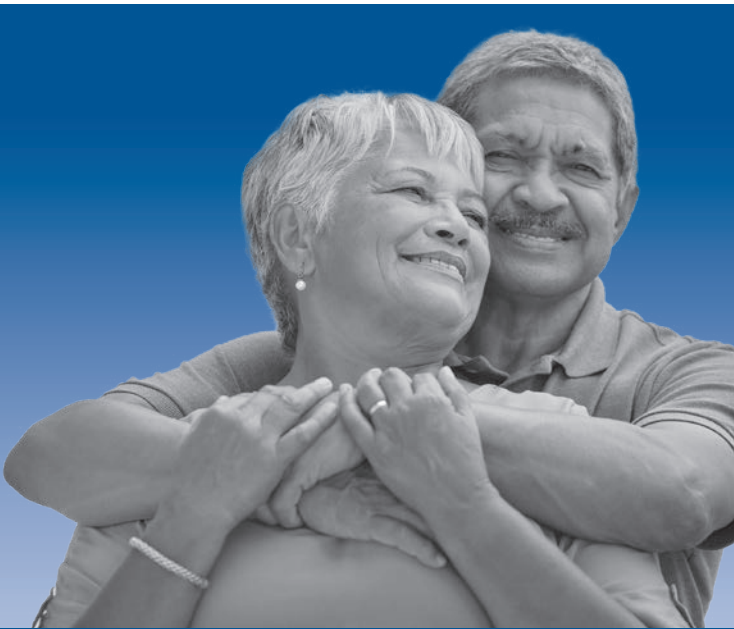


Pennsylvania Public School
Employees' Retirement System (PSERS)

Health Options Program

2025



Planes de atención
administrada para afiliados
elegibles para Medicare y
no elegibles para Medicare

Fuera
DE PENNSILVANIA

Los planes de Aetna solo están disponibles en Nueva Jersey, Pensilvania y en ciertos condados de Florida, Maryland, Delaware y Nueva York. Consulte las tablas de este folleto que muestran los costos mensuales para averiguar si hay un plan de Aetna disponible en el lugar donde vive.

Opciones de plan de 2025 si es elegible para Medicare

CUÁNTO PAGARÁ EN 2025	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO	
PLAN MÉDICO	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$0	\$0
Gasto máximo de bolsillo anual	\$1,000 (combinado)	
Hospitalización	\$0	\$0
Visitas al médico	\$5 por médico de atención primaria (PCP); \$15 por especialista	\$5 por médico de atención primaria (PCP); \$15 por especialista
Cuidado preventivo	\$0	\$0
Sala de emergencias	\$40 (se exime si es admitido)	\$40 (se exime si es admitido)
Centro de atención de urgencias	\$25	\$25
Cirugía ambulatoria	\$0	\$0
Pruebas diagnósticas	\$0	\$0
Terapia ambulatoria	\$15	\$15
Equipo médico duradero	15%	20%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$15	\$15
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	\$0	\$0
Exámenes físicos	\$0 (se puede aplicar un copago por visita al consultorio)	\$0 (se puede aplicar un copago por visita al consultorio)
Exámenes de obstetricia/ginecología	\$0 (se puede aplicar un copago por visita al consultorio)	\$0 (se puede aplicar un copago por visita al consultorio)
Mamografías	\$0	\$0
Centro de enfermería especializada	\$0 hasta 100 días por período de beneficios de Medicare	\$0 hasta 100 días por período de beneficios de Medicare
Audífonos (una vez cada 12 meses)	Copago de \$499 por año por audífono para TruHearing Advanced; \$799 por audífono para TruHearing Premium; Asignación de \$500 por año para otros audífonos a través de TruHearing	Asignación de \$500 para audífonos cada tres años de cualquier otro proveedor o TruHearing
Atención dental (sujeto a limitaciones de frecuencia)	\$20 por examen y limpieza y \$20 por radiografías cada 6 meses; 50% para servicios de restauración y dentaduras postizas	50% de exámenes periódicos, limpiezas, radiografías, empastes según sea necesario y dentaduras postizas
Exámenes de la visión/exámenes auditivos	\$0 por examen de la visión; \$15 por examen auditivo	\$50 por examen de la visión; \$15 por examen auditivo
Lentes recetados (una vez cada 12 meses)	Beneficio máximo de \$150 por año calendario para marcos de anteojos estándar, lentes para anteojos o lentes de contacto; los marcos de Davis Vision Fashion Collection y los lentes estándar están cubiertos por completo	Beneficio máximo de \$150 por año calendario para marcos de anteojos estándar, lentes para anteojos o lentes de contacto; los marcos de Davis Vision Fashion Collection y los lentes estándar están cubiertos por completo
MEDICAMENTOS RECETADOS	Farmacia minorista (suministro para 31 días)	Pedido por correo*
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura inicial hasta el límite del gasto de bolsillo de \$2,000**		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	\$5 por farmacia preferida; \$10 por farmacia estándar	\$12.50 por farmacia preferida; \$25 por farmacia estándar
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	\$5 por farmacia preferida; \$10 por farmacia estándar	\$12.50 por farmacia preferida; \$25 por farmacia estándar
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	\$25 por farmacia preferida; \$30 por farmacia estándar	\$62.50 por farmacia preferida; \$75 por farmacia estándar
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4)	\$55 por farmacia preferida; \$60 por farmacia estándar	\$137.50 por farmacia preferida; \$150 por farmacia estándar
Medicamentos especializados (Nivel 5)	33%	33% (suministro para 31 días)
Cobertura en caso de catástrofe		
Medicamentos genéricos		\$0
Medicamentos de marca		\$0

* Debe obtener suministros para pedidos por correo utilizando Express Scripts/ESI. En la cobertura inicial y el período sin cobertura: suministro para 100 días de los medicamentos de los niveles 1 y 2; suministro para 90 días de los medicamentos de los niveles 3 y 4.

** Incluye los costos totales de los medicamentos cubiertos pagados por el participante.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2025	CAPITAL BLUE CROSS PPO	
PLAN MÉDICO	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$0	\$0
Gasto máximo de bolsillo anual	\$3,400 combinado	
Hospitalización	\$0	\$0
Visitas al médico	\$5 por médico de atención primaria (PCP); \$15 por especialista	\$5 por médico de atención primaria (PCP); \$15 por especialista
Cuidado preventivo	\$0	\$0
Sala de emergencias	\$50 (se exime si es admitido)	\$50 (se exime si es admitido)
Centro de atención de urgencias	\$35	\$35
Cirugía ambulatoria	\$0	30%
Pruebas diagnósticas	\$0 por servicios de laboratorio; \$0 - \$25 por imágenes de alta tecnología; 15% de radiología terapéutica; todos los demás \$0	30%
Terapia ambulatoria	\$15	\$15
Equipo médico duradero	20%	20%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$15	\$15
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	\$0	\$0
Exámenes físicos	\$0 (examen de bienestar anual)	\$0 (examen de bienestar anual)
Exámenes de obstetricia/ginecología	\$0 por exámenes preventivos	\$0 por exámenes preventivos
Mamografías	\$0 por exámenes preventivos	\$0 por exámenes preventivos
Centro de enfermería especializada	\$0 de 1 a 20 días; \$30 de 21 a 100 días	20% de 1 a 100 días
Audífonos (una vez cada 12 meses)	Copago de \$499/\$699/\$999 por audífono, por año	No cubierto
Atención dental	\$0 por visita al consultorio; la limpieza y las radiografías están cubiertas dos veces al año; máximo de \$1,500 por año calendario (combinado dentro y fuera de la red)	50% por visita al consultorio; la limpieza y las radiografías están cubiertas dos veces al año; máximo de \$1,500 por año calendario (combinado dentro y fuera de la red)
Exámenes de la visión/exámenes auditivos (una vez cada año calendario)	Exámenes de la visión: \$0 por examen de la visión de rutina Exámenes auditivos: \$0 por examen auditivo de rutina	Exámenes de la visión: 50% por examen de la visión de rutina Exámenes auditivos: \$0 por examen auditivo de rutina
Lentes con receta (una vez cada 12 meses)	100% después de la bonificación de \$150 para marcos y lentes o lentes de contacto	
MEDICAMENTOS RECETADOS	Farmacia minorista (suministro para 30 días)	Pedido por correo (suministro para 100 días)
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura inicial hasta el límite del gasto de bolsillo de \$2,000*		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	\$0	\$0
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	\$4	\$12
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	\$30	\$90
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4)	33%	33%
Medicamentos especializados (Nivel 5)	33% (suministro para 30 días)	No cubierto
Cobertura en caso de catástrofe		
Medicamentos genéricos	\$0	
Medicamentos de marca	\$0	

* Incluye los costos totales de los medicamentos cubiertos pagados por el participante.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2025	AETNA MEDICARE P01 PPO*	
PLAN MÉDICO	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$0	\$0
Gasto máximo de bolsillo anual	\$3,500	\$5,000
Hospitalización	\$0	15%
Visitas al médico	\$15	15%
Cuidado preventivo	\$0	15%
Sala de emergencias	\$50 (se exime si es admitido)	\$50 (se exime si es admitido)
Centro de atención de urgencias	\$15	\$15
Cirugía ambulatoria	\$0	15%
Pruebas diagnósticas	\$15	15%
Terapia ambulatoria	\$15	15%
Equipo médico duradero	15%	15%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$15	15%
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	\$0	15%
Exámenes físicos	\$0	15%
Exámenes de obstetricia/ginecología	\$0	15%
Mamografías	\$0	15%
Centro de enfermería especializada	Copago de \$0 por día, de 1 a 20 días; \$75 por día, de 21 a 100 días	15%
Audífonos (una vez cada 36 meses)	Asignación de \$500	
Atención dental	\$15 (si está cubierto por Medicare)	15% (si está cubierto por Medicare)
Exámenes de la visión/exámenes auditivos	\$0 (una vez cada 12 meses)	15% (una vez cada 12 meses)
Lentes recetados (una vez cada 24 meses)	Asignación de \$100	
MEDICAMENTOS RECETADOS	Farmacia minorista (suministro para 30 días)	Pedido por correo (suministro para 90 días)
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura inicial hasta el límite del gasto de bolsillo de \$2,000**		
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$4 por farmacia preferida; \$5 por farmacia estándar	\$8 por farmacia preferida; \$10 por farmacia estándar
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$25***	\$50***
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	\$50***	\$100***
Medicamentos especializados (Nivel 4)	33%***	33%*** (limitado al suministro de un mes)
Cobertura en caso de catástrofe		
Medicamentos genéricos	\$0	
Medicamentos de marca	\$0	

* Aetna solo está disponible en Pensilvania, Nueva Jersey y algunos condados de Florida, Maryland, Nueva York y Delaware.

** Incluye los costos totales de los medicamentos cubiertos pagados por el participante.

*** Incluye algunos genéricos de alto costo.

Costos mensuales de 2025 si es elegible para Medicare *(sin incluir la asistencia para pagar la prima)*

	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO		AETNA MEDICARE P01 PPO		CAPITAL BLUE CROSS PPO	
	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas
Delaware						
Kent	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
New Castle	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Sussex	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Florida						
Alachua	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Baker	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Bay	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Bradford	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Brevard	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Broward	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Calhoun	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Charlotte	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Citrus	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Clay	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Collier	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Columbia	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
DeSoto	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Dixie	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Duval	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Escambia	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Flagler	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Franklin	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Gadsden	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Gilchrist	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Glades	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Gulf	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Hamilton	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Hardee	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Hendry	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Hernando	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Highlands	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Hillsborough	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Holmes	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Indian River	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Jackson	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Jefferson	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Lafayette	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Lake	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Lee	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Leon	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Levy	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Liberty	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520

Costos mensuales de 2025 si es elegible para Medicare *(sin incluir la asistencia para pagar la prima)*

	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO		AETNA MEDICARE P01 PPO		CAPITAL BLUE CROSS PPO	
	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas
Florida						
Madison	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Manatee	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Marion	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Martin	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Miami-Dade	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Monroe	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Nassau	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Okaloosa	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Okeechobee	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Orange	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Osceola	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Palm Beach	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Pasco	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Pinellas	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Polk	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Putnam	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
St. Johns	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
St. Lucie	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Santa Rosa	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Sarasota	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Seminole	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Sumter	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Suwannee	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Taylor	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Union	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Volusia	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Wakulla	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Walton	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Washington	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Maryland						
Alleghany	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Anne Arundel	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Baltimore County	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Baltimore City	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Calvert	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Caroline	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Carroll	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Cecil	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520

continúa en la siguiente página

Costos mensuales de 2025 si es elegible para Medicare *(sin incluir la asistencia para pagar la prima)*

	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO		AETNA MEDICARE P01 PPO		CAPITAL BLUE CROSS PPO	
	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas
Maryland						
Charles	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Dorchester	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Frederick	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Garrett	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Harford	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Howard	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Kent	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Montgomery	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Prince George's	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Queen Anne's	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Saint Mary's	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Somerset	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
Talbot	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Washington	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Wicomico	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Worcester	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
New Jersey						
Atlantic	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Bergen	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Burlington	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Camden	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Cape May	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Cumberland	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Essex	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Gloucester	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Hudson	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Hunterdon	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Mercer	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Middlesex	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Monmouth	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Morris	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Ocean	\$316	\$632	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Passaic	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Salem	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Somerset	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Sussex	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Union	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520
Warren	\$351	\$702	\$562	\$1,124	\$260	\$520

continúa en la siguiente página

Costos mensuales de 2025 si es elegible para Medicare *(sin incluir la asistencia para pagar la prima)*

	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO		AETNA MEDICARE P01 PPO		CAPITAL BLUE CROSS PPO	
	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas
New York						
Albany	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Allegany	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Bronx	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Broome	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Cattaraugus	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Cayuga	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Chautauqua	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Chemung	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Chenango	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Clinton	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Columbia	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Cortland	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Delaware	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Dutchess	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Erie	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Essex	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Franklin	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Fulton	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Genesee	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Greene	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Hamilton	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Herkimer	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Jefferson	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Kings (Brooklyn)	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Lewis	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Livingston	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Madison	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Monroe	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Montgomery	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Nassau	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
New York	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Niagara	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Oneida	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Onondaga	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Ontario	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Orange	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520

continúa en la siguiente página

Costos mensuales de 2025 si es elegible para Medicare *(sin incluir la asistencia para pagar la prima)*

	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO		AETNA MEDICARE P01 PPO		CAPITAL BLUE CROSS PPO	
	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas
New York						
Orleans	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Oswego	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Otsego	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Putnam	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Queens	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Rensselaer	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Richmond	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Rockland	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
St. Lawrence	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Saratoga	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Schenectady	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Schoharie	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Schuyler	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Seneca	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Steuben	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Suffolk	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Sullivan	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Tioga	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Tompkins	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Ulster	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Warren	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Washington	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Wayne	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520
Westchester	\$351	\$702	\$444	\$888	\$260	\$520
Wyoming	\$316	\$632	\$444	\$888	\$260	\$520
Yates	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520

Costos mensuales de 2025 si es elegible para Medicare *(sin incluir la asistencia para pagar la prima)*

	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO		AETNA MEDICARE P01 PPO		CAPITAL BLUE CROSS PPO	
	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas
Todos los demás						
Alabama • Alaska Arizona • Arkansas California • Colorado Connecticut • Georgia Illinois • Indiana Kansas • Kentucky Michigan • Minnesota Mississippi • Nebraska • Nevada Ohio • Oklahoma South Carolina Tennessee • Wyoming	\$351	\$702	No disponible		\$260	\$520
District of Columbia Guam • Hawaii Idaho • Iowa Louisiana • Maine Massachusetts Missouri • Montana New Hampshire New Mexico North Carolina North Dakota Oregon • Puerto Rico Rhode Island South Dakota • Texas U.S. Virgin Islands Utah • Vermont Virginia • Washington West Virginia Wisconsin	\$316	\$632	No disponible		\$260	\$520

Opciones de plan de 2025 si NO es elegible para Medicare

CUÁNTO PAGARÁ EN 2025	HIGHMARK PPOBLUE (80-70 PLAN)	
MÉDICO	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$100/individual \$300/familiar	\$500/individual \$1,500/familiar
Gasto máximo de bolsillo anual	\$10,000	Sin máximo
Hospitalización	20%	30%
Visitas al médico	\$20 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista; sin deducible	30%
Cuidado preventivo	\$20 por visita, sin deducible	Los exámenes físicos de rutina no están cubiertos; 30% de mamografías y exámenes ginecológicos de rutina
Sala de emergencias	\$100 (se exime si es admitido); sin deducible	\$100 (se exime si es admitido); sin deducible
Centro de atención de urgencias	\$40; sin deducible	30%
Cirugía ambulatoria	20%	30%
Pruebas diagnósticas	20%	30%
Terapia ambulatoria	\$40 por visita; con un máximo de 60 visitas*; sin deducible	30%; con un máximo de 60 visitas*
Equipo médico duradero	20%	30%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	0%; sin deducible	30%
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	20%	30%
Exámenes físicos	\$20 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista; sin deducible	No cubierto
Exámenes de obstetricia/ginecología	\$40 por visita, sin deducible	30% de rutina; sin deducible
Mamografías	20%	30%
Centro de enfermería especializada	20%; 100 visitas por año calendario	30%; 100 visitas por año calendario
Audífonos	No cubierto	No cubierto
Atención dental	No cubierto	No cubierto
Exámenes de la visión/exámenes auditivos	No cubierto	No cubierto
Lentes recetados	No cubierto	No cubierto
MEDICAMENTOS RECETADOS		
Deducible anual	\$0	No cubierto
Máximo anual	Sin máximo	No cubierto
Farmacia minorista (suministro para 34 días)		
Medicamentos genéricos	30% (obligatoriamente genéricos)	No cubierto
Medicamentos de marca	50%	No cubierto
Pedido por correo (suministro para 90 días)		
Medicamentos genéricos	30% (obligatoriamente genéricos)	No cubierto
Medicamentos de marca	50%	No cubierto

* Máximo combinado dentro y fuera de la red

CUÁNTO PAGARÁ EN 2025	CAPITAL BLUE CROSS PPO	
MÉDICO	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$100/individual \$300/familiar	\$500/individual \$1,500/familiar
Gasto máximo de bolsillo anual	\$3,000/individual \$6,000/familiar	Sin máximo
Hospitalización	20%; sin deducible	30%; sin deducible
Visitas al médico	\$10 por visita al PCP; \$25 por visita al especialista; sin deducible	30%; sin deducible
Cuidado preventivo	\$10 por visita, sin deducible	20%
Sala de emergencias	\$100; sin deducible (se exime si es admitido)	\$100; sin deducible (se exime si es admitido)
Centro de atención de urgencias	\$40; sin deducible	30%
Cirugía ambulatoria	20%	30%
Pruebas diagnósticas	20%	30%
Terapia ambulatoria	\$40 por visita, sin deducible	30%
Equipo médico duradero	20%	30%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$40 por visita, sin deducible	30%; sin deducible
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	20%	30%
Exámenes físicos	\$10 por visita al PCP; \$25 por visita al especialista; sin deducible	20%; sin deducible
Exámenes de obstetricia/ginecología	\$0; sin deducible	30% sin deducible
Mamografías	\$0; sin deducible	30% sin deducible
Centro de enfermería especializada	\$0; límite de 100 días	50%; límite de 100 días
Audífonos	No cubierto	No cubierto
Atención dental	No cubierto	No cubierto
Exámenes de la visión/exámenes auditivos	No cubierto	No cubierto
Lentes recetados	No cubierto	No cubierto
MEDICAMENTOS RECETADOS		
Deducible anual	\$300/individual \$600/familiar	No cubierto
Máximo anual	Máximo de período de beneficio de \$2,500 en medicamentos para mejorar la calidad de vida	No cubierto
Farmacia minorista		
Medicamentos genéricos	30%*	No cubierto
Medicamentos de marca	30%/farmacia preferida;* 50%/farmacia no preferida	No cubierto
Pedido por correo (suministro para 90 días)		
Medicamentos genéricos	30%	No cubierto
Medicamentos de marca	30%/farmacia preferida; 50%/farmacia no preferida	No cubierto

* Los medicamentos especializados genéricos y los medicamentos de marca preferidos están cubiertos al 50% y los medicamentos especializados de marca no preferidos no están cubiertos.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2025	AETNA PREMIER OPEN CHOICE PPO*	
MÉDICO	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$300/individual \$600/familiar	\$500/individual \$1,000/familiar
Gasto máximo de bolsillo anual	\$6,600/individual \$13,200/familiar	\$10,000/individual \$20,000/familiar
Hospitalización	\$200 por día durante 5 días; después \$0	30%
Visitas al médico	\$15 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista	30%
Cuidado preventivo	\$0; sin deducible	30%
Sala de emergencias	\$75; sin deducible (se exime si es admitido)	\$75; sin deducible (se exime si es admitido)
Centro de atención de urgencias	\$50; sin deducible	30%
Cirugía ambulatoria	\$150	30%
Pruebas diagnósticas	\$35 por radiografía/servicio de laboratorio; \$150 por imágenes complejas	30%
Terapia ambulatoria	\$40; la cobertura está sujeta a cambios según el tipo de terapia recibida	30%
Equipo médico duradero	20%	30%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$40; todos los demás servicios de salud mental \$0	30%
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	\$200 por día durante 5 días; después \$0	30%
Exámenes físicos	0%; sin deducible; de rutina	30%
Exámenes de obstetricia/ginecología	0%; sin deducible; de rutina	30%
Mamografías	0%; sin deducible; de rutina	30%
Centro de enfermería especializada	\$200 por día durante 5 días; después \$0; con un límite de 100 días	30%
Audífonos (una vez cada 36 meses; \$1,000 máximo)	100% después de una asignación de \$1,000	30%
Atención dental	No cubierto	No cubierto
Exámenes de la visión/exámenes auditivos	Exámenes de la visión: \$0; sin deducible; 1 examen cada 12 meses; exámenes auditivos: \$40; 1 examen cada 24 meses	30%
Lentes recetados (una vez cada 24 meses)	100% después de una asignación de \$100	100% después de una asignación de \$100
MEDICAMENTOS RECETADOS		
Deducible anual	\$200/individual \$600/familiar	\$200/individual \$600/familiar
Máximo anual	Combinado con médico	Combinado con médico
Farmacia minorista		
Medicamentos genéricos	30%	50% después del copago aplicable
Medicamentos de marca	30%/en la farmacopea 50%/fuera de la farmacopea	50% después del copago aplicable
Pedido por correo (suministro para 90 días)		
Medicamentos genéricos	30%	No cubierto
Medicamentos de marca	30%/en la farmacopea 50%/fuera de la farmacopea	No cubierto

* Aetna solo está disponible en Nueva Jersey, Pensilvania y algunos condados de Florida, Delaware, Maryland y Nueva York.

Costos mensuales de 2025 si NO es elegible para Medicare *(sin incluir la asistencia para pagar la prima)*

	HIGHMARK PPOBLUE (80-70 PLAN)		AETNA PREMIER OPEN CHOICE PPO		CAPITAL BLUE CROSS PPO	
	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas
Florida						
Bradford	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Brevard	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Broward	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Charlotte	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Citrus	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Clay	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Collier	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
DeSoto	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Duval	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Hernando	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Highlands	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Hillsborough	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Indian River	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Lake	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Lee	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Madison	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Manatee	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Marion	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Martin	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Miami-Dade	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Nassau	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Orange	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Osceola	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Palm Beach	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Pasco	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Pinellas	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Polk	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
St. Johns	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
St. Lucie	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Sarasota	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Seminole	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Volusia	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Todos los demás condados de Florida	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Maryland						
Allegany	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Somerset	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Todos los demás condados de Maryland	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
New Jersey						
Atlantic	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Bergen	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Burlington	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Camden	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Cape May	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394

continúa en la siguiente página

Costos mensuales de 2025 si NO es elegible para Medicare *(sin incluir la asistencia para pagar la prima)*

	HIGHMARK PPOBLUE (80-70 PLAN)		AETNA PREMIER OPEN CHOICE PPO		CAPITAL BLUE CROSS PPO	
	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas
New Jersey						
Cumberland	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Essex	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Gloucester	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Hudson	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Hunterdon	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Mercer	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Middlesex	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Monmouth	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Morris	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Ocean	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Passaic	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Salem	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Somerset	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Sussex	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Union	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Warren	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
New York						
Allegany	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Cattaraugus	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Chautauqua	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Clinton	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Delaware	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Erie	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Essex	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Franklin	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Fulton	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Genesee	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Hamilton	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Herkimer	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Madison	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Monroe	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Montgomery	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Niagara	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Orleans	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Otsego	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Schoharie	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Schuyler	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Steuben	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Tompkins	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Warren	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Wayne	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Yates	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Todos los demás condados de Nueva York	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394

Costos mensuales de 2025 si NO es elegible para Medicare *(sin incluir la asistencia para pagar la prima)*

	HIGHMARK PPOBLUE (80-70 PLAN)		AETNA PREMIER OPEN CHOICE PPO		CAPITAL BLUE CROSS PPO	
	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas	Cobertura única	Cobertura para 2 personas
Todos los demás						
New Castle County, Delaware	\$2,017	\$4,034	\$2,112	\$4,224	\$1,697	\$3,394
Todos los demás condados, Delaware	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394
Alabama • Alaska Arizona • Arkansas California Colorado Connecticut District of Columbia Georgia • Guam Hawaii • Idaho Illinois • Indiana Iowa • Kansas Kentucky • Louisiana Maine Massachusetts Michigan Minnesota Mississippi Missouri • Montana Nebraska Nevada New Hampshire New Mexico North Carolina North Dakota Ohio • Oklahoma Oregon • Puerto Rico Rhode Island South Dakota South Carolina Tennessee Texas U.S. Virgin Islands Utah • Vermont Virginia Washington West Virginia Wisconsin Wyoming	\$2,017	\$4,034	No disponible		\$1,697	\$3,394

Este folleto proporciona solo un resumen de los beneficios de estos planes. No proporciona detalles sobre lo que está cubierto o las limitaciones que pueden aplicarse. Se incluye más información en la Evidencia de cobertura (para miembros de un plan Medicare Advantage) o la Descripción de beneficios (para un plan para miembros que no son elegibles para Medicare). Además, puede llamar a la Unidad de Administración de HOP al 1-800-773-7725 y solicitar un paquete de información para cualquiera de estos planes.

Pennsylvania Public School Employees' Retirement System (PSERS)

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-773-7725. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-773-7725. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-773-7725。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-773-7725。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-773-7725. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-773-7725. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-773-7725 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-773-7725. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-773-7725 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-773-7725. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-773-7725. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-773-7725 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-773-7725. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-773-7725. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-773-7725. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-773-7725. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-773-7725 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。