup>**



En la red usted paga <sup>3</sup>	En la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 1 – Preferido	En la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 2 – Mejorado	En la red usted paga <sup>3</sup> Nivel 3 – Estándar
\$100/\$200	\$0/\$0	\$250/\$500	\$250/\$500
10%	0% si no se indica lo contrario	5% si no se indica lo contrario	10% si no se indica lo contrario
\$1,800/\$3,600 copago, ded y coseguro	\$1,000/\$2,000 por copago y coseguro	\$1,000/\$2,000 copago, ded y coseguro	\$1,000/\$2,000 copago, ded y coseguro
\$0 sin ded	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
\$0 sin ded	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
\$250 sin ded	\$250	\$250 sin ded	\$250 sin ded
10% tras ded	\$10	\$20 sin ded	\$30 sin ded
10% tras ded	\$20	\$40 sin ded	\$60 sin ded
10% tras ded	\$40	\$40 sin ded	\$40 sin ded
10% tras ded	\$10	\$10 sin ded	\$10 sin ded
10% tras ded	\$50	\$50 sin ded	\$50 sin ded
10% tras ded	\$20	\$20 sin ded	\$20 sin ded
10% tras ded	\$75 por día <sup>7</sup>	Sujeto a ded y \$250 por día <sup>7</sup>	Sujeto a ded y \$500 por día <sup>7</sup>
10% tras ded	0%	5% tras ded	10% tras ded
10% tras ded	\$75 <sup>12</sup>	\$75 sin ded <sup>12</sup>	\$75 sin ded <sup>12</sup>
10% tras ded	\$10	\$10 sin ded	\$10 sin ded
10% tras ded	\$20	\$20 sin ded	\$20 sin ded
10% tras ded	40%	40% sin ded	40% sin ded
10% tras ded	20%	20% sin ded	20% sin ded
10% tras ded	\$20	\$20 sin ded	\$20 sin ded
10% tras ded	\$75 por día <sup>7</sup>	\$75 por día sin ded <sup>7</sup>	\$75 por día sin ded <sup>7</sup>
10% tras ded	\$75	Sujeto a ded y copago de \$250	Sujeto a ded y copago de \$500
10% tras ded	\$75	Sujeto a ded y copago de \$250	Sujeto a ded y copago de \$500
10% tras ded	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
10% tras ded	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
Integrado con ded médico	Ninguno	Ninguno	Ninguno
10% tras ded <sup>16</sup>	\$4	\$4	\$4
10% tras ded <sup>16</sup>	10% hasta \$300	10% hasta \$300	10% hasta \$300
10% tras ded <sup>16</sup>	20% hasta \$400	20% hasta \$400	20% hasta \$400
50% tras ded hasta \$500	50% hasta \$500	50% hasta \$500	50% hasta \$500
Integrado con ded médico			
\$0 sin ded	\$0	\$0 sin ded	\$0 sin ded
No se cubre	No se cubre	No se cubre	No se cubre
No se cubre	No se cubre	No se cubre	No se cubre
Integrado con ded médico	\$50	\$50	\$50
\$0 sin ded	\$0 sin ded	\$0 sin ded	\$0 sin ded
10% tras ded	50% tras ded	50% tras ded	50% tras ded



# Cobertura para nativos americanos u originarios de Alaska

Si usted es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal, es elegible para obtener planes Platinum, Gold, Silver y Bronze con costos compartidos similares o sin costos compartidos en función de si su ingreso familiar es mayor o menor que el 300% del nivel federal de pobreza (FPL).

## Opciones de planes para menos del 300% del Nivel federal de pobreza

Usted puede elegir cualquiera de las opciones de planes Estándar que aparecen en las páginas 17 a 25, pero tendrá \$0 de costo compartido para todos los servicios cubiertos. Podría ser elegible para obtener un subsidio en el pago de la prima.

## Opciones de planes para más del 300% del Nivel federal de pobreza

Usted puede elegir cualquiera de las opciones de planes Estándar que aparecen en las páginas 17 a 25, y pagará los montos de costos compartidos enumerados, pero tendrá \$0 de costos compartidos si recibe atención médica para cualquier beneficio de salud básico que sea referido por o recibido directamente del HIS, una tribu indígena, una organización indígena o una organización urbana indígena. Podría ser elegible para obtener un subsidio en el pago de la prima.

### Ingreso familiar

Grupo familiar	Menos del 300% del FPL	Más del 300% del FPL
Individual	\$36,179.99	\$36,180.00
Familia de 2	\$48,719.99	\$48,720.00
Familia de 3	\$61,259.99	\$61,260.00
Familia de 4	\$73,799.99	\$73,800.00
Familia de 5	\$86,339.99	\$86,340.00
Familia de 6	\$98,879.99	\$98,880.00
Familia de 7	\$111,419.99	\$111,420.00
Familia de 8*	\$123,959.99	\$123,960.00

\* En caso de que sean más de ocho, agregue este importe por cada persona adicional: \$4,180.

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, edad y tamaño de su familia. Las determinaciones finales acerca de la elegibilidad y del monto real de su crédito tributario/subsidio serán realizadas por el gobierno federal.



**Coseguro** - El porcentaje que usted paga por algunos servicios cubiertos. Si su coseguro es del 20%, la compañía de seguro de salud pagará el 80% del costo de los servicios cubiertos y usted pagará el 20% restante (generalmente sus costos se basan en descuentos negociados por su compañía de seguros).

**Copago** – La cantidad fija que usted paga cuando visita a un médico o recibe otros servicios. Por ejemplo, \$20 por visitar a un médico.

**Costos compartidos** – También conocidos como desembolsos, son los montos que usted paga en forma de copago, deducible o coseguro cuando recibe atención. Es independiente de la prima mensual que usted paga para estar afiliado al plan de salud.

**Deducible** – La cantidad que usted 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 esa cantidad, su seguro comenzará a pagar una parte o todos sus gastos de atención médica, dependiendo del plan de salud que usted tenga.

**Cuenta de ahorros de salud (HSA)** – Una HSA es un tipo de cuenta de ahorros que le permite ahorrar dinero antes de impuestos para pagar gastos médicos calificados.

**Proveedores de la red** – Los médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores de servicios de salud que tienen un contrato con una compañía de seguros de salud para prestar servicios a los afiliados de la misma. En general cobran tarifas con descuento por sus servicios. Para simplificar, los llamaremos simplemente médicos y hospitales en este folleto.

**Fuera de la red** - Médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores de atención médica que no tienen un contrato con una compañía de seguro de salud. Por lo general, los afiliados pagan más por los servicios de los proveedores fuera de la red. Algunos planes de salud no cubren servicios de proveedores fuera de la red (p. ej., los planes HMO y EPO).

**Desembolso máximo** – Un desembolso máximo es la máxima cantidad que usted tendrá que pagar por sus gastos de atención médica durante un periodo del plan (generalmente un año) por los servicios cubiertos recibidos de proveedores que participan en la red del plan. Ocurra lo que ocurra, usted no pagará más de esta cantidad por año. La aseguradora de salud pagará el 100% de todos los servicios médicos cubiertos que usted reciba, después de que usted haya pagado el desembolso máximo. Las primas mensuales no cuentan para su desembolso máximo.

**Prima** – También conocida como una tarifa mensual, es el dinero que usted paga a su compañía de seguros todos los meses para tener un seguro de salud. Es independiente de los copagos, deducibles y coseguros que usted paga cuando necesita atención médica.

**Cuidado preventivo** – Servicios que lo ayudan a mantenerse sano y que también pueden permitir detectar algunas enfermedades en etapas tempranas. Entre los ejemplos se encuentran las vacunas antigripales, mamografías y análisis de colesterol.

**Médico de atención primaria (PCP)** – Es simplemente otro nombre con el que se identifica el médico de cabecera o médico de la familia.

**Referencia** – Si usted está afiliado a un plan HMO, el médico de la familia (o médico de atención primaria) tendrá que darle una referencia o derivación antes de que usted pueda visitar a otros proveedores de la red como, por ejemplo, un cardiólogo (especialista en problemas del corazón).

**Especialista** – Un especialista brinda atención médica en torno a ciertas afecciones, además del tratamiento proporcionado por el médico de la familia (médico de atención primaria). Por ejemplo, quizá necesite visitar a un alergólogo para recibir tratamiento para alergia, o a un cirujano ortopédico por una lesión en la rodilla.

**Subsidio** – Ayuda económica proporcionada por el gobierno (también conocido como crédito fiscal) para pagar sus gastos de seguro de salud.

# Información importante sobre los planes

## Beneficios que requieren aprobación previa

Cuando necesite servicios que requieran aprobación previa, su médico o proveedor deberá contactar al equipo de Servicios Clínicos de Independence Blue Cross y proporcionar la información necesaria para respaldar la solicitud de servicios. Los afiliados de PPO que usen un proveedor PPO BlueCard® o uno fuera de la red son responsables de comunicarse con Servicios Clínicos directamente para solicitar cualquier aprobación requerida. Los afiliados de EPO que usen un proveedor 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 cuidado de salud propuesto para el pago de los beneficios. El equipo de Servicios Clínicos notifica a su médico/proveedor si la cobertura de los servicios ha sido aprobada. Si el equipo de Servicios Clínicos no tiene suficiente información o si la información evaluada no justifica la cobertura, usted y su médico/proveedor recibirán una comunicación escrita sobre la decisión. Los afiliados y proveedores que actúen en representación de un afiliado podrán apelar la decisión. En cualquier momento durante el proceso de evaluación o apelación, el proveedor o el afiliado podrán proporcionar información adicional para respaldar la solicitud.

Para obtener una lista de los servicios que requieren aprobación previa, visite [ibx4you.com/importantinfo](http://ibx4you.com/importantinfo).

## Hospitalización

Tanto durante como después de una estadía aprobada en un hospital, nuestro equipo de administración y coordinación de cuidado de salud monitorea su estadía. El equipo verifica que usted esté recibiendo los servicios de cuidado de salud apropiados, se asegura de que exista un plan para darlo de alta y coordina los servicios que puedan ser necesarios una vez que sea dado de alta.

## Análisis de utilización

Con el fin de realizar 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 conoce como análisis de utilización. El análisis de utilización puede realizarse antes de que se preste el servicio (previo a la notificación/previo a la certificación/previo al servicio), durante la hospitalización (análisis concurrente), o después de que se hayan prestado los servicios (análisis retrospectivo/posterior al servicio). Independence Blue Cross se rige por la normativa federal/estatal aplicable relativa a cómo y cuándo se realizan dichos análisis.

## Continuidad de la atención médica

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

### Proveedores desvinculados

Independence Blue Cross ofrece a sus afiliados la posibilidad de continuar la cobertura de un plan de tratamiento en curso con un proveedor desvinculado (por razones distintas a motivos fundamentados), hasta 90 días a partir de la fecha en que notifiquemos al afiliado de que el proveedor ha sido desvinculado. Cubriremos dicho tratamiento continuo siguiendo los mismos términos y condiciones, como si el tratamiento proviniera de un proveedor participante.

Si una afiliada se encuentra en su segundo o tercer trimestre de embarazo al momento de la desvinculación, el período de transición de la autorización se extenderá hasta los cuidados posparto relativos al alumbramiento. Todos los servicios de cuidado de salud autorizados que hayan sido proporcionados

durante este período de transición estarán cubiertos por Independence Blue Cross según los mismos términos y condiciones aplicables a los proveedores de servicios de salud participantes. El proveedor no participante deberá aceptar que todos los servicios de salud proporcionados durante este período de transición estarán cubiertos por Independence Blue Cross según los mismos términos y condiciones aplicables a los proveedores de servicios de salud participantes. El plan no está obligado a proporcionar servicios de salud que no sean beneficios cubiertos.

Para poder comenzar la continuidad de la atención, los afiliados deberán llenar un formulario de continuidad de atención y hacerlo llegar a nuestro departamento de coordinación y administración de cuidado de salud. El formulario está disponible a través del departamento de servicio al cliente.

## Servicios de emergencia

Una emergencia se define como la aparición repentina e inesperada de un padecimiento médico que se manifiesta con síntomas intensos de suficiente severidad o dolores intensos, frente a los cuales una persona prudente con conocimientos básicos de salud y medicina podría razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata resulte en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Un riesgo para la salud del afiliado o, en el caso de una embarazada, para la salud del feto
- Daños graves en las funciones corporales
- Deficiencia de órganos o partes del cuerpo

La atención de emergencia abarca los servicios cubiertos proporcionados a un afiliado en un caso de emergencia, incluyendo traslado de emergencia y servicios de emergencia conexos, proporcionados 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 la apelación se describen en las notificaciones de denegación 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 información de salud protegida (Protected Health Information o PHI, por sus siglas en inglés). La PHI es 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 su PHI en el curso regular de nuestras transacciones para proporcionarle beneficios de atención médica.

Independence Blue Cross ha implementado políticas y procedimientos en torno a la obtención, uso y divulgación o revelación de PHI por parte de nuestra organización o dentro de ella. Constantemente revisamos nuestras políticas y supervisamos nuestros procesos comerciales para asegurarnos de que su información esté protegida, al tiempo que nos cercioramos de que la información esté disponible, según sea necesario, para proporcionar servicios de salud. Para obtener información detallada sobre nuestras políticas de privacidad, visite [ibx4you.com/importantinfo](http://ibx4you.com/importantinfo).

## Procedimientos para fomentar la prescripción segura de medicamentos

Independence Blue Cross utiliza los servicios de una compañía independiente de administración de beneficios de farmacia (PBM), FutureScripts®, una compañía de Catamaran, para administrar sus programas de medicamentos recetados comerciales.

Como nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia, FutureScripts se encarga de poner a disposición una red de farmacias participantes en los programas, administrar los beneficios de farmacia y proporcionar servicio al cliente para nuestros proveedores y afiliados. Apoyamos varios procedimientos para asegurar la seguridad en la prescripción, incluyendo:

**Autorización previa**– Es posible que necesite aprobación adicional de su plan de salud para obtener ciertos medicamentos. Ciertos medicamentos cubiertos requieren autorización previa para asegurarnos de que el fármaco recetado sea necesario y adecuado desde el punto de vista médico y de que sea recetado de conformidad con las pautas de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU.

**Límites de edad y de género** – La FDA ha establecido procedimientos específicos que rigen la prescripción de medicamentos. Estas normas están diseñadas para evitar daños potenciales a los pacientes y asegurar que los medicamentos se receten de acuerdo con las pautas de la FDA. Por ejemplo, la FDA aprueba algunos medicamentos solo para personas mayores de 14 años, o exclusivamente para mujeres.

**Límites de cantidad** – Los límites de cantidad están diseñados para que se dispense una cantidad de medicamento suficiente para satisfacer las dosis diarias máximas y la duración del tratamiento de cada medicamento específico, según lo aprobado por la FDA. Existen varios tipos diferentes de límites de cantidad como, por ejemplo, el período renovable de 30 días, reabastecimiento de receta demasiado pronto, y categoría de medicamento terapéutico.

**Programa de suministro temporal de 96 horas** – Según los términos de este programa, si el médico tratante receta un medicamento que requiere autorización previa, tiene límite de edad o supera el límite de cantidad para dicho medicamento, y no se ha obtenido una autorización previa, se hará disponible un suministro del medicamento por 96 horas, mientras se revisa la solicitud. Obtener un suministro temporal de 96 horas no garantiza que se vaya a aprobar la solicitud de autorización previa.

Para obtener más información sobre nuestros procedimientos de prescripción segura, ver una lista de los medicamentos que requieren autorización previa o averiguar cómo presentar una solicitud o una apelación, visite [ibx4you.com/importantinfo](http://ibx4you.com/importantinfo).

## Información sobre pagos a proveedores del programa de medicamentos recetados

Una compañía de administración de beneficios de farmacia (PBM) gestiona nuestros beneficios de medicamentos recetados y es responsable de proporcionar una red de farmacias participantes y procesar las reclamaciones de farmacia. La PBM también negocia los descuentos en los precios con los fabricantes farmacéuticos y proporciona análisis de utilización y de calidad de los medicamentos. Los descuentos en los precios pueden incluir reintegros por parte de un fabricante de medicamentos según el volumen comprado. Independence Blue Cross anticipa la transferencia de un alto porcentaje de los reintegros que espera obtener de su PBM mediante reducciones en los costos totales de los beneficios de farmacia. En la mayoría de los planes de beneficios, los medicamentos recetados quedan sujetos a un copago por parte del afiliado.

## Exclusiones de beneficios

Los resúmenes de beneficios de este folleto solo incluyen una parte de los beneficios y exclusiones de los planes. Los beneficios y exclusiones pueden definirse más extensamente según las políticas médicas.

Es posible que este plan de cuidado de salud administrado no cubra todos sus gastos de cuidado de salud. Lea cuidadosamente su contrato para determinar qué servicios de atención médica están cubiertos. Si necesita más información, llame al **1-866-346-2081 (TTY: 711)**.

¿Qué servicios no están cubiertos?

- Servicios no necesarios desde el punto de vista médico
- Servicios o suministros médicos de carácter experimental o investigativo, excepto aquellos costos rutinarios asociados con la realización de ensayos clínicos elegibles
- Audífonos, exámenes auditivos, exámenes para la prescripción o ajuste de audífonos, y dispositivos para implantes cocleares
- Técnicas de fertilización asistida, tales como fertilización in-vitro, transferencia intratubárica de gametos (GIFT), y transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)
- Reversión de esterilización voluntaria
- Terapias alternativas como la acupuntura
- Cuidado dental para adultos, incluidos implantes o prótesis dentales, y tratamientos no quirúrgicos de la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ)
- Cirugía bariátrica o cirugía para bajar de peso
- Cuidado rutinario de los pies, excepto para el tratamiento necesario desde el punto de vista médico de la enfermedad vascular periférica y/o la enfermedad neuropática periférica, incluida, entre otras, la diabetes
- Dispositivos podológicos de apoyo (ortopedia), excepto aparatos podiátricos necesarios para la prevención de complicaciones asociadas con la diabetes
- Exámenes físicos de rutina con fines no preventivos, tales como los exámenes para solicitud de seguro o empleo, exámenes para ingreso a la universidad o exámenes prematrimoniales
- Vacunas para viajes o por trabajo
- Servicios o suministros que se deben pagar según la ley de compensación laboral (Workers' Compensation), seguros de vehículos automotores u otra legislación con fines similares
- Servicios o productos de carácter cosmético
- Servicios para pacientes ambulatorios que no sean prestados por el proveedor designado por su médico de cuidado primario en planes HMO
- Servicios de enfermería privada
- Los medicamentos autoinyectables están excluidos bajo programas médicos (sin embargo, están cubiertos bajo los beneficios de medicamentos recetados)
- Cuidado rutinario de la vista para adultos (excepción: PPO Silver)
- Pleóptica u ortóptica

NOTA: Por lo general, los hijos dependientes elegibles están cubiertos hasta los 26 años de edad. Remítase al contrato para obtener más detalles. Para obtener copias de estas políticas por correo postal, llame al **1-844-888-1539 (TTY: 711)**.



# Notas al pie

## Médicas

- \* Los servicios de clínicas minoristas están sujetos a un coseguro de 0% después del deducible.
- 1 Ciertos planes de beneficios pueden ser ampliados para cumplir con las leyes y/o regulaciones de la reforma de salud. Los hijos dependientes elegibles están cubiertos hasta los 26 años de edad.
- 2 Deducible incluido: El deducible familiar y el máximo desembolso familiar se aplican cuando más de una persona está cubierta por un plan. Un miembro de su familia cubierto solo tiene que satisfacer su deducible individual para hacerse acreedor de 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 miembro de su familia cubierto solo tiene que satisfacer su máximo desembolso para hacerse acreedor a los beneficios del plan. Una vez que se alcance el máximo desembolso familiar, todos los miembros de la familia cubiertos podrán disfrutar la cobertura total de los beneficios del plan.
- 3 No hay disponibles servicios fuera de la red 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, y los cargos reales de dicho proveedor. Ese monto puede ser una cantidad importante. Los reclamos de pago a proveedores fuera de la red se basan en el pago permitido de Medicare o los cargos reales del proveedor, lo que sea menos. Para los servicios cubiertos que Medicare no reconozca o no reembolse, el pago se basa en el plan de tarifas de Independence o en los cargos reales del proveedor, lo que sea menos. Para los servicios cubiertos que ni Medicare ni el plan de tarifas de Independence reconozcan o reembolsen, el monto será equivalente al 50 por ciento del cargo real del proveedor con la excepción de servicios en centros de paciente hospitalizado. Para los servicios cubiertos en centros de paciente hospitalizado que ni Medicare ni el plan de tarifas de Independence reconozcan o reembolsen, el monto será determinado por el plan de tarifas de Independence por el servicio cubierto similar más cercano.
- 5 Se pueden aplicar límites de edad y frecuencia. Para realizarse una colonoscopia preventiva sin tener que pagar costos directos, debe elegir proveedores y profesionales de gastroenterología (gastroenterólogos o cirujanos colorrectales) de Preventive Plus que no estén en un hospital para realizar la colonoscopia preventiva. Para buscar un proveedor Preventive Plus, visite [ibx4you.com/providerfinder](http://ibx4you.com/providerfinder).
- 6 Para los planes PPO, los límites de visitas incluyen visitas tanto dentro como fuera de la red.
- 7 El valor indicado refleja el copago por día. Hay un máximo de 5 copagos por admisión.
- 8 Con PPO Silver, los servicios de hospitalización para maternidad están sujetos al 30% de coseguro después de satisfacerse el deducible.
- 9 Con PPO Bronze, los servicios de hospitalización para maternidad están sujetos al 50% de coseguro después de satisfacerse el deducible.

## Keystone HMO Proactive

- 10 Para el Keystone HMO Silver Proactive, se combina el deducible para los niveles 2 y 3.
- 11 Para todos los planes Keystone HMO Proactive, se combinan los gastos directos máximos correspondientes a los niveles 1, 2 y 3.
- 12 Para los planes Keystone HMO Proactive, si usted es hospitalizado en un hospital de la red desde la sala de emergencias, el desembolso máximo de hospitalización se aplicará según el nivel correspondiente a los hospitales de la red. Si es internado en un hospital fuera de la red después de haber sido admitido a la sala de emergencias, se aplicará el Nivel 3 de beneficios de la red. Los proveedores fuera de la red de servicios de emergencia serán cubiertos al Nivel 3 de beneficios.
- 13 Para los planes Keystone HMO Proactive, a todas las clínicas minoristas dentro de la red se les ha asignado el Nivel 1, a excepción de Walgreens Healthcare Clinic y Rite Aid Redi Clinic, a las cuales se les ha asignado el Nivel 3.

## Medicamentos recetados

- 14 Los beneficios de farmacia son administrados por FutureScripts, una compañía independiente del grupo Catamaran, que proporciona servicios de administración de beneficios de farmacia.
- 15 No es obligatorio ningún costo compartido en las farmacias participantes minoristas o en las farmacias de pedidos por correo, para ciertos medicamentos preventivos especificados (medicamentos recetados y de venta libre con receta del médico).
- 16 Los beneficios fuera de la red se aplican a medicamentos recetados comprados en farmacias no participantes; en estos casos, el afiliado deberá pagar el precio de venta al público de su medicamento y posteriormente presentar una reclamación por escrito para su reembolso. El afiliado debe consultar el folleto de beneficios para determinar la cobertura fuera de la red de su plan.
- 17 Este plan utiliza la Red de Farmacias Preferentes de FutureScripts: un subconjunto de la red nacional de farmacias minoristas. Comprende más de 50,000 farmacias, incluidas la mayoría de las cadenas principales y farmacias locales, con la excepción de Walgreens y Rite Aid. Con los planes que usan la red de farmacias preferentes, surtir un medicamento con receta en una farmacia no participante se considera fuera de la red, y los afiliados deben pagar el costo total directamente. Es posible que puedan recibir un reembolso por una parte de este costo, pero necesitarán enviar una reclamación y el reembolso será a una tarifa más baja.
- 18 Cuando un medicamento recetado no está disponible en forma genérica, se proporcionarán los beneficios para adquirir el medicamento de marca y el afiliado será responsable del costo compartido para un medicamento de marca. Cuando un medicamento recetado está disponible en forma genérica, se proporcionarán los beneficios para adquirir ese medicamento únicamente al nivel de medicamentos genéricos. Si el afiliado decide comprar 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 al medicamento de marca.
- 19 Ciertos medicamentos genéricos designados están disponibles en las farmacias minoristas y farmacias con servicios por correo participantes, a un costo compartido de afiliado reducido (\$4 con farmacias minoristas/\$8 con pedidos por correo).
- ‡ En todos los planes, el afiliado paga el costo compartido por cada suministro, a menos que se haya alcanzado el desembolso máximo.

## Beneficios adicionales

- 20 Los planes de la vista de Independence son administrados por Davis Vision, una compañía independiente.
- 21 Los beneficios de la vista pediátricos expiran al final del mes en que su hijo cumpla los 19 años.
- 22 Un examen de la vista por año calendario.
- 23 Los anteojos pediátricos están cubiertos sin costo adicional e incluyen anteojos monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria o lenticulares. Para que los armazones sean cubiertos completamente, elija uno de los armazones para niños Pediatric Frame Selection de Davis Vision (disponibles en la mayoría de los proveedores participantes independientes). La colección de lentes de contacto Davis Vision está cubierta por completo en proveedores independientes participantes.
- 24 Los planes dentales de Independence son administrados por United Concordia Companies, Inc., una compañía independiente.
- 25 Los beneficios de la vista pediátricos están cubiertos hasta el final del año calendario en que su hijo cumpla los 19 años.
- 26 Un examen y una limpieza cada seis meses por año calendario.
- 27 Solo se cubre la ortodoncia necesaria por razones médicas.
- 28 Para telemedicina, los afiliados son responsables de una cuota de \$40 por suceso. Los beneficios de telemedicina son administrados por MDLive, una compañía independiente.

## Language Assistance Services

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, cuenta con servicios de asistencia en idiomas disponibles de forma gratuita para usted. Llame al 1-800-275-2583 (TTY: 711).

**Chinese:** 注意: 如果您讲中文, 您可以得到免费的语言协助服务。致电 1-800-275-2583。

**Korean:** 안내사항: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-275-2583 번으로 전화하십시오.

**Portuguese:** ATENÇÃO: se você fala português, encontram-se disponíveis serviços gratuitos de assistência ao idioma. Ligue para 1-800-275-2583.

**Gujarati:** સૂચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-275-2583 કોલ કરો.

**Vietnamese:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Hãy gọi 1-800-275-2583.

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, то можете бесплатно воспользоваться услугами перевода. Тел.: 1-800-275-2583.

**Polish:** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-275-2583.

**Italian:** ATTENZIONE: Se lei parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-275-2583.

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-275-2583.

**French Creole:** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-275-2583.

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga serbisyo na tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-275-2583.

**French:** ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-275-2583.

**Pennsylvania Dutch:** BASS UFF: Wann du Pennsylvania Deutsch schwetzsch, kannscht du Hilf griege in dei eegni Schprooch unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf die Nummer 1-800-275-2583.

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। कॉल करें 1-800-275-2583।

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, können Sie kostenlos sprachliche Unterstützung anfordern. Wählen Sie 1-800-275-2583.

**Japanese:** 備考: 母国語が日本語の方は、言語アシスタンスサービス (無料) をご利用いただけます。1-800-275-2583へお電話ください。

### Persian (Farsi):

توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شماره 1-800-275-2583 تماس بگیرید.

**Navajo:** Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh. Hódíílnih koji' 1-800-275-2583.

### Urdu:

توجه درکار ہے: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں، تو آپ کے لئے مفت میں زبان معاون خدمات دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-275-2583.

**Mon-Khmer, Cambodian:** សូមមេត្តាចាប់អារម្មណ៍:

ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាមន-ខ្មែរ ឬភាសាខ្មែរ នោះ ជំនួយផ្នែកភាសានឹងមានផ្តល់ជូនដល់លោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-275-2583។

## 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 differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

This Plan provides:

- Free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters, and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Free language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these 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. You can file a grievance in the following ways: In person or by mail: ATTN: Civil Rights Coordinator, 1901 Market Street, Philadelphia, PA 19103, By phone: 1-888-377-3933 (TTY: 711) By fax: 215-761-0245, By email: [civilrightscordinator@1901market.com](mailto:civilrightscordinator@1901market.com). 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, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Elija el poder de Blue

Con Independence Blue Cross, tiene acceso a la red más grande de médicos y hospitales de la región, y la tarjeta es aceptada en todos los códigos postales.



**Independence** 

**LIVE FEARLESS**<sup>SM</sup>

FutureScripts es una compañía independiente que ofrece servicios de administración de beneficios de farmacia de Independence Blue Cross. Los planes dentales de Independence son administrados por United Concordia Companies, Inc., una compañía independiente. Los planes de la vista de Independence son administrados por Davis Vision, una compañía independiente. Una compañía afiliada a Independence tiene intereses económicos en VisionWorks.

El seguro de salud internacional es proporcionado por GeoBlue, el nombre comercial de Worldwide Insurance Services, LLC (Worldwide Services Insurance Agency, LLC en California y Nueva York), una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. GeoBlue es el administrador de cobertura proporcionada bajo las pólizas de seguro emitidas en el Distrito de Columbia por 4 Ever Life International Limited, Bermuda, una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Independence Blue Cross ofrece productos a través de sus subsidiarias Independence Hospital Indemnity Plan, Keystone Health Plan East y QCC Insurance Company, y con Highmark Blue Shield - licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

