

# No hay ningún motivo por el que su salud no pueda ser una prioridad.

Opciones del plan individual y familiar

**HIGHMARK** 

Because Life.™

Para el período de beneficios:  
1 de enero al 31 de diciembre de 2025





# Diga hola a un excelente plan médico.

¿Está buscando su propio seguro médico? Con Highmark obtendrá la cobertura y los beneficios que le importan más a usted. Esta guía lo ayudará a encontrar un plan asequible que cumpla todos los requisitos.

¿Está buscando algo en particular? Haga clic en los títulos de abajo para ir a esa sección.

---

<b>¿Por qué elegir a Highmark? .....</b>	<b>4</b>
<b>Conceptos básicos de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio . . .</b>	<b>14</b>
Lista de verificación para la inscripción .....	15
Fechas de inscripción .....	16
Niveles de metal .....	17
Maneras de ahorrar .....	18
Ayuda económica .....	19
<b>Productos y diseños del plan .....</b>	<b>20</b>
<b>Información del plan .....</b>	<b>26</b>
<b>Vista y dental .....</b>	<b>32</b>
<b>Definiciones útiles de términos de seguro médico .....</b>	<b>43</b>
<b>Información legal .....</b>	<b>44</b>

---

# ¿Por qué elegir un plan médico de Highmark?

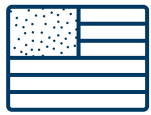
Estos son algunos de los beneficios principales que podemos mencionar rápidamente.



# 1

## Atención de expertos, cerca de casa.

Highmark invierte mucho en una estrategia de atención del paciente es primero, con acceso fácil a servicios de atención médica de alta calidad y costos más bajos en su área.



# 2

## Cobertura que viaja con usted.

Todos nuestros planes vienen con acceso a **BlueCard®**. Lo conecta con las redes más grandes de médicos y hospitales en EE. UU. con más de 2 millones de proveedores, incluyendo el 97% de todos los hospitales.\*

Su cobertura se extiende a muchos de los mejores centros fuera del estado, como:

- Bon Secours Community Hospital
- Memorial Sloan Kettering Cancer Center
- NewYork-Presbyterian Hospital
- United Health Services, Binghamton
- Cleveland Clinic
- Duke University Medical Center
- Inova Health System Hospitals
- Johns Hopkins Hospital
- Marietta Memorial Hospitals
- MD Anderson Cancer Center
- TidalHealth
- University of Maryland Medical Center
- Winchester Medical Center

Y también tiene cobertura en 190 países. Es como recibir atención cerca de casa. Tenga en cuenta que BlueCard cubre la atención de rutina,\*\* de emergencia y de urgencia de la mayoría de los planes.

\* De acuerdo con Blue Cross Blue Shield Association.

\*\* Es posible que para ciertos servicios sea necesario que usted trabaje con su proveedor participante de BlueCard para obtener una autorización previa.



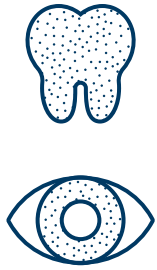
# 3

## Sin burocracia.

**Consulte con los médicos dentro de la red que quiera ver; no necesita remisión. Llame al 1-888-BLUE-428 y le buscaremos un especialista. Es así de simple.**





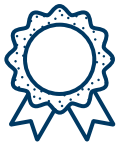


# 4

## Toda su atención médica en un solo plan.

Los ojos y los dientes sanos son partes importantes de su salud en general y los controles habituales pueden ayudarlo a anticiparse a posibles problemas en el futuro. Es particularmente importante para los niños, y por eso todos nuestros planes vienen con beneficios pediátricos de atención dental y de la vista.

**Nuestros planes con “atención dental y de la vista para adultos” en el nombre incluyen esos beneficios, por lo que no es necesario comprar planes por separado.**



# 5

## Fácil acceso a los mejores especialistas.

Solo los médicos que dan tratamientos seguros y eficaces constantemente están en la lista de **Blue Distinction**<sup>®</sup>. Cuando use nuestra herramienta Find a Doctor (Buscar un médico), el logotipo de Blue Distinction estará junto a los nombres para que pueda elegir fácilmente a uno de los especialistas con mejores resultados para cualquier atención que necesite.



# 6

## Atención de salud mental que se adapta exactamente a usted.

Con Mental Well-Being, y la tecnología de Spring Health, obtiene acceso más amplio y más rápido a atención de salud mental. Un plan de atención personalizado ayudará a guiarlo a los recursos adecuados basándose en sus necesidades.

---

**Y eso es solo para empezar.**

Pase la página para tener más motivos para elegir a Highmark.

---

**Nosotros le  
facilitamos obtener  
la atención que  
quiere.**





## ATENCIÓN MÉDICA VIRTUAL

### En persona con un médico, 24/7.

Obtenga un diagnóstico, un plan de tratamiento o una receta en cualquier momento, directamente desde su teléfono o computadora. Lo mejor de todo es que los mismos servicios médicos virtuales que presta Well360 Virtual Health también están disponibles mediante muchos proveedores dentro de la red. Es increíblemente fácil.



## BLUES ON CALL<sup>SM</sup>

### Respuestas de un profesional médico, 24/7.

¿Tiene preocupaciones médicas fuera del horario de atención? Simplemente llame al 1-888-BLUE-428 para recibir orientación de un enfermero registrado o un coach de salud en cualquier momento y resolver sus preocupaciones.



## LA APLICACIÓN Y EL SITIO WEB DE HIGHMARK PARA MIEMBROS

### Todo su plan al alcance de su mano.

Ya no hay que buscar archivos viejos ni esperar el correo. Su tarjeta de identificación digital, la herramienta Find a Doctor (Buscar un médico), la acumulación de los deducibles y el estado de los reclamos están disponibles en la **aplicación My Highmark** o en **myhighmark.com**.



## MY CARE NAVIGATOR<sup>SM</sup>

### Hacemos sus citas por usted.

Simplemente llame al 1-888-BLUE-428. Lo ayudaremos a encontrar al médico dentro de la red que necesite y reservaremos un lugar para usted. Eso significa menos tiempo esperando en el teléfono.



## PLANES DE CUENTA DE AHORRO PARA GASTOS MÉDICOS

### Ayudándolo a ahorrar ahora y en el futuro.

Las cuentas de ahorro para gastos médicos (HSA) le permiten reservar dinero para cosas como gastos médicos, recetas y más. Están disponibles para planes calificados con deducibles altos que tengan “HSA” en el nombre del plan. Algunos de estos planes también incluyen un examen de la vista preventivo para los adultos cubiertos.\*

\* Vea la sección de Información importante de los beneficios en la página 44 para obtener más información del beneficio de examen de la vista preventivo para adultos.





---

**PROGRAMA DE ATENCIÓN FÍSICA VIRTUAL CON TECNOLOGÍA DE SWORD**



## **Atención física desde la comodidad de su casa.**

Este programa de atención física digital personalizado lo ayuda con el dolor de espalda, articulaciones o muscular desde la comodidad de su propia casa.

---

**MANEJO DE LA DIABETES**



## **Apoyo para controlar la diabetes.**

Ofrecemos dos programas basados en aplicaciones para ayudarlo con el manejo de la diabetes. Los miembros elegibles con diabetes tipo 1 tienen acceso a Verily, y los miembros con diabetes tipo 2 tienen acceso a Onduo. Ambas herramientas ofrecen herramientas, coaching y apoyo clínico para ayudarlo a tomar un mejor control de su salud.

---

**MANEJO DE CHF Y COPD**



## **Coaching de salud personalizado para CHR y COPD.**

Por medio de una aplicación y un sitio web fáciles de usar, este programa de salud personalizado ofrece apoyo para manejar la insuficiencia cardíaca congestiva (CHR) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD).

---

**MANEJO DE LA ATENCIÓN DE LOS RIÑONES**



## **Coordinación de la atención de los riñones entre visitas al médico.**

Este programa de coordinación de la atención trabaja para la detección precoz de enfermedades de los riñones y ayudar a retrasar el avance de la enfermedad.

---



**¿Necesita ayuda  
con sus objetivos  
de salud?**

**Lo tenemos cubierto.**



## FITNESS

# Ir al gimnasio nunca había sido tan fácil.

Todos nuestros planes incluyen algo más en fitness con tarifas con descuento y acceso a más de 10,000 gimnasios en todo el país.\* También recibirá descuentos por acupuntura y atención quiropráctica, orientación nutricional, entrenamiento personal y más. Visite [blue365deals.com/HighmarkBS/offers?category%5Bfitness%5D=fitness](https://blue365deals.com/HighmarkBS/offers?category%5Bfitness%5D=fitness) para encontrar un gimnasio cerca de usted.

\* No se aplica a planes de fitness solo digitales.



## BIENESTAR

# Apoyo personalizado para objetivos de salud.

¿Quiere bajar de peso? ¿Quiere dejar de fumar? ¿Quiere ser más activo? Usted tiene acceso a coaches de bienestar con experiencia y a herramientas que lo ayudarán a elegir opciones saludables basándose en su estilo de vida. Después de inscribirse, visite [myhighmark.com](https://myhighmark.com).



## BLUE365®

# Descuentos para ayudarlo a mantenerse sano y activo.

Con Blue365, usted obtiene descuentos exclusivos en viajes, alquileres de automóviles y hasta en ropa y calzado. Vea las ofertas exclusivas para miembros en [blue365deals.com](https://blue365deals.com).

**Tomemos un  
minuto para ver  
los conceptos  
básicos de los  
planes de la ACA.**



---

# Esta es su lista de verificación para la inscripción de la ACA.

Necesitará esta información de cada persona que estará cubierta en su plan.

- Fecha de nacimiento**
- Número de Seguro Social**  
(o documentos de inmigrante legal)
- Documentación de ingresos de todos los miembros del grupo familiar, incluso si no los cubrirá el plan**  
(recibos de pago, formularios W-2, o declaraciones de salarios e impuestos)
- Números de la póliza de seguro médico actual**  
(si corresponde)
- Información de cualquier seguro médico que usted o su familia pueda obtener de su trabajo**

**¿Todo listo? Excelente. Vamos a pasar a la información esencial.**

---

# Fechas de inscripción

Hay dos maneras como puede inscribirse o cambiar su cobertura de la ACA. Una es un período fijo que hay todos los años. La otra es para casos especiales que pueden ocurrir en cualquier momento.

## 1 Período de inscripción abierta

### 1 de noviembre de 2024 – 15 de enero de 2025

Si se inscribe a más tardar el 15 de diciembre de 2024, su plan empieza el 1 de enero de 2025.

Si se inscribe entre el 16 de diciembre de 2024 y el 15 de enero de 2025, su plan empieza el 1 de febrero de 2025.

## 2 Período de inscripción especial

### Puede suceder en cualquier momento del año

Durante un Período de inscripción especial, solo puede obtener o cambiar la cobertura si tiene un evento de vida que lo haga calificar. Los ejemplos incluyen perder su cobertura existente, un nuevo familiar, casarse o mudarse a un área nueva donde no puede conservar su plan actual. Muchos Períodos de inscripción especial solo duran 60 días desde el evento de vida que lo hace calificar.

Si cree que es elegible para un Período de inscripción especial, es posible que se le pida que presente documentos para verificarlo. Puede visitar [HighmarkCatalog2025.com/SEPA](https://HighmarkCatalog2025.com/SEPA) para obtener más información.

---

# Niveles de metal

Los planes de la ACA\* están divididos en cuatro categorías según cómo usted y su plan compartan los costos de su atención médica. Para su información, los niveles de metal solo reflejan las diferencias de gastos compartidos\*\*, lo que significa que obtiene la misma calidad de atención en cualquier nivel.

## Bronze



**60%**  
de los costos  
cubiertos por su plan

**40%**  
gastos  
de bolsillo

Si no usa muchos de los servicios de atención médica o quiere mantener bajos los pagos de las primas, un plan Bronze puede ser adecuado para usted.

## Silver



**70%**  
de los costos  
cubiertos por su plan

**30%**  
gastos  
de bolsillo

Si quiere equilibrar las primas con los gastos de bolsillo, los planes Silver pueden ser la mejor opción.

## Gold



**80%**  
de los costos  
cubiertos por su plan

**20%**  
gastos  
de bolsillo

Si usa los servicios de atención médica con cierta frecuencia o quiere gastos de bolsillo bajos para los servicios que se usan con mayor frecuencia, podría considerar un plan Gold.

## Extra Savings Silver



**73-94%**  
de los costos  
cubiertos por su plan

**6-27%**  
gastos  
de bolsillo

Si usted es elegible para reducciones de costos compartidos (CSR), los planes Extra Savings Silver le dan gastos de bolsillo más bajos. La elegibilidad para esos planes se determina mediante **pennie.com**.

Vea la página 18 para obtener más información sobre las CSR.

La ayuda económica por medio de créditos fiscales anticipados por las primas APTC o las reducciones de costos compartidos CSR está disponible solo en los planes comprados mediante Pennie.

\* Los planes Catastrophic solo están disponibles si usted es menor de 30 años o tiene dificultades económicas. Son para personas que no van a menudo con el médico o que solo van con el médico cuando tienen una emergencia. Highmark no ofrece los planes Platinum en el sureste de Pensilvania.

\*\*La parte de los servicios de atención médica que usted paga como gastos de bolsillo. Esto generalmente incluye deducibles, coseguro y copagos.



---

# Maneras de ahorrar

**Buenas noticias:** Hay dos maneras de ahorrar disponibles para los miembros de la ACA.  
**Aún mejores noticias:** Casi el 90% de nuestros miembros de la ACA califican para ahorrar.

## Créditos fiscales anticipados por las primas (APTC)

Los APTC\* se pueden aplicar por anticipado para reducir lo que paga cada mes por su prima en cualquier plan mediante Pennie, excepto el catastrófico.

## Reducciones de costos compartidos (CSR)

Las CSR reducirán los gastos de bolsillo que puede pagar en el momento del servicio por visitas al médico, pruebas de laboratorio, medicamentos y otros servicios cubiertos. Los planes de CSR ofrecen deducibles, copagos y coseguros más bajos. Usted solo obtiene estos ahorros si se inscribe en un plan Extra Savings Silver.

**También puede calificar para un APTC y un CSR.**

## Más ayuda por la ACA

La Ley de reducción de la inflación (Inflation Reduction Act) disminuye el costo de los planes médicos para las personas y familias con ingresos medios y bajos. Puede darle más ayuda si anteriormente había calificado para recibir ayuda económica. Y facilita que pueda calificar si se le había denegado anteriormente.

Sus ahorros pueden ser considerables. Compruébelo usted mismo.

---

### Taylor

Soltero, 26 años,  
no fumador  
Ingresos anuales: \$40,000

Antes: \$293 de prima mensual

Después: \$154 de prima  
mensual

**Ahorros: \$1,668/año**

### Kris y Jamie

Pareja casada, 64 años,  
no fumadores  
Ingresos anuales: \$80,000

Antes: \$3,315 de prima mensual

Después: \$567 de prima mensual

**Ahorros: \$32,976/año**

### Familia Martínez

Familia de cuatro, de 35, 35, 8 y 5  
años, todos no fumadores  
Ingresos anuales: \$100,000

Antes: \$819 de prima mensual

Después: \$543 de prima mensual

**Ahorros: \$3,312/año**

---

Las primas y el crédito fiscal anticipado por las primas (APTC) pueden variar según el condado. El APTC puede disminuir la prima mensual. Los ejemplos se basan en el segundo plan Silver con costo más bajo disponible mediante **pennie.com** en un área dada. El precio de este plan se usa para calcular los subsidios de las primas.

\* La ayuda económica por medio de créditos fiscales anticipados por las primas (APTC) o reducciones de costos compartidos (CSR) solo está disponible en los planes comprados mediante **pennie.com**.

# Ayuda económica

Para saber si es elegible para recibir ayuda económica, encuentre sus ingresos calificados y el tamaño de su grupo familiar en la tabla de abajo. Luego, vea los planes Base o Extra Savings de su condado para encontrar los planes que cubren sus necesidades.

Si no califica para reducciones de costos compartidos, puede ser elegible para los APTC. Consulte las opciones del plan Base para su condado. El cuadro de abajo es una guía. La elegibilidad final se determinará mediante Pennie.

## ¿Cuáles son los ingresos de las personas cubiertas por su plan médico?

¿Quién necesita la cobertura?	Elegible para Medicaid	Elegible para CSR y APTC			Elegible para APTC
	Rango de elegibilidad para Medicaid (138% o menos del FPL)	Planes Extra Savings Silver 138-149% planes de CSR	150-199% Planes de CSR	200-249% Planes de CSR	Base 250% o y más
Individual	Menos de \$20,783	\$20,784 – \$22,589	\$22,590 – \$30,119	\$30,120 – \$37,649	\$37,650 o más
Familia de 2	Menos de \$28,207	\$28,208 – \$30,659	\$30,660 – \$40,879	\$40,880 – \$51,099	\$51,100 o más
Familia de 3	Menos de \$35,632	\$35,633 – \$38,729	\$38,730 – \$51,639	\$51,640 – \$64,549	\$64,550 o más
Familia de 4	Menos de \$43,056	\$43,057 – \$46,799	\$46,800 – \$62,399	\$62,400 – \$77,999	\$78,000 o más
Familia de 5	Menos de \$50,480	\$50,481 – \$54,869	\$54,870 – \$73,159	\$73,160 – \$91,449	\$91,450 o más
Familia de 6	Menos de \$57,905	\$57,906 – \$62,939	\$62,940 – \$83,919	\$83,920 – \$104,899	\$104,900 o más
Familia de 7	Menos de \$65,329	\$65,330 – \$71,009	\$71,010 – \$94,679	\$94,680 – \$118,349	\$118,350 o más
Familia de 8	Menos de \$72,754	\$72,755 – \$79,079	\$79,080 – \$105,439	\$105,440 – \$131,799	\$131,800 o más

La mayoría de las personas individuales y familias con ingresos del grupo familiar del 100% o más del límite federal de pobreza (FPL) calificarán para el crédito fiscal por las primas. Estos créditos ayudan a reducir el costo de la cobertura de seguro médico y están basados en el segundo plan Silver de menor costo disponible en su área en [pennie.com](https://pennie.com). El segundo plan Silver de menor costo también se conoce como el “plan de referencia”. El crédito fiscal por las primas varía dependiendo de los ingresos. Los grupos familiares con ingresos del 150% o menos del FPL no pagarán ninguna prima por el plan de referencia. Los grupos familiares con ingresos anuales del 400% o más del FPL no pagarán más del 8.5% de sus ingresos del grupo familiar en primas de seguro médico por el plan de referencia.

Ingresos por debajo del 138% del FPL: Si sus ingresos son inferiores al 138% del FPL y su estado ha ampliado la cobertura de Medicaid, usted califica para Medicaid basándose únicamente en sus ingresos.\*

Los indios americanos y los nativos de Alaska que son miembros de tribus reconocidas a nivel federal son elegibles para reducción de costos compartidos con umbrales alternativos de dólares.

Esta tabla solo se aplica para la cobertura en 2025 y en los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia. Para familias/grupos familiares con más de 8 personas, agregue \$5,380 por cada persona adicional.

\* Directrices de pobreza del HHS para 2024 (1 de abril de 2024). Obtenido de <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.

**Revise si califica para uno o ambos tipos de ayuda.  
Llame al 855-602-2414.**

# Productos y diseños del plan de Highmark 2025

**Vaya, eso fue un montón de  
buena información. Ahora  
veamos los productos y planes  
disponibles en su área en 2025.**

---

# Usted obtiene todo lo esencial.

Usted obtiene acceso a los 10 beneficios médicos esenciales, además de cobertura para condiciones preexistentes.

Estos incluyen:

**1** Atención de paciente ambulatorio

**2** Servicios de emergencia

**3** Hospitalización  
(como operación y estancias durante la noche)

**4** Embarazo, maternidad, y atención del recién nacido

**5** Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias

**6** Medicamentos con receta

**7** Servicios de laboratorio

**8** Servicios de rehabilitación y recuperación y dispositivos

**9** Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas

**10** Servicios pediátricos, incluyendo atención dental de la vista

# Nuestras redes y productos

Sin importar el plan que elija, obtiene acceso dentro de la red a atención de la mejor calidad, cerca de casa. Incluso puede ir con especialistas dentro de la red sin necesidad de una remisión. Independientemente de sus necesidades de atención médica y de su presupuesto, tenemos un plan para usted. Todo lo que debe hacer es elegir.

## my Blue Access PPO

my Blue Access PPO le da acceso dentro de la red a la red de médicos y hospitales más grande de Highmark. Con un PPO, también tiene la flexibilidad de consultar a proveedores fuera de la red. Y con el programa BlueCard, también obtiene acceso dentro de la red a proveedores fuera de Pensilvania para atención de rutina, de emergencia y de urgencia.

## Ahorre más cuando use un sitio de ahorros para el miembro

- Los miembros ahorran cuando usan centros independientes como Quest Diagnostics en lugar de centros basados en un hospital.
- Entre \$25 y \$50 en pruebas de laboratorio y radiografías
- Alrededor de \$200 en diagnóstico por imágenes avanzado
- Los lugares de ahorro para miembros están claramente identificado en el directorio de proveedores en línea.

## Cobertura del Programa BlueCard®

	Dentro de PA	Fuera de PA	
	Dentro de la red	Dentro de la red (Red BlueCard PPO)	Fuera de la red (Red BlueCard PPO)
	Emergencia/atención de urgencia/rutina	Servicios de emergencias/atención de urgencia/rutina fuera de la red	Servicios de emergencias/atención de urgencia/rutina fuera de la red
my Blue Access PPO	Sí	Sí	Sí

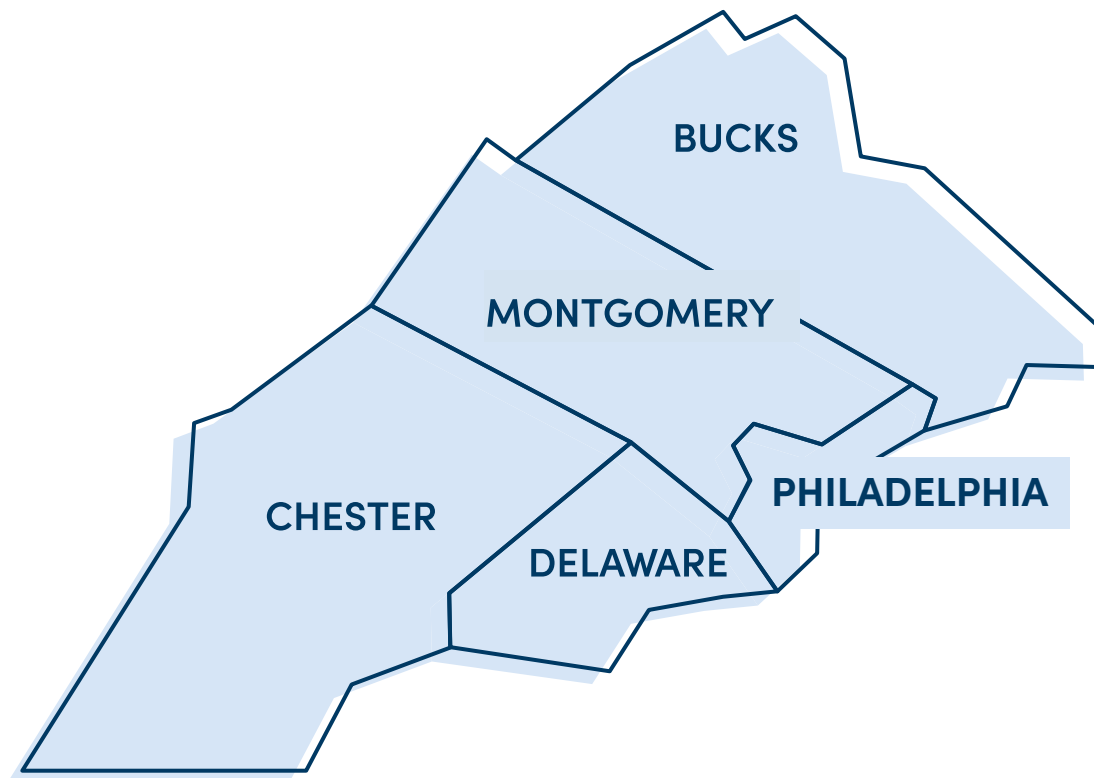


---

## Los planes están disponibles para los residentes de los condados resaltados abajo.



my Blue Access PPO



Para saber si su proveedor está dentro de la red, visite [HighmarkCatalog2025.com/SEPAPro](https://HighmarkCatalog2025.com/SEPAPro). Seleccione **Find a Doctor or Rx** (Buscar un médico o farmacia). Seleccione la región donde vive. Vaya abajo a **Find Care** (Buscar atención) y seleccione **Find a Doctor** (Buscar un médico). Seleccione Just Browsing (Solo estoy buscando). Escriba su ciudad, estado o código postal y haga clic en **Continue** (Continuar).



---

# Bronze 7400 HSA — Plan personalizado de beneficio de medicamentos

Este plan le permite ahorrar para su atención con una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) y tiene gastos de bolsillo bajos en ciertas recetas.

Una HSA le permite reservar dinero en una cuenta de ahorros que puede usar para cosas como gastos médicos, servicios dentales y de la vista y recetas.



Con los beneficios de medicamentos personalizados, Highmark paga inmediatamente el 100% de los costos de muchos medicamentos preventivos y de mantenimiento. No hay necesidad de cubrir el deducible. Para una lista completa de los medicamentos cubiertos, visite [highmark.link/cdbsepa](https://highmark.link/cdbsepa).

Los medicamentos preventivos y de mantenimiento cubiertos al 100% incluyen:

- Eliquis 5 mg tablet
- Rosuvastatin calcium 5, 10, 20 mg tablet (Crestor)
- Venlafaxine HCL ER 150 mg capsule (Effexor)
- Jardiance 10, 25 mg tablet
- Ezetimibe 10 mg tablet (Zetia) Sertraline HCL (Zoloft) – 25, 50, 100 mg
- Lisinopril 2.5, 5, 10–40mg
- Januvia 100 mg tablet
- Xarelto 20 mg tablet
- Breo Ellipta 100–25 mcg inhaler
- Budesonide-formoterol fumarate 160 - 4.5 mcg inhaler (Symbicort)

En la lista también están incluidas 20 de las recetas más surtidas. Incluyen medicamentos para condiciones como diabetes, asma, condiciones cardíacas, ansiedad y depresión.

# ¿Está buscando información del plan?

Está en el lugar correcto.

Estas son algunas preguntas que es conveniente considerar cuando esté buscando el plan que mejor se adapte a sus necesidades y presupuesto.

- ¿Están sus médicos en la red?
- ¿Están cubiertas sus recetas?  
¿Y cuánto cuestan?
- ¿Tiene algún deducible individual o familiar?
- Si quiere tener una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA), ¿la incluyen los planes que está viendo?
- ¿Qué cobertura tiene cuando está viajando?

Aquí puede ver los resúmenes de los planes. Si quiere la lista completa de beneficios de algún plan, visite [highmarksbcs.com](http://highmarksbcs.com) u obtenga una copia impresa llamando al 1-833-258-0188 (TTY/TDD 711).



	<b>Nivel de cobertura</b>			
	<b>Catastrophic 9200</b> 3 visitas al PCP gratuitas	<b>BRONZE 8900</b>	<b>BRONZE 7400 HSA -</b> Beneficio de medicamentos personalizado <sup>1</sup>	<b>BRONZE 3800</b>
<b>Disponibilidad del plan</b>	my Blue Access Major Events PPO Catastrophic 9200 - 3 visitas al PCP gratuitas	my Blue Access PPO Bronze 8900	my Blue Access PPO Bronze 7400 HSA - Beneficio de medicamentos personalizado <sup>1</sup>	my Blue Access PPO Bronze 3800
<b>Deducible dentro de la red</b>	Individual: \$9,200 Familiar: \$18,400	Individual: \$8,900 Familiar: \$17,800	Individual: \$7,400 Familiar: \$14,800	Individual: \$3,800 Familiar: \$7,600
<b>Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red</b>	Individual: \$9,200 Familiar: \$18,400	Individual: \$8,900 Familiar: \$17,800	Individual: \$7,400 Familiar: \$14,800	Individual: \$9,200 Familiar: \$18,400
<b>Visita de atención primaria</b>	\$0 después del deducible; \$0 las primeras 3 visitas (no sujeto a deducible)	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$65 de copago
<b>Visita al especialista</b>	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$65 de copago
<b>Visitas de salud mental y por abuso de sustancias como paciente ambulatorio</b>	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$65 de copago
<b>Terapia física y ocupacional<sup>2</sup></b>	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$65 de copago
<b>Prueba de diagnóstico - Servicios de laboratorio en sitio de ahorros para miembros/sitio de ahorros para no miembros<sup>3</sup></b>	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$55/\$105 de copago
<b>Prueba de diagnóstico - Radiografías en sitio de ahorros para miembros/sitio de ahorros para no miembros<sup>3</sup></b>	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$125/\$250 de copago
<b>Atención de urgencia<sup>4</sup></b>	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$100 de copago
<b>Servicios de emergencia</b>	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	50% después del deducible
<b>Hospital, pacientes hospitalizados (incluyendo centro y profesional)</b>	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	50% después del deducible
<b>Resumen de farmacia<sup>5</sup></b>	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	Recetas selectas: \$0 (no sujeto a deducible) Todas las demás recetas: \$0 después del deducible	Medicamentos del nivel 1: \$15 (no sujeto a deducible) Todos los demás niveles: 50% después del deducible
<b>Opción dental y de la vista integrada para adultos<sup>6</sup></b>	No	No	No	Sí

<sup>1</sup> Este plan tiene un deducible incorporado y un máximo de gastos de bolsillo.

<sup>2</sup> Límite de 30 visitas combinadas de fisioterapia y terapia ocupacional por período de beneficios. El límite no se aplica a los servicios de terapia por tratamiento de salud mental o abuso de sustancias.

<sup>3</sup> Si solo se muestra un costo, la responsabilidad del miembro es la misma para los sitios de ahorros para miembros y los sitios de ahorros para no miembros.

<sup>4</sup> El copago, si lo hubiera, no se aplica a los servicios de atención de urgencia recetados por tratamiento de salud mental o abuso de sustancias.

<sup>5</sup> Visite [highmarkacaformulary.com](https://highmarkacaformulary.com) para ver nuestra Lista de medicamentos cubiertos (formulario) y revisar si su medicamento está cubierto y en qué nivel.

<sup>6</sup> Vea las páginas 32-36 para obtener información de los beneficios de atención dental y de la vista para adulto.

Visite nuestro directorio de proveedores para buscar proveedores participantes: [HighmarkCatalog2025.com/SEPAPro](https://HighmarkCatalog2025.com/SEPAPro). Seleccione **Find a Doctor** or Rx (Buscar un médico o farmacia). Seleccione la región donde vive. Vaya abajo a **Find Care** (Buscar atención) y seleccione **Find a Doctor** (Buscar un médico). Seleccione **Just Browsing** (Solo estoy buscando). Escriba su ciudad, estado o código postal y haga clic en Continue (Continuar).



	<b>Nivel de cobertura</b>		
	<b>SILVER 7000</b>	<b>SILVER 3500*</b>	<b>PREMIER SILVER 0</b>
<b>Disponibilidad del plan</b>	my Blue Access PPO Silver 7000	my Blue Access PPO Silver 3500*	my Blue Access PPO Premier Silver 0
<b>Deducible dentro de la red</b>	Individual: \$7,000 Familiar: \$14,000	Individual: \$3,500 Familiar: \$7,000	Individual: \$0 Familiar: \$0
<b>Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red</b>	Individual: \$9,200 Familiar: \$18,400	Individual: \$9,200 Familiar: \$18,400	Individual: \$8,350 Familiar: \$16,700
<b>Visita de atención primaria</b>	\$70 de copago	\$50 de copago	\$70 de copago
<b>Visita al especialista</b>	\$70 de copago	\$50 de copago	\$70 de copago
<b>Visitas de salud mental y por abuso de sustancias como paciente ambulatorio</b>	\$70 de copago	\$50 de copago	\$70 de copago
<b>Terapia física y ocupacional<sup>2</sup></b>	\$70 de copago	\$50 de copago	\$70 de copago
<b>Prueba de diagnóstico - Servicios de laboratorio en sitio de ahorros para miembros/sitio de ahorros para no miembros<sup>3</sup></b>	\$80/\$130 de copago	\$50/\$75 de copago	\$65/\$90 de copago
<b>Prueba de diagnóstico - Radiografías en sitio de ahorros para miembros/sitio de ahorros para no miembros<sup>3</sup></b>	\$80/\$130 de copago	\$50/\$75 de copago	\$65/\$90 de copago
<b>Atención de urgencia<sup>4</sup></b>	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
<b>Servicios de emergencia</b>	\$750 de copago después del deducible	30% después del deducible	\$1,250 de copago
<b>Hospital, pacientes hospitalizados (incluyendo centro y profesional)</b>	\$1,125 de copago después del deducible	30% después del deducible	\$2,500 de copago
<b>Resumen de farmacia<sup>5</sup></b>	\$0/\$30/\$150/50%	\$0/\$30/\$150/50%	\$0/\$30/\$150/50%
<b>Opción dental y de la vista integrada para adultos<sup>6</sup></b>	No	Sí	Sí

## Nivel de cobertura

GOLD  
1700 HSA<sup>1</sup>GOLD  
1500GOLD  
0PREMIER  
GOLD 0

	GOLD 1700 HSA <sup>1</sup>	GOLD 1500	GOLD 0	PREMIER GOLD 0
Disponibilidad del plan	my Blue Access PPO Gold 1700 HSA <sup>1</sup>	my Blue Access PPO Gold 1500	my Blue Access PPO Gold 0	my Blue Access PPO Premier Gold 0
Deducible dentro de la red	Individual: \$1,700 Familiar: \$3,400	Individual: \$1,500 Familiar: \$3,000	Individual: \$0 Familiar: \$0	Individual: \$0 Familiar: \$0
Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red	Individual: \$5,700 Familiar: \$11,400	Individual: \$8,300 Familiar: \$16,600	Individual: \$7,500 Familiar: \$15,000	Individual: \$6,550 Familiar: \$13,100
Visita de atención primaria	\$20 de copago después del deducible	\$35 de copago	\$20 de copago	\$15 de copago
Visita al especialista	\$20 de copago después del deducible	\$35 de copago	\$20 de copago	\$15 de copago
Visitas de salud mental y por abuso de sustancias como paciente ambulatorio	\$20 de copago después del deducible	\$35 de copago	\$20 de copago	\$15 de copago
Terapia física y ocupacional <sup>2</sup>	\$20 de copago después del deducible	\$35 de copago	\$20 de copago	\$40 de copago
Prueba de diagnóstico - Servicios de laboratorio en sitio de ahorros para miembros/sitio de ahorros para no miembros <sup>3</sup>	\$20 de copago después del deducible	\$35/\$60 de copago	\$30/\$55 de copago	\$30/\$55 de copago
Prueba de diagnóstico - Radiografías en sitio de ahorros para miembros/sitio de ahorros para no miembros <sup>3</sup>	\$20 de copago después del deducible	\$35/\$60 de copago	\$30/\$55 de copago	\$30/\$55 de copago
Atención de urgencia <sup>4</sup>	\$40 de copago después del deducible	\$70 de copago	\$40 de copago	\$30 de copago
Servicios de emergencia	\$175 de copago después del deducible	\$350 de copago	\$300 de copago	\$280 de copago
Hospital, pacientes hospitalizados (incluyendo centro y profesional)	\$450 de copago después del deducible	\$725 de copago después del deducible	\$725 de copago	\$525 de copago
Resumen de farmacia <sup>5</sup>	\$0 después del deducible/ \$30 después de pagar el deducible/ \$150 después del deducible/ 50% después del deducible	\$0/\$30/\$150/50%	\$0/\$30/\$150/50%	\$0/\$25/\$75/50%
Opción dental y de la vista integrada para adultos <sup>6</sup>	No	No	Sí	Sí

\* Estos planes están disponibles directamente en Highmark y no están disponibles en Pennie.

<sup>1</sup> Este plan tiene un deducible no incorporado y un máximo de gastos de bolsillo incorporado.

<sup>2</sup> Límite de 30 visitas combinadas de fisioterapia y terapia ocupacional por período de beneficios. El límite no se aplica a los servicios de terapia por tratamiento de salud mental o abuso de sustancias.

<sup>3</sup> Si solo se muestra un costo, la responsabilidad del miembro es la misma para los sitios de ahorros para miembros y los sitios de ahorros para no miembros.

<sup>4</sup> El copago, si lo hubiera, no se aplica a los servicios de atención de urgencia recetados por tratamiento de salud mental o abuso de sustancias.

<sup>5</sup> Visite [highmarkacaformulary.com](https://highmarkacaformulary.com) para ver nuestra Lista de medicamentos cubiertos (formulario) y revisar si su medicamento está cubierto y en qué nivel.

<sup>6</sup> Vea las páginas 32-36 para obtener información de los beneficios de atención dental y de la vista para adulto.

Visite nuestro directorio de proveedores para buscar proveedores participantes: [HighmarkCatalog2025.com/SEPAPro](https://HighmarkCatalog2025.com/SEPAPro). Seleccione **Find a Doctor or Rx** (Buscar un médico o farmacia). Seleccione la región donde vive. Vaya abajo a **Find Care** (Buscar atención) y seleccione **Find a Doctor** (Buscar un médico). Seleccione **Just Browsing** (Solo estoy buscando). Escriba su ciudad, estado o código postal y haga clic en **Continue** (Continuar).

## Nivel de ingresos

138-149% del FPL

150-199% del FPL

## Nivel de cobertura

Extra Savings Silver

**94%** de los costos cubiertos por su plan

**6%** gastos de bolsillo

Extra Savings Silver

**87%** de los costos cubiertos por su plan

**13%** gastos de bolsillo

Silver 0

Premier Silver 0

Silver 0

	Silver 0	Premier Silver 0	Silver 0
<b>Disponibilidad del plan</b>	my Blue Access PPO Extra Savings Silver 0	my Blue Access PPO Premier Extra Savings Silver 0	my Blue Access PPO Extra Savings Silver 0
<b>Deducible dentro de la red</b>	Individual: \$0 Familiar: \$0	Individual: \$0 Familiar: \$0	Individual: \$0 Familiar: \$0
<b>Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red</b>	Individual: \$1,200 Por familia: \$2,400	Individual: \$1,200 Por familia: \$2,400	Individual: \$3,050 Familiar: \$6,100
<b>Visita de atención primaria</b>	\$1 de copago	\$0 de copago	\$15 de copago
<b>Visita al especialista</b>	\$1 de copago	\$0 de copago	\$15 de copago
<b>Visitas de salud mental y por abuso de sustancias como paciente ambulatorio</b>	\$1 de copago	\$0 de copago	\$15 de copago
<b>Terapia física y ocupacional<sup>1</sup></b>	\$1 de copago	\$0 de copago	\$15 de copago
<b>Prueba de diagnóstico - Servicios de laboratorio en sitio de ahorros para miembros/sitio de ahorros para no miembros<sup>2</sup></b>	\$0/\$5 de copago	\$0 de copago	\$20/\$45 de copago
<b>Prueba de diagnóstico - Radiografías en sitio de ahorros para miembros/sitio de ahorros para no miembros<sup>2</sup></b>	\$0/\$5 de copago	\$0 de copago	\$20/\$45 de copago
<b>Atención de urgencia<sup>3</sup></b>	\$5 de copago	\$5 de copago	\$30 de copago
<b>Servicios de emergencia</b>	\$75 de copago	\$75 de copago	\$375 de copago
<b>Hospital, pacientes hospitalizados (incluyendo centro y profesional)</b>	\$175 de copago	\$175 de copago	\$450 de copago
<b>Resumen de farmacia<sup>4</sup></b>	\$0/\$5/\$15/50%	\$0/\$5/\$15/50%	\$0/\$10/\$50/50%
<b>Opción dental y de la vista integrada para adultos<sup>5</sup></b>	No	Sí	No

<b>Nivel de ingresos</b>			
<b>150-199% del FPL</b>		<b>200-249% del FPL</b>	
<b>Nivel de cobertura</b>			
<b>Extra Savings Silver</b> <b>87%</b> de los costos cubiertos por su plan <b>13%</b> gastos de bolsillo		<b>Extra Savings Silver</b> <b>73%</b> de los costos cubiertos por su plan <b>27%</b> gastos de bolsillo	
<b>Premier Silver 0</b>		<b>Silver 3700</b>	<b>Premier Silver 0</b>
<b>Disponibilidad del plan</b>	my Blue Access PPO Premier Extra Savings Silver 0	my Blue Access PPO Extra Savings Silver 3700	my Blue Access PPO Premier Extra Savings Silver 0
<b>Deducible dentro de la red</b>	Individual: \$0 Familiar: \$0	Individual: \$3,700 Familiar: \$7,400	Individual: \$0 Familiar: \$0
<b>Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red</b>	Individual: \$3,050 Familiar: \$6,100	Individual: \$7,200 Familiar: \$14,400	Individual: \$6,800 Familiar: \$13,600
<b>Visita de atención primaria</b>	\$0 de copago	\$65 de copago	\$70 de copago
<b>Visita al especialista</b>	\$0 de copago	\$65 de copago	\$70 de copago
<b>Visitas de salud mental y por abuso de sustancias como paciente ambulatorio</b>	\$0 de copago	\$65 de copago	\$70 de copago
<b>Terapia física y ocupacional<sup>1</sup></b>	\$15 de copago	\$65 de copago	\$70 de copago
<b>Prueba de diagnóstico - Servicios de laboratorio en sitio de ahorros para miembros/sitio de ahorros para no miembros<sup>2</sup></b>	\$55/\$80 de copago	\$60/\$85 de copago	\$65/\$90 de copago
<b>Prueba de diagnóstico - Radiografías en sitio de ahorros para miembros/sitio de ahorros para no miembros<sup>2</sup></b>	\$55/\$80 de copago	\$60/\$85 de copago	\$65/\$90 de copago
<b>Atención de urgencia<sup>3</sup></b>	\$10 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
<b>Servicios de emergencia</b>	\$500 de copago	\$750 después del deducible	\$1,250 de copago
<b>Hospital, pacientes hospitalizados (incluyendo centro y profesional)</b>	\$450 de copago	\$1,125 después del deducible	\$2,500 de copago
<b>Resumen de farmacia<sup>4</sup></b>	\$0/\$10/\$50/50%	\$0/\$30/\$150/50%	\$0/\$30/\$150/50%
<b>Opción dental y de la vista integrada para adultos<sup>5</sup></b>	Sí	No	Sí

<sup>1</sup> Límite de 30 visitas combinadas de fisioterapia y terapia ocupacional por período de beneficios. El límite no se aplica a los servicios de terapia por tratamiento de salud mental o abuso de sustancias.

<sup>2</sup> Si solo se muestra un costo, la responsabilidad del miembro es la misma para los sitios de ahorros para miembros y los sitios de ahorros para no miembros.

<sup>3</sup> El copago, si lo hubiera, no se aplica a los servicios de atención de urgencia recetados por tratamiento de salud mental o abuso de sustancias.

<sup>4</sup> Visite [highmarkacaformulary.com](https://www.highmarkacaformulary.com) para ver nuestra Lista de medicamentos cubiertos (formulario) y revisar si su medicamento está cubierto y en qué nivel.

<sup>5</sup> Vea las páginas 32-36 para obtener información de los beneficios de atención dental y de la vista para adulto.

Visite nuestro directorio de proveedores para buscar proveedores participantes: [HighmarkCatalog2025.com/SEPAPro](https://www.HighmarkCatalog2025.com/SEPAPro). Seleccione **Find a Doctor or Rx** (Buscar un médico o farmacia). Seleccione la región donde vive. Vaya abajo a **Find Care** (Buscar atención) y seleccione **Find a Doctor** (Buscar un médico). Seleccione **Just Browsing** (Solo estoy buscando). Escriba su ciudad, estado o código postal y haga clic en **Continue** (Continuar).



# Beneficios de la vista y dentales

# Planes que incluyen atención de la vista y dental

Highmark está haciendo que la atención dental y de la vista sea más accesible. En todos los niveles de metal, ofrecemos planes con la opción de incluir servicios dentales y de la vista para adultos. Los beneficios dentales y de la vista pediátricos se incluyen automáticamente en cada plan.

Puede encontrar los beneficios dentales y de la vista para adultos en las páginas 34-36 y los beneficios dentales y de la vista pediátricos en las páginas 38-42.

## Cobertura de la vista

Un examen de la vista puede ayudar a identificar problemas como la diabetes en una etapa temprana, cuando tratarlos es más fácil. Nuestro examen anual de la vista está cubierto al 100% en los planes que incluyen beneficios dentales y de la vista para adultos.

## Cobertura dental

Ir con un dentista es la mejor manera de cuidar su salud bucal. Nuestro beneficio dental para adultos incluye el 100% de cobertura en limpiezas\*, radiografías y selladores.

## Es beneficioso tener cobertura dental

Servicio	Costo promedio con cobertura dental	Costo promedio sin cobertura dental (tarifa normal)
Exámenes, limpiezas y radiografías	\$0-37	Hasta \$400 <sup>1</sup>
Empaste compuesto	\$71	\$170 <sup>2</sup>
Extracción simple	\$33	\$163 <sup>3</sup>
Tratamiento de canal	\$400	\$1,250 <sup>4</sup>

\* Tres limpiezas por año.

<sup>1</sup> [https://www.dentaly.org/us/oral-hygiene/teeth-cleaning/#How\\_much\\_does\\_a\\_dental\\_cleaning\\_cost](https://www.dentaly.org/us/oral-hygiene/teeth-cleaning/#How_much_does_a_dental_cleaning_cost), último acceso 25 de abril de 2024; <https://www.dentaly.org/us/panoramic-dental-xray/>, último acceso 25 de abril de 2024

<sup>2</sup> [https://www.dentaly.org/us/tooth-filling/#How\\_much\\_do\\_fillings\\_cost](https://www.dentaly.org/us/tooth-filling/#How_much_do_fillings_cost), último acceso 25 de abril de 2024

<sup>3</sup> [https://www.dentaly.org/us/tooth-extraction/#How\\_much\\_does\\_tooth\\_removal\\_cost\\_in\\_the\\_US](https://www.dentaly.org/us/tooth-extraction/#How_much_does_tooth_removal_cost_in_the_US), último acceso 25 de abril de 2024

<sup>4</sup> <https://www.webmd.com/oral-health/guide/dental-root-canals>, último acceso 25 de abril de 2024

# Para todos los planes con cobertura dental y de la vista para adultos, estos son sus beneficios de la vista.

## Dentro de la red

Beneficios de la vista	Frecuencia – una vez cada:
Examen de la vista (incluyendo la dilatación cuando esté indicada por un profesional)	12 meses
Lentes para anteojos	12 meses
Montura	12 meses
Lentes de contacto (en lugar de lentes de anteojos)	12 meses

Copagos	
Examen de la vista	\$0
Lentes para anteojos	\$0
Evaluación de lentes de contacto, atención para ajuste y seguimiento	Si un miembro elige lentes de colección, no hay copago. Si se eligen lentes que no son de colección, el miembro debe pagar todos los costos asociados.

Beneficio de anteojos - lentes para anteojos	Precio promedio de venta	Cargos a los miembros
Lentes de plástico transparente monofocales, bifocales con línea, trifocales o lenticulares (cualquier receta)	\$60-\$120	Incluido
Lentes de gran tamaño	\$20	Incluido
Tinte para lentes de plástico	\$20	\$11
Recubrimiento a prueba de rayones	\$25-\$40	Incluido
Lentes monofocales del plan de protección contra rayones	\$60-\$120	\$20
Lentes multifocales del plan de protección contra rayones	\$60-\$120	\$40
Lentes de policarbonato <sup>1</sup>	\$60-\$75	\$0 o \$30
Recubrimiento ultravioleta	\$25-\$30	\$12
Recubrimiento antirreflejante (AR) estándar	\$100-\$175	\$35
Recubrimiento AR premium	\$100-\$175	\$48
Recubrimiento AR ultra	\$100-\$175	\$60
Lentes progresivos estándares	\$150-\$195	\$50
Progresivos Premium (Varilux®, etc.)	\$195-\$225	\$90
Lentes ultraprogresivos	\$225-\$300	\$140
Filtro de luz azul	\$25	\$15
Lentes de alto índice (más delgados y livianos)	\$90-\$150	\$55/\$120
Lentes polarizados	\$95-\$110	\$75
Lentes fotosensibles de plástico	\$95-\$150	\$65

Beneficio en anteojos - montura		Precio promedio de venta	
Asignación para monturas que no sean de la colección (precio de venta):		Hasta \$130	Hasta \$150
Colección de monturas de Davis Vision <sup>2</sup> (en lugar de la asignación):	Nivel Fashion	Hasta \$125	Incluido
	Nivel Designer	Hasta \$175	Incluido
	Nivel Premier	Hasta \$225	Incluido

Beneficio de lentes de contacto (en lugar de anteojos)		
Lentes de contacto que no sean de la colección: asignación del material		Hasta \$150
Lentes de contacto de colección <sup>2</sup> (en lugar de la asignación): material	Desechable	Cubierto completamente
	Reemplazo planificado	Cubierto completamente
	Evaluación, atención para ajuste y seguimiento	Incluido
Lentes de contacto médicamente necesarios (con aprobación previa)	Material, evaluación, atención para ajuste y seguimiento	Incluido

<sup>1</sup> Los lentes de policarbonato están completamente cubiertos para hijos dependientes, pacientes monoculares y pacientes con recetas de +/- 6.00 dioptrías o más.

<sup>2</sup> La colección está disponible en la mayoría de los consultorios de los proveedores participantes independientes. La colección está sujeta a cambios. La colección incluye tóricos y multifocales seleccionados.

## Incluye garantía de un año por rotura de anteojos.

Los beneficios de la vista para adultos usan la red de Davis Vision. No hay cobertura fuera de la red. Davis Vision es una compañía independiente que administra los beneficios de atención de la vista de Highmark.

Para encontrar un proveedor en la red de Davis Vision, visite [HighmarkCatalog2025.com/SEPA](https://HighmarkCatalog2025.com/SEPA). Seleccione **Find a Doctor or Rx** (Buscar un médico o farmacia). Seleccione la región donde vive. Vaya abajo a **Find a Vision Care Provider** (Buscar un proveedor de atención de la vista) y seleccione **Get Started** (Empezar).



# Para todos los planes con cobertura dental y de la vista para adultos, estos son sus beneficios de atención dental.

Beneficios dentales			
Deducible anual por persona asegurada	\$50 por año calendario		
Deducible anual por familiar asegurado	\$150 por año calendario		
Máximo anual por persona asegurada	\$1,500		
Servicios cubiertos:	La póliza paga		Período de eliminación
	Dentro de la red	Fuera de la red	
Evaluaciones bucales (exámenes)	100%	0%	Ninguno
Radiografías (todas las radiografías)	100%	0%	Ninguno
Profilaxis (limpiezas – 3 por período de beneficios)	100%	0%	Ninguno
Tratamiento paliativo (emergencia)	100%	0%	Ninguno
Selladores	100%	0%	Ninguno
Separadores dentales	100%	0%	Ninguno
Reparaciones de coronas, incrustaciones inlays y onlays, dentaduras postizas parciales fijas y dentaduras postizas	80%	0%	6 meses
Restauración básica (empastes, etc.)	80%	0%	Ninguno
Extracciones simples	80%	0%	6 meses
Extracciones quirúrgicas	50%	0%	6 meses
Cirugía bucal compleja	50%	0%	6 meses
Endodoncia (conductos radiculares, etc.)	50%	0%	6 meses
Anestesia general o sedación intravenosa	80%	0%	6 meses
Periodoncia no quirúrgica	50%	0%	6 meses
Mantenimiento periodontal	50%	0%	Ninguno
Periodoncia quirúrgica	50%	0%	6 meses
Coronas, incrustaciones inlay, onlay	50%	0%	6 meses
Prótesis (dentaduras postizas parciales fijas, dentaduras postizas)	50%	0%	6 meses
Ajustes y reparaciones de prótesis	80%	0%	Ninguno
Servicios de implantes	0%	0%	Ninguno
Consultas	100%	0%	Ninguno
Ortodoncia	0%	0%	Ninguno

El porcentaje en la columna "La póliza paga" es el porcentaje de la cantidad fija que la póliza pagará por los servicios cubiertos que preste un dentista participante. Los dentistas participantes aceptan la asignación del plan como el pago total.

Los beneficios de atención dental para adultos usan la Red Concordia Advantage. Los miembros deben usar un proveedor de United Concordia. United Concordia es una compañía independiente que administra los beneficios dentales. No hay cobertura fuera de la red para este beneficio.

Nuestros planes dentales usan la Red Concordia Advantage. Para encontrar dentistas dentro de la red, visite [HighmarkCatalog2025.com/SEPA](https://www.HighmarkCatalog2025.com/SEPA). Seleccione **Find a Doctor or Rx** (Buscar un médico o farmacia). Seleccione la región donde vive. Vaya abajo a **Find a Dentist** (Buscar un dentista) y seleccione **Get Started** (Empezar).



# Todos los planes tienen cobertura de atención pediátrica de la vista – estos son sus beneficios de la vista.

## Dentro de la red

Beneficio dentro de la red (Independientes y Visionworks) <sup>1</sup>	Frecuencia – una vez cada:	Miembros menores de 19 años <sup>2</sup>
Examen de la vista incluyendo (cuando esté indicado profesionalmente)*	12 meses	\$0 de copago
Lentes para anteojos <sup>3**</sup>	12 meses	\$0 de copago
Montura <sup>**</sup>	12 meses	\$0 de copago
Lentes de contacto (en lugar de anteojos) <sup>**</sup>	12 meses	\$0 de copago

Beneficio de anteojos - lentes para anteojos	Cargos a los miembros
Lentes de plástico transparente monofocales, bifocales con línea, trifocales o lenticulares (cualquier tamaño o receta)	\$0
Monofocales digitales (intermedios)	\$30
Tinte para lentes de plástico (sólido/gradiente)	\$11
Recubrimiento a prueba de rayones	\$0
Lentes de policarbonato	\$0
Recubrimiento ultravioleta	\$12
Filtro de luz azul	\$15
Recubrimiento antirreflejante (AR) (estándar/premium/ultra/ultimate)	\$35/\$48/\$60/\$85
Lentes progresivos <sup>4</sup> (estándar/premium/ultra/ultimate)	\$50/\$90/\$140/\$175
Lentes de alto índice (más delgados y livianos)	\$55/\$120
Lentes polarizados	\$75
Plan de protección contra rayones: lentes monofocales/multifocales	\$20/\$40
Lentes fotosensibles de plástico	\$65

<b>Beneficio en anteojos - montura<sup>5</sup></b>		<b>Cargos a los miembros</b>
<b>Colección exclusiva de Davis Vision (en lugar de la asignación)</b>		
<b>Fashion/Designer/Premier - cargo al miembro (si corresponde)</b>		\$0/\$0/\$0
<b>Asignación para monturas que no sean de la colección (precio de venta)</b>		Hasta \$150 Más 20% de descuento en cualquier exceso

<b>Beneficio de lentes de contacto (en lugar de anteojos)</b>	
<b>Lentes de contacto: Asignación para material</b>	Hasta \$150 Más 15% de descuento en cualquier exceso
<b>Evaluación, atención para ajuste y seguimiento - tipos de lentes estándar y especializados</b>	No está cubierto
<b>Evaluación, atención para ajuste y seguimiento - tipos de lentes estándar</b>	No está cubierto
<b>Colección exclusiva de lentes de contacto<sup>6</sup> (en lugar de asignación)</b>	
<b>Material: desechable o reemplazo planificado</b>	Hasta 4 o 2 cajas
<b>Evaluación, atención para ajuste y seguimiento</b>	\$0
<b>Lentes de contacto médicamente necesarios (con aprobación previa) - material, evaluación, atención para ajuste y seguimiento</b>	\$0 con aprobación previa

<sup>1</sup> Los beneficios de la vista usan la red de Davis Vision. No hay cobertura fuera de la red. Davis Vision es una compañía independiente que administra los beneficios de la vista de Highmark. Visionworks, también una compañía independiente, es un proveedor de la Red de Davis Vision.

<sup>2</sup> La cobertura de la vista terminará para los dependientes a finales del mes en que cumplan 19 años.

<sup>3</sup> Incluye lentes de vidrio, de plástico o de gran tamaño.

<sup>4</sup> La mayoría de las personas puede usar lentes progresivos multifocales. Los lentes bifocales convencionales se suministran sin más cargos a cualquier persona que no pueda adaptarse a los lentes progresivos. Sin embargo, no se reembolsa el pago que haya hecho el miembro por los lentes progresivos.

<sup>5</sup> Las monturas de colección se cubrirán al 100%. Si se elige una montura que no sea de la colección, se aplicará una asignación de \$150. Por cualquier cantidad que supere a \$150 en una montura que no sea de la colección, el miembro será responsable de pagar el 20% del costo del exceso.

<sup>6</sup> Las personas que usen lentes de contacto desechables recibirán cuatro paquetes múltiples de lentes. Las personas que usen lentes de contacto de reemplazo planificado recibirán dos paquetes múltiples de lentes.

\* Sujeto a deducible en planes de eventos mayores/catastróficos.

\*\* Sujeto a deducible en planes de deducibles altos (que incluyen una HSA) y planes de eventos mayores/catastróficos.

# Todos los planes tienen cobertura dental pediátrica – estos son sus beneficios dentales.

Este plan pagará los beneficios por los servicios cubiertos que se muestran abajo sujetos a exclusiones y otros términos de la póliza.

El pago está basado en la asignación del plan para el servicio cubierto específico.  
No hay período de espera para los servicios cubiertos.

Beneficios dentales	Todos los planes, excepto los planes médicos con deducible alto que incluyen una HSA y los planes médicos de eventos mayores/catastróficos	Planes médicos con deducible alto que incluyen una HSA	Planes médicos de eventos mayores/catastróficos
Deducible del año de contrato por miembro	\$0	Los gastos de atención médica, dental y de la vista contribuyen todos al deducible del miembro.	Los gastos de atención médica, dental y de la vista contribuyen todos al deducible del miembro.
Máximo anual por miembro	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
Máximo anual de gastos de bolsillo por miembro	Los gastos de atención médica, dental y de la vista contribuyen todos al máximo de gastos de bolsillo del miembro.	Los gastos de atención médica, dental y de la vista contribuyen todos al máximo de gastos de bolsillo del miembro.	Los gastos de atención médica, dental y de la vista contribuyen todos al máximo de gastos de bolsillo del miembro.
Red	Advantage	Advantage	Advantage
Servicios cubiertos	La póliza paga a los dentistas participantes		
Evaluaciones bucales (exámenes)	100%	100%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)
Radiografías (todas las radiografías)	100%	100%	
Profilaxis (limpiezas)	100%	100%	
Tratamiento con flúor	100%	100%	
Selladores	100%	100%	
Separadores dentales	100%	100%	
Coronas, reparación de coronas, incrustaciones inlay y onlay	50%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Restauración básica (compuesto anterior, amalgama anterior y amalgama posterior)	50%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Extracciones simples	50%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Extracciones quirúrgicas	50%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Cirugía bucal	50%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Apicectomía/cirugía perirradicular	50%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	



Beneficios dentales	Todos los planes, excepto los planes médicos con deducible alto que incluyen una HSA y los planes médicos de eventos mayores/catastróficos	Planes médicos con deducible alto que incluyen una HSA	Planes médicos de eventos mayores/catastróficos
Red	Advantage	Advantage	Advantage
Consultas	100%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Anestesia general o sedación intravenosa	50%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Guarda oclusal	100%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Tratamiento paliativo (emergencia)	100%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Endodoncia (conductos radiculares, etc.)	50%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Periodoncia quirúrgica	50%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Periodoncia no quirúrgica	50%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Mantenimiento periodontal	50%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Prostodoncia (dentaduras postizas parciales fijas)	50%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Prótesis (dentaduras postizas completas, ajustes y reparaciones)	50%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Servicios de implantes	50%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Prótesis maxilofaciales	No está cubierto		
Ortodoncia médicamente necesaria	50%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Servicios de ortodoncia cosmética	No está cubierto		

Estos planes cumplen los requisitos mínimos esenciales de beneficios médicos para salud bucal pediátrica según la Ley federal del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Estos beneficios solo están disponibles para menores hasta el final del período de beneficios en que cumplan 19 años.

Los dentistas participantes aceptan la asignación del plan contratado como el pago total por los servicios. **No hay cobertura por los servicios prestados por proveedores fuera de la red.**

Nuestros planes dentales usan la Red Concordia Advantage. Para encontrar dentistas dentro de la red, visite [HighmarkCatalog2025.com/SEPA](https://HighmarkCatalog2025.com/SEPA). Seleccione **Find a Doctor or Rx** (Buscar un médico o farmacia). Seleccione la región donde vive. Vaya abajo a **Find a Dentist** (Buscar un dentista) y seleccione **Get Started** (Empezar).

# Beneficios dentales pediátricos (continúa)

## Cobertura de ortodoncia médicamente necesaria

En esta sección, “médicamente necesarios” o “necesidad médica” significará los servicios de atención médica que un médico o dentista, empleando un juicio clínico prudente, daría a un paciente con el propósito de evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas y que son:

1. Están de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica/dental.
2. Son clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, alcance, lugar y duración, y que se consideran efectivos para la enfermedad, lesión o dolencia del paciente.
3. No son principalmente para la conveniencia del paciente, médico/dentista y no son más costosos que un servicio alternativo o una secuencia de servicios al menos con la misma posibilidad de producir resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente.

Como se usa en la subparte 1 de arriba, “estándares generalmente aceptados de la práctica médica/dental” significa:

- Los estándares que están basados en evidencia científica confiable publicada en literatura médica/dental revisada por colegas y generalmente reconocida por la comunidad profesional relevante.
- Recomendaciones reconocidas por sociedades médicas/dentales y de especialidades.
- Las opiniones de médicos/dentistas que ejercen en el área clínica relevante.
- Cualquier otro factor relevante.

Un servicio de ortodoncia médicamente necesario es un procedimiento que se hace como parte de un plan de ortodoncia aprobado que tiene como objetivo tratar dificultades funcionales graves, anomalías del desarrollo de huesos faciales o de estructuras bucales, trauma facial que tiene como consecuencia dificultades funcionales o documentación de un diagnóstico psicológico/psiquiátrico de un proveedor de salud mental que el tratamiento ortodóntico mejorará la condición mental/psicológica del menor.

## Cobertura de ortodoncia médicamente necesaria

1. El tratamiento de ortodoncia debe ser médicamente necesario y el único método capaz de:
  - a) prevenir daño irreversible en los dientes de la persona asegurada o en las estructuras de soporte, y
  - b) restaurar la salud y función de la estructura bucal de la persona asegurada.
2. La persona asegurada debe tener una dentición permanente que haya salido completamente para que sea elegible para los servicios integrales de ortodoncia médicamente necesarios.
3. Otros servicios ortodónticos cubiertos incluyen: visita de tratamiento preortodóntico para completar el formulario HLD (NJ-Mod2), fotografías de diagnóstico y radiografías panorámicas; tratamiento limitado para dentición primaria, de transición y adulta; tratamiento interceptivo para la dentición de transición primaria; tratamiento menor para controlar hábitos perjudiciales; continuación de casos de transferencia o casos comenzados antes de la Fecha de inicio de la persona asegurada; casos de cirugía ortognática con tratamiento ortodóntico integral; colocación y retirada de aparatos ortodónticos; reparaciones de aparatos ortodónticos; reemplazo de retenedores perdidos o rotos; recolocación o recementado de brackets o bandas, y retiro de aparatos por un proveedor que no inició el caso cuando se solicita mediante un informe.
4. Todos los servicios de ortodoncia médicamente necesarios deben tener la aprobación previa y un plan de atención por escrito.

# Explicación de los términos de atención médica.

Cuando esté eligiendo planes, seguramente verá ciertos términos una y otra vez. Esta es una hoja de referencia sobre algunos de los más importantes.

## BLUECARD

Un programa que conecta los planes Blue independientes en todo el país. Proporciona a los miembros del plan Blue acceso a cobertura dentro de la red mientras están fuera del área de su plan. El nivel de cobertura depende del plan que elija.

## COSEGURO

El porcentaje del costo total de la atención que puede adeudarse por ciertos servicios cubiertos después de alcanzar su deducible. Por ejemplo, si su plan paga el 80%, usted paga el 20%.

## COPAGO

La cantidad establecida que usted paga por ciertos servicios cubiertos. Por ejemplo, podría ser \$20 por una visita al médico o \$30 por una visita con un especialista. Si debe un copago, debe pagarlo cuando se registre para su visita.

## DEDUCIBLE

La cantidad establecida que usted paga por servicios médicos cubiertos o costos de medicamentos antes de que su plan comience a pagar.

## SERVICIOS DE EMERGENCIA

Atención por una condición que usted cree que necesita atención inmediata para evitar daños graves.

## LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS (FORMULARIO)

Una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por el plan basándose en ciertos factores clínicos. La lista de medicamentos está clasificada por nivel. Los niveles más bajos generalmente tienen copagos más bajos.

## SERVICIOS DE HABILITACIÓN

Servicios de atención médica que lo ayudan a mantener, adquirir o mejorar las capacidades y el funcionamiento para la vida diaria después de una enfermedad, dolencia o lesión.

## CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS (HSA)

Una cuenta para reservar dinero antes de impuestos para pagar gastos médicos calificados. Solo puede tener una HSA cuando tiene un plan médico con deducible alto calificado.

## PLAN MÉDICO CON DEDUCIBLE ALTO (HDHP)

Un plan que generalmente tiene una prima más baja porque paga más por los servicios de atención médica por adelantado antes de que la compañía de seguros comience a pagar. Los HDHP a menudo se combinan con una cuenta de ahorros para gastos médicos.

## PROVEEDOR DENTRO DE LA RED

Un médico u hospital que tiene un acuerdo con el plan y que aceptará la asignación del plan además del copago o coseguro del miembro como pago total.

## PROVEEDOR FUERA DE LA RED

Un médico u hospital que no tiene un acuerdo con el plan y que no tiene que aceptar la asignación del plan como pago total.

## MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO

La cantidad máxima que usted pagaría por la atención cubierta en un período de beneficios o año. Si usted alcanza esta cantidad, el plan empieza a pagar el 100%.

## ASIGNACIÓN DEL PLAN

La cantidad fija que un proveedor dentro de la red haya acordado aceptar por un servicio de atención médica cubierto. La responsabilidad del miembro por el servicio se puede encontrar en el Resumen de cobertura. El plan paga la diferencia entre la asignación del plan y la responsabilidad del miembro. Si un proveedor fuera de la red factura más de la asignación del plan, es posible que usted deba pagar la diferencia. Si su plan no incluye cobertura fuera de la red y recibe atención que no sea de emergencia ni de urgencia, puede ser que usted sea responsable del costo total.

## PRIMA

La cantidad mensual pagada por la cobertura.

## SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA

Atención de rutina como exámenes médicos y chequeos que lo ayudan a mantenerse sano. Consulte el Programa de prevención de Highmark para obtener la lista de servicios de atención preventiva.

## PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

El profesional médico que consulta para la mayor parte de su atención básica, como visitas preventivas y pruebas médicas anuales.

## PLAN MÉDICO CALIFICADO (QHP)

Un plan que ha sido certificado por el mercado de seguros médicos y cumple todos los requisitos de la ACA. Eso incluye dar los 10 beneficios médicos esenciales y permanecer dentro de los límites de deducibles, copagos y máximos de gastos de bolsillo.

## SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Atención que lo ayuda a conservar, recuperar o mejorar sus capacidades y su funcionamiento después de estar enfermo, herido o discapacitado.

## CLÍNICA EN COMERCIO

Centros de consulta sin cita para necesidades médicas menos complejas; suelen estar abiertos en la noche y los fines de semana.

## CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIA

Un centro de consulta sin cita para cuando tiene una condición que sea suficientemente grave como para necesitar atención de inmediato, pero no tan grave como para ir a la sala de emergencias.

## VISITAS VIRTUALES

Una visita en el consultorio en tiempo real con un médico en un lugar remoto hecha mediante telecomunicaciones interactivas de audio y video.

# Hay mucha jerga legal en torno a estos planes. Lo pusimos todo en un solo lugar para usted.

## Información importante de los beneficios

**Deducible familiar no incorporado:** Para un acuerdo que cubre a más de un (1) familiar, se debe cubrir el deducible familiar antes de que el plan comience a pagar beneficios por servicios cubiertos de cualquier familiar cubierto. Cuando se haya cubierto el deducible familiar, se considerará cubierto el deducible de todos los familiares y el plan comenzará a pagar beneficios por los servicios cubiertos de todos los familiares cubiertos por el resto del período de beneficios (1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025). El deducible familiar lo puede cubrir un familiar o una combinación de familiares.

**Planes con deducible familiar agregado/incorporado:** Para un acuerdo que cubre a más de un (1) familiar, a medida que cada miembro llega a su deducible individual, el plan comenzará a pagar beneficios por los servicios cubiertos para ese miembro por el resto del Período de beneficios (1 de enero de 2025 a 31 de diciembre de 2025), ya sea que se haya alcanzado el deducible familiar completo o no. Cuando se haya alcanzado el deducible familiar, se considerará que se ha cumplido el deducible familiar de todos los familiares cubiertos restantes. No todos los miembros individuales deben alcanzar el deducible individual para que se cumpla el deducible familiar y ningún miembro individual puede cubrir todo el deducible familiar.

Usted es responsable de los gastos de bolsillo en cada período de beneficios (1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025) hasta la cantidad máxima que se muestra. A partir de entonces, el plan paga el 100% de la asignación del plan. Durante el resto del período de beneficios. Esta cantidad no incluye las cantidades en exceso de la asignación del plan.

Los servicios de laboratorio de diagnóstico incluyen laboratorio y patología. Los servicios de laboratorio de diagnóstico requieren un copago (o, en algunos planes, coseguro después del deducible) por fecha de servicio y tipo de servicio.

Los servicios de diagnóstico básico incluyen radiografías de diagnóstico, exámenes de diagnóstico y de alergia. Los servicios de diagnóstico básicos necesitan un copago (o, en algunos planes, coseguro después del deducible) por fecha de servicio y tipo de servicio. El copago, si lo hubiera, no se aplica a los servicios de diagnóstico recetados para el tratamiento de salud mental o por abuso de sustancias.

Los servicios de imágenes avanzadas incluyen, entre otros, CAT, CTA, MRI, MRA, PET y PET/CT. Los servicios de imágenes avanzadas necesitan un copago (o, en algunos planes, coseguro después del deducible) por fecha de servicio y tipo de servicio. El copago, si lo hubiera, no se aplica a los servicios de diagnóstico recetados para el tratamiento de salud mental o por abuso de sustancias.

El costo de los medicamentos con receta de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) esencial cubre un suministro para 90 días (pedido por correo) o para 31 días (farmacia). Todos los planes tienen una estructura de medicamentos con receta de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) cerrada de cuatro niveles.

Los Planes médicos calificados con deducible alto se pueden combinar con una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA). Sin embargo, ciertas reducciones de costos compartidos (CSR) o variaciones del plan de este plan que se ofrecen mediante el mercado de seguros médicos no están diseñadas para usarse con una HSA. Si tiene alguna pregunta, consulte con su asesor financiero.

El examen preventivo de la vista es un examen de la vista de rutina, con refracción, que se centra en la evaluación, atención preventiva de la vista y determinación del estado refractivo del ojo. Un examen de la vista completo de rutina con refracción incluye: historia clínica, agudeza visual (cercana y lejana), examen externo que incluye motilidad de las pupilas y prueba de visión de colores, tonometría, refracción, pruebas de visión binocular, examen con lámpara de hendidura del segmento anterior (incluyendo el cristalino), examen de fondo de ojo (incluyendo el examen de fondo dilatado), evaluación y planes.

Debe confirmar el estado en la red de un proveedor antes de recibir los servicios. Puede llamar a My Care Navigator al 1-888-BLUE-428 para confirmar si un médico o centro estará dentro de la red en 2025.

**Es posible que su plan no cubra todos sus gastos de atención médica. Lea detenidamente el material del plan para determinar cuáles son los servicios de atención médica que están cubiertos. Para obtener más información, llame al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro o, si no es un miembro, llame al 866-459-4418.**

Si compra cobertura por medio de un agente o un bróker, ellos pueden recibir una comisión. También puede aplicarse una bonificación o una remuneración por incentivos. Para obtener más información, visite [highmark.com](http://highmark.com) y escriba su código postal. Seleccione Plans (Planes) seguido de Shop Individual and Family Plans (Buscar planes individuales y familiares). Vaya a la parte de abajo de la página y busque Highmark Individual Market Broker Compensation (Remuneración de bróker del mercado individual de Highmark).

Tenga en cuenta que la información sobre la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010 (también conocida como "PPACA", "Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio", "ACA" o "Reforma de atención médica"), según enmendada, o cualquier otra ley, no constituye asesoramiento legal ni fiscal y está sujeta a cambios según la emisión de nueva guía o cambios en las leyes. Esto es solo información general y no intenta ser una recomendación relacionada con sus circunstancias específicas. La información relacionada con cualquier plan médico estará sujeta a los términos del acuerdo de beneficios del plan médico correspondiente. Cualquier revisión de material, pedir información o solicitud no lo obliga a inscribirse para la cobertura. Pida el Resumen de cobertura para obtener información de beneficios, condiciones y exclusiones. Dar su información es voluntario.

Para obtener más información sobre los beneficios y los procedimientos operativos de Highmark, como acceder a la lista de medicamentos cubiertos (formulario) o usar proveedores dentro de la red, visite nuestro sitio web. Visite [highmark.com](http://highmark.com) y escriba su código postal. Seleccione Plans (Planes) seguido de Shop Individual and Family Plans (Buscar planes individuales y familiares). Vaya a la barra azul que está en la parte de abajo de la página. Busque Be Informed (Estar informado) y seleccione Quality Assurance (Control de calidad). Para obtener una copia impresa, llame al 1-855-873-4108 (TTY/TDD 711).

## Más declaraciones

Blue Distinction Centers (BDC) cumplieron las medidas de calidad general para la seguridad del paciente y resultados, desarrolladas con el aporte de la comunidad médica. Un plan Blue local puede exigir otros criterios a los proveedores que están en su área de servicio; para obtener más información, comuníquese con su plan Blue local. Blue Distinction Centers+ (BDC+) también cumplieron las medidas de costos que cubren la necesidad de los consumidores de recibir atención médica asequible. El costo de la atención de cada proveedor se evalúa a partir de los datos de su plan Blue local. Los proveedores de CA, ID, NY, PA y WA pueden estar en dos áreas de planes Blue locales, por lo que se hacen dos evaluaciones del costo de la atención, y cada plan Blue local decide si una o ambas evaluaciones del costo de la atención deben cumplir los criterios nacionales de los BDC+. Los proveedores de Blue Distinction Total Care ("Total Care") han cumplido los criterios nacionales según el compromiso de los proveedores de ofrecer atención basada en valor a una población de miembros de Blue. Los proveedores de Total Care+ también cumplieron el objetivo de dar atención de calidad a un costo total más bajo en relación con otros proveedores de su área. La información del programa y los criterios nacionales para BDC y BDC+ se muestran en [www.bcbs.com](http://www.bcbs.com). Los resultados individuales pueden variar. Para obtener información sobre el estado de un proveedor dentro de la red o la cobertura de su póliza, comuníquese con su plan Blue local y hable con su proveedor antes de hacer una cita. Ni Blue Cross Blue Shield Association ni los planes Blue son responsables de los cargos no cubiertos ni de otras pérdidas o daños que surjan de la información de Blue Distinction o de otros buscadores de proveedores, o de la atención que se reciba de proveedores de Blue Distinction ni de otros proveedores.

La cobertura BlueCard está disponible para atención de emergencia y de urgencia para todos los planes cuando usted está lejos de casa. La atención de rutina también está cubierta en algunos planes. Consulte sus documentos del plan para obtener más información.

Blues On Call es una marca de servicio de Blue Cross Blue Shield Association.

Blue Distinction es una marca registrada de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de planes Blue Cross Blue Shield independientes.

BlueCard es una marca registrada de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de planes Blue Cross Blue Shield independientes.

Blue365 es una marca registrada de Blue Cross Blue Shield Association.

My Care Navigator es una marca de servicio de Highmark Inc.

Onduo es una compañía independiente que ofrece un programa de manejo de la diabetes en nombre de Highmark.

Spring Health es una compañía independiente que presta servicios de atención de salud mental. Spring Health no proporciona productos ni servicios de Blue Cross ni de Blue Shield, y es el único responsable de los servicios que presta.

SWORD Health, Inc. no presta servicios de atención médica. SWORD Health Professionals presta servicios de bienestar mediante un grupo de consultorios profesionales independientes de Sword Health Care Providers, P.A., SWORD Health Care Providers of NJ, P.C. y SWORD Health Care Physical Therapy Providers of CA, P.C. SWORD Health es una compañía independiente que presta servicios para ciertos miembros elegibles del plan médico.

Verily Life Sciences LLC ("Verily") es una compañía independiente que ofrece programas virtuales de administración de la atención para personas elegibles, como se describe más en este material y en verily.com. Verily colabora con Onduo Management Services LLC ("OMS"), Onduo LLC y una red de entidades profesionales afiliadas para ofrecer los servicios.

Los beneficios o la administración de los beneficios pueden proporcionarse por o mediante las siguientes entidades, que son licenciatarias independientes de Blue Cross Blue Shield Association: Highmark Inc., que opera con el nombre comercial Highmark Blue Shield o Highmark Benefits Group Inc.

Todas las referencias a "Highmark" en este documento son referencias a la compañía Highmark que está proporcionando los beneficios médicos o la administración de beneficios médicos del miembro o a una o más de sus compañías Blue afiliadas.

Highmark Blue Shield es una aseguradora de planes médicos calificados en el Mercado de Seguros de Pensilvania.

La discriminación es ilegal

El administrador de reclamos/aseguradora cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo, incluyendo los estereotipos sexuales y de identidad de género. El administrador de reclamos/aseguradora no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo asignado al nacer, identidad de género ni sexo registrado. Además, el administrador de reclamos/aseguradora no denegará ni limitará la cobertura de ningún servicio médico si el sexo asignado al nacer, la identidad de género o el sexo registrado de una persona no es el sexo para el que dicho servicio médico está disponible normalmente. El administrador de reclamos/aseguradora no denegará ni limitará la cobertura de un servicio médico específico relacionado con la transición de género si esa denegación o limitación supone discriminar a una persona transgénero. El administrador de reclamos/aseguradora:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera eficaz, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de Derechos Civiles.

Si cree que el administrador de reclamos/aseguradora no le prestó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, incluyendo estereotipos sexuales y de identidad de género, puede presentar una queja formal a: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 22492, Pittsburgh, PA 15222, teléfono: 1-866-286-8295, TTY: 711, Fax: 412-544-2475; correo electrónico: CivilRightsCoordinator@highmarkhealth.org. Puede presentar una queja formal en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de Derechos Civiles puede ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) electrónicamente mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono:

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

Los formularios para presentar una queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

### **Pensilvania, Delaware, Virginia Occidental y Nueva York: 1-833-521-1424 (TTY:711)**

ATTENTION: If you speak English, assistance services, free of charge, are available to you. Call the number provided for your state of residence.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene servicios de asistencia lingüística sin cargo. Llame al número correspondiente a su estado de residencia.

注意: 如果您说中文, 您可获得免费的语言援助服务。请拨打您所在州相应的电话号码。

توجه کنید: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شما هستند. با شماره ارائه شده برای ایالت محل سکونتتان تماس بگیرید.

주의: 한국어(를) 사용하는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 거주하시는 주의 전화 번호로 문의하십시오.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd nan lang gratis ki disponib pou ou. Rele nimewo telefòn ki koresponn ak Eta kote w rete a.

ATTENZIONE: Se parla italiano, avrà a disposizione un servizio di assistenza linguistica gratuito. Chiami il numero fornito per il suo stato di residenza.

אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, זענען שפראך הילף סערוויסעס, פריי פון אפצאל, אוועילעבל פאר אייך. רופט די נומער וואס איז צוגעשטעלט פאר אייער סטעיט וואו איר וואוינט.

মনোযোগ দিন: আপনি যদি বাংলা ভাষায় কথা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ রয়েছে। আপনি বসবাসরত রাজ্যের জন্য দেওয়া নম্বরে ফোন করুন।

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. اتصل بالرقم المقدم للولاية التي تقيم فيها.

UWAGA: jeżeli posługuje się Pan/Pani językiem polsku, udostępniamy bezpłatne usługi wsparcia językowego. Prosimy zadzwonić pod numer podany dla stanu, w którym Pan/Pani mieszka.

ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le numéro de téléphone pour votre État de résidence.

توجه دین: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو لسانی مدد کی خدمات آپ کے لیے مفت دستیاب ہیں۔ اپنی رہائش والی ریاست کے لیے فراہم کردہ نمبر پر کال کریں۔

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí được cung cấp sẵn cho quý vị. Gọi số được cung cấp cho tiểu bang cư trú của quý vị.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tawagan ang numerong ibinigay para sa estadong tinitirhan mo.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε Ελληνικά, έχετε πρόσβαση σε δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Καλέστε τον αριθμό που παρέχεται για την περιοχή σας.



# ¿Está listo para inscribirse?

**Bien. Aquí le decimos cómo hacerlo:**

- Por teléfono: 1-855-602-2414
- En línea: [HighmarkCatalog2025.com/SEPA](https://HighmarkCatalog2025.com/SEPA)
- Comunicándose con su agente o bróker



Because Life.™