



# Zero reasons your health can't be a priority.

Individual and family plan offerings

For benefit period:  
January 1 to December 31, 2024

**HIGHMARK** 

Because Life.™



# Say hello to a great health plan.

Shopping for your own health insurance? With Highmark, you get the coverage and benefits that matter most to you. This guide will help you find an affordable plan that checks all the boxes.

Looking for something in particular? Click on the headings below to jump to that section.

---

<b>Why choose Highmark?</b> .....	<b>4-13</b>
<b>Affordable Care Act basics</b> .....	<b>14-19</b>
Enrollment checklist .....	15
Enrollment dates .....	16
Metal levels .....	17
Ways to save .....	18
Financial help .....	19
<b>Product and plan designs</b> .....	<b>20-25</b>
<b>Plan details</b> .....	<b>26-31</b>
<b>Vision and dental</b> .....	<b>32-42</b>
<b>Helpful health insurance definitions</b> .....	<b>43</b>
<b>In-network facilities</b> .....	<b>44-53</b>
<b>Legal info</b> .....	<b>54-55</b>

---

# Why choose a Highmark health plan?

Here are a few big benefits  
right off the top of our heads.

Headquartered in Pittsburgh, PA, Highmark is a blended health organization working passionately to deliver on our mission to create a remarkable health experience, freeing people to be their best.



1

## Expert care, close to home.

Highmark invests big in a patient-first approach to care, with easy access to high-quality, lower-cost health care services in your area.



2

## Coverage that travels with you.

All of our plans come with access to **BlueCard®**. It connects you to the largest physician and hospital networks in the U.S. with over 1.8 million providers, including 97% of all hospitals.\*

Your coverage extends to many top-rated, out-of-state facilities, like:

- Cleveland Clinic
- Duke University Medical Center
- Inova Health System Hospitals
- Johns Hopkins Hospital
- Marietta Memorial Hospitals
- MD Anderson Cancer Center
- Memorial Sloan Kettering Cancer Center
- NewYork-Presbyterian
- TidalHealth
- University of Maryland Medical Center
- Winchester Medical Center

And, you're covered in 190 countries too — it's just like getting care close to home. Keep in mind that BlueCard covers routine,\*\* emergency, and urgent care for most plans.



3

## No red tape.

See whichever in-network doctors you want to see — **no referral needed**. Call 1-888-BLUE-428, and we'll find a specialist for you. No hoops, no hoopla.

---

\* According to the Blue Cross Blue Shield Association.

\*\* Certain services may require you to work with your BlueCard-participating provider to obtain prior authorization.





# 4

## All your care, all in one plan.

Healthy eyes and teeth are important parts of overall health and regular checkups can help you stay ahead of potential problems down the road. It's especially important for kids, which is why all our plans come with pediatric dental and vision benefits.

**Our plans with “Adult Dental and Vision” in their name include these benefits, so there’s no need to purchase separate plans.**

---



# 5

## Easy access to top-performing specialists.

Only doctors who consistently deliver safe, effective treatments make the **Blue Distinction**<sup>®</sup> list. When you use our Find a Doctor tool, the Blue Distinction logo will appear by their names to help you choose a top-performing specialist for any care you need.

---



# 6

## Mental health care that’s exactly the right fit.

Our Mental Well-Being solution provides expanded, quicker access to mental health care. A personalized care plan will help guide you to the right resources based on your needs.

---

**And that’s just for starters.**

Turn the page for even more reasons to choose Highmark.

---

**We make it easier  
for you to get the  
care you want.**





#### VIRTUAL HEALTH

## Face-to-face with a doctor, 24/7.

Get a diagnosis, treatment plan, or prescription any time, right from your phone or computer. Best of all, the virtual health services provided by Well360 Virtual Health are also available through many in-network providers. That's laid-back-in-a-recliner easy.

---



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

## Answers from a health pro, 24/7.

Medical concerns during off hours? Just call 1-888-BLUE-428 to get support from a registered nurse or a health coach any time and put your worries to bed.

---



#### THE HIGHMARK MEMBER APP AND WEBSITE

## Your entire plan at your fingertips.

No more searching for old files or waiting on snail mail. Your digital ID card, Find a Doctor tool, deductible progress, and claims status are all available on the My Highmark app or at [myhighmark.com](https://myhighmark.com). You can also access **MyChart** via the app or website.

---



#### VIRTUAL PHYSICAL CARE

## Physical care from the comfort of home.

This personalized digital physical care program helps with back, joint, or muscle pain from the comfort of your own home.

---





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

## Your appointments, booked for you.

It's as simple as calling **1-888-BLUE-428**. We'll help you find the in-network doctor you need and reserve some space on their calendar. Which means less on-hold music for you.

---



#### HEALTH SAVINGS ACCOUNT

## Helping you save for today and tomorrow.

Health savings accounts let you put money away for things like medical costs, vision and dental services, and prescriptions. They're available on qualified high-deductible plans with "HSA" in the plan name.

---

**Need help with  
your health goals?**

**We've got you covered.**



#### FITNESS

## Hitting the gym has never been easier.

All our plans include a fitness extra with discounted rates and access to 10,000+ gyms nationwide.\* You'll also get discounts for acupuncture and chiropractic care, nutritional counseling, personal training, and more.

---



#### WELLNESS

## Personalized support for health goals.

Looking to lose weight? Quit smoking? Be more active? Get guidance based on your lifestyle, wellness tools, and access to experienced wellness coaches to make healthy choices and keep you motivated. Once you're enrolled, visit [myhighmark.com](https://myhighmark.com).

---



#### BLUE365®

## Discounts to help you stay healthy and active.

With Blue365, you get exclusive discounts on travel, car rentals, and even clothing and footwear. Check out member-only deals at [blue365deals.com](https://blue365deals.com).

---

**Let's take a minute  
to cover the basics  
of ACA plans.**

---

# Here's your ACA Enrollment Checklist.

You'll need this info for each person who will be covered on your plan.

- Date of birth**
- Social Security number**  
(or legal immigrant documents)
- Income documentation for all household members, even if they won't be covered by the plan**  
(pay stubs, W-2 forms, or wage and tax statements)
- Current health insurance policy numbers**  
(if applicable)
- Info on any health insurance you or your family could get from your job**

**All set? Great. Let's move on to the essentials.**

---

# Enrollment dates

There are two ways you can enroll in or change your ACA coverage. One is a fixed period that happens every year. The other is for special cases that can happen any time.

---

## 1 Open Enrollment Period

**November 1, 2023 – January 15, 2024**

If you sign up by December 15, 2023, your plan takes effect on January 1, 2024.

If you sign up between December 16, 2023, and January 15, 2024, your plan takes effect on February 1, 2024.

---

## 2 Special Enrollment Period

**Can happen any time throughout the year**

During a Special Enrollment Period, you can only get or change coverage if you have a qualifying life event. Examples include losing your existing coverage, a new addition to the family, getting married, or moving to a new area where you can't keep your current plan. Many Special Enrollment Periods only last 60 days from the qualifying life event.

If you think you're eligible for a Special Enrollment Period, you may be asked to submit documents to verify it. You can go to **highmark.com** for more information.



---

# Metal levels

ACA plans\* are broken into four categories based on how you and your plan share the costs of your health care. Just so you know, metal levels reflect cost-sharing\*\* differences only – which means you get the same quality of care at any level.

## Bronze



**60%**  
of costs covered  
by your plan

**40%**  
out-of-pocket  
costs

If you don't use a lot of health care services and/or want to keep premium payments low, a Bronze plan might be for you.

## Silver



**70%**  
of costs covered  
by your plan

**30%**  
out-of-pocket  
costs

If you want to balance premiums with out-of-pocket costs, Silver plans might be the way to go.

## Gold



**80%**  
of costs covered  
by your plan

**20%**  
out-of-pocket  
costs

If you use health care services somewhat frequently and/or want low out-of-pocket costs for most commonly used services, you might want to consider a Gold plan.

## Extra Savings Silver



**73-94%**  
of costs covered  
by your plan

**6-27%**  
out-of-pocket  
costs

If you're CSR-eligible, Extra Savings Silver plans give you lower out-of-pocket costs.

Financial help in the form of advance premium tax credits (APTCs) or cost-sharing reductions (CSRs) are available only on plans purchased through Pennie.com.

\* Catastrophic plans are available if you're under 30 or have a financial hardship. They're for people who do not go to the doctor frequently or only go to the doctor when there's an emergency. Highmark does not offer Platinum plans in Pennsylvania.

\*\* The portion of health care services that you pay out of pocket. This generally includes deductibles, coinsurance, and copays.

---

# Ways to save

**Good news:** There are two ways available to save for ACA members.

**Even better news:** Nearly 90% of our ACA members qualify to save.

## Advance premium tax credits (APTC)

APTCs may be applied — in advance — to lower what you pay each month for your premium on any level Pennie.com plan except Catastrophic.

## Cost-sharing reductions (CSR)

CSRs lower out-of-pocket costs that you may pay at the time of service for doctor visits, lab tests, drugs, and other covered services. CSR plans offer lower deductibles, copays, and coinsurance. You can only get these savings if you enroll in an Extra Savings Silver plan.

**You can qualify for both an APTC and CSR.**

## Extra ACA assistance

The Inflation Reduction Act lowers the cost of health plans for middle- and lower-income individuals and families. It may provide more aid even if you've previously qualified for financial help. And it makes it easier to qualify if you've been denied in the past.

Your savings can be significant. **See for yourself.**

---

### Kyle

Single, 40 years old,  
non-smoker  
Annual income: \$20,170

**Before:** \$50 monthly premium

**After:** \$0 monthly premium

**Savings: \$600/year**

### Dean and Vanessa

Married couple,  
64 years old, non-smokers  
Annual income: \$78,930

**Before:** \$2,741 monthly premium

**After:** \$559 monthly premium

**Savings: \$26,184/year**

---

Premiums and advance premium tax credits (APTC) will vary by county. The APTC can lower the monthly premium. Examples are based on the second-lowest cost Silver plan available on Pennie.com in a given area. The price of this plan is used to calculate premium subsidies.

# Financial help

To see if you're eligible for financial help, locate your qualifying income and household size on the chart below. Then refer to the Base or Extra Savings plans for your county to find the plans that meet your needs.

Even if you don't qualify for cost-sharing reductions, you may be eligible for advance premium tax credits. Please refer to the Base plan options for your county.

## What is the income for those covered under your health plan?

Who needs coverage?	Eligible for Medicaid	Eligible for CSRs and APTCs			Eligible for APTCs
	Medicaid Eligible Range (138% or less FPL)	Extra Savings Silver Plans 138–149% CSR plans	150–199% CSR plans	200–249% CSR plans	Base 250% or more
Single	Less than \$20,120	\$20,121 - \$21,869	\$21,870 - \$29,159	\$29,160 - \$36,449	\$36,450 or more
Family of 2	Less than \$27,214	\$27,215 - \$29,579	\$29,580 - \$39,439	\$39,440 - \$49,299	\$49,300 or more
Family of 3	Less than \$34,307	\$34,308 - \$37,289	\$37,290 - \$49,719	\$49,720 - \$62,149	\$62,150 or more
Family of 4	Less than \$41,400	\$41,401 - \$44,999	\$45,000 - \$59,999	\$60,000 - \$74,999	\$75,000 or more
Family of 5	Less than \$48,493	\$48,494 - \$52,709	\$52,710 - \$70,279	\$70,280 - \$87,849	\$87,850 or more
Family of 6	Less than \$55,586	\$55,587 - \$60,419	\$60,420 - \$80,559	\$80,560 - \$100,699	\$100,700 or more
Family of 7	Less than \$62,680	\$62,681 - \$68,129	\$68,130 - \$90,839	\$90,840 - \$113,549	\$113,550 or more
Family of 8	Less than \$69,773	\$69,774 - \$75,839	\$75,840 - \$101,119	\$101,120 - \$126,399	\$126,400 or more

Most individuals and families with household incomes 100% or more of the federal poverty limit (FPL) will qualify for premium tax credits. These credits help lower the cost of health insurance coverage and are based on the second-lowest-cost Silver plan available in your area on Pennie.com. The second-lowest-cost Silver plan is also known as the “benchmark plan.” Premium tax credits vary by income. Households with incomes 150% or less of the FPL will pay no premium for the benchmark plan. Those households with annual incomes 400% or more of the FPL will pay no more than 8.5% of their household income on health insurance premiums for the benchmark plan.

Income below 138% FPL: If your income is below 138% FPL and your state has expanded Medicaid coverage, you qualify for Medicaid based only on your income.\*

American Indians and Alaska Natives who are members of federally recognized tribes are eligible for cost-sharing reductions at alternative dollar thresholds.

This chart is only applicable for coverage in 2024 and in the 48 contiguous states and the District of Columbia. For families/households with more than 8 persons, add \$5,140 for each additional person.

\*HHS Poverty Guidelines for 2023 (March 14, 2023). Retrieved from <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.

**Check to see if you qualify for one or both types of help.**

**Call 855-400-9159.**

# 2024 Highmark products and plan designs

Phew, that was a lot of good info. Now, let's take a look at the products and plans available in your area for 2024.

---

# You get all the essentials.

You get access to the 10 Essential Health Benefits — plus coverage for preexisting conditions.

They include:

- 1 Outpatient care
- 2 Emergency services
- 3 Hospitalization  
(like surgery and overnight stays)
- 4 Pregnancy, maternity, and newborn care
- 5 Mental health and substance use disorder services
- 6 Prescription drugs
- 7 Laboratory services
- 8 Rehabilitative and habilitative services and devices
- 9 Preventive and wellness services and chronic disease management
- 10 Pediatric services, including dental and vision care

---

# Our networks and products

No matter what plan you choose, you get in-network access to top-quality care, close to home. You can even see in-network specialists without a referral. Whatever your health care needs and budget, we have a plan for you. All you have to do is choose.

## my Blue Access PPO

### Comprehensive in-network access throughout southeastern Pennsylvania.

my Blue Access PPO gives you in-network access to Highmark's largest network of doctors and hospitals. With a PPO, you also get the flexibility to see out-of-network providers. And with the BlueCard program,\* you get in-network access to providers outside of Pennsylvania for routine, emergency, and urgent care, too.

Check out page 44 for in-network facilities.

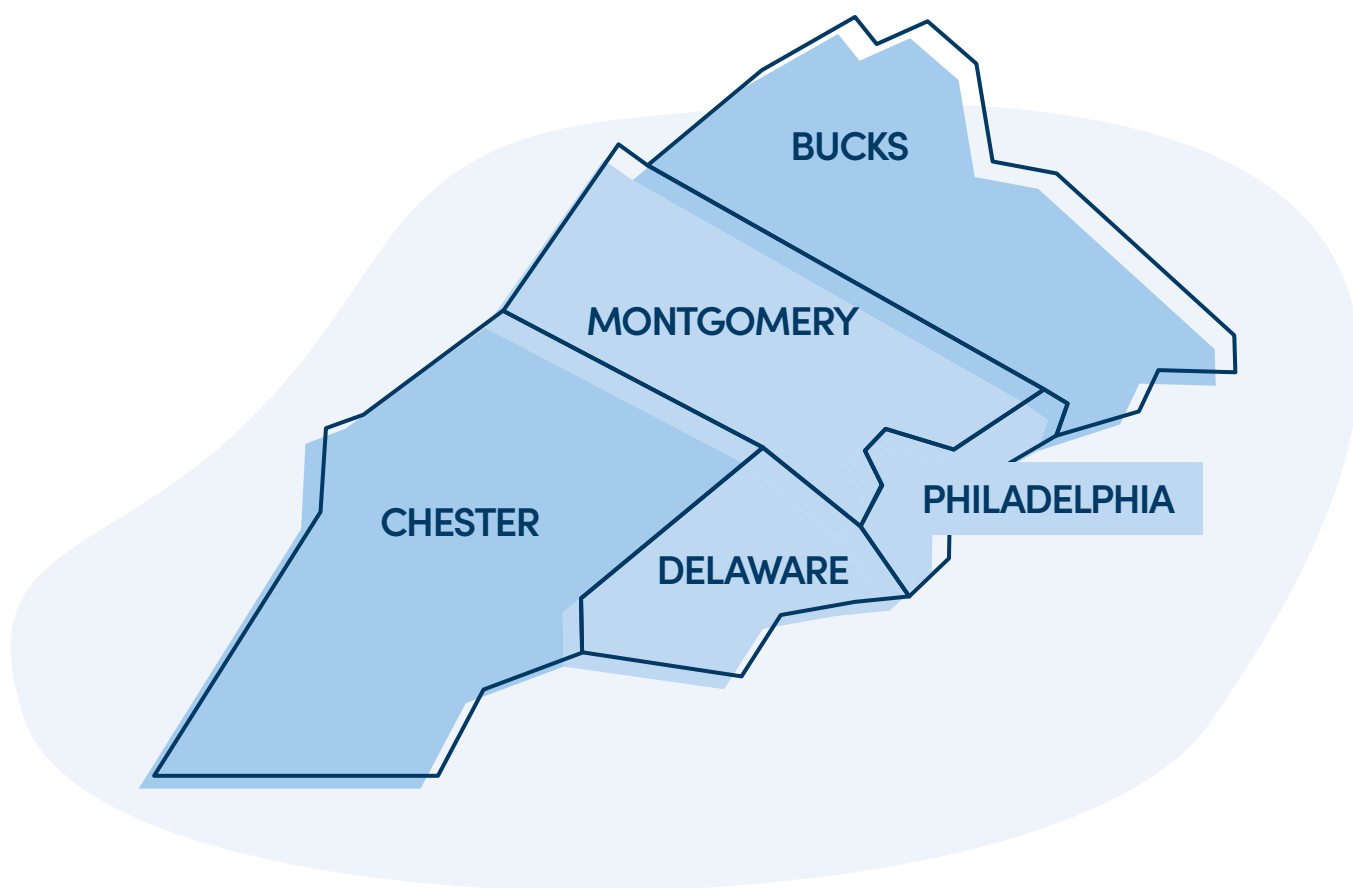
### Save more when you use Member Savings Sites.

- Members save when using freestanding facilities like Quest Diagnostics instead of hospital-based facilities.
- Between \$25 to \$50 on labs and X-rays
- Around \$200 on advanced imaging
- Member Saving Sites are clearly identified in the online provider directory.

\* Certain services may require you to work with your BlueCard-participating provider to obtain prior authorization.

---

Plans are available for residents of the counties highlighted below.



To see if your provider is in network, visit [highmark.com](https://www.highmark.com) and click **Find a Doc or Rx**, select **Just Browsing**, enter your ZIP code and click **Continue**, then scroll down and click **Medical Care**.

---

# Bronze 7100 HSA — Custom Drug Benefit plan

This plan allows you to save for your care with a health savings account (HSA) and provides low out-of-pocket costs on select prescriptions.

An HSA lets you put money away into a savings account that you can use for things like medical costs, vision and dental services, and prescriptions.



With the custom drug benefit, Highmark pays 100% of the costs for many preventive and maintenance drugs immediately. There's no need to meet the deductible. For a complete list of covered drugs, visit [highmark.link/cdbsepa](https://highmark.link/cdbsepa).

Free preventive and maintenance drugs include:

- 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)
- Trulicity 1.5 mg/5.0 ml pen
- Ozempic 0.25–0.5 mg/dose pen
- Januvia 100 mg tablet
- Xarelto 20 mg tablet
- Breo Ellipta 100–25 mcg inhaler
- budesonide-formoterol fumarate  
160 - 4.5 mcg inhaler (Symbicort)

Also included in the list are 20 of the most filled prescriptions. They include drugs for things like diabetes, asthma, heart conditions, anxiety, and depression.



---

# Premier Silver and Gold plans

Our Premier Silver and Gold plans offer some of our lowest office visit copays — \$0 for Premier Silver plans and \$15 for Premier Gold plans. You'll also have lower out-of-pocket costs on covered services. Included in these plans are bonus benefits like a \$25 over-the-counter quarterly allowance and access to TruHearing.



## Over-the-counter benefit

You'll get a \$25 allowance on certain over-the-counter products per quarter for every member covered by your plan. You can use it for things like minor wound care, ibuprofen, and allergy medication. It's convenient too. To place an order, visit [shophighmarkotc.com](https://shophighmarkotc.com). Items are shipped directly to your home.



## TruHearing

**TruHearing**<sup>®</sup> can help lower copays on hearing aids. Plus, you can receive a hearing evaluation, as well as training, setup, fine-tuning, and adjustments from an in-network TruHearing provider without ever leaving your home. All you need is a smartphone, tablet, or computer. To learn more about TruHearing, visit [truhearing.com/highmark-hs](https://truhearing.com/highmark-hs).

# Looking for plan details?

You're in the right place.

You'll see plan summaries here. If you want any plan's full benefit list, visit [highmarksbcs.com](https://highmarksbcs.com) or get a paper copy by calling 1-833-258-0188 (TTY/TDD 711).

## Coverage Level

**MAJOR EVENTS  
9450 –**  
3 free PCP visits

**BRONZE  
8900**

**BRONZE  
7100 HSA –**  
Custom Drug Benefit

**BRONZE  
3800**

Plan Availability	my Blue Access Major Events PPO 9450 - 3 free PCP visits	my Blue Access PPO Bronze 8900	my Blue Access PPO Bronze 7100 HSA - Custom Drug Benefit	my Blue Access PPO Bronze 3800
<b>In-Network Deductible</b>	Individual: \$9,450 Family: \$18,900	Individual: \$8,900 Family: \$17,800	Individual: \$7,100 Family: \$14,200	Individual: \$3,800 Family: \$7,600
<b>In-Network, Out-of-Pocket Maximum</b>	Individual: \$9,450 Family: \$18,900	Individual: \$8,900 Family: \$17,800	Individual: \$7,100 Family: \$14,200	Individual: \$9,200 Family: \$18,400
<b>Primary Care Visit</b>	\$0 after deductible; First 3 visits \$0 (not subject to deductible)	\$0 after deductible	\$0 after deductible	\$65 copay
<b>Specialist Visit</b>	\$0 after deductible	\$0 after deductible	\$0 after deductible	\$65 copay
<b>Outpatient Mental Health and Substance Abuse Visits</b>	\$0 after deductible	\$0 after deductible	\$0 after deductible	\$65 copay
<b>Speech, Physical, and Occupational Therapy and Chiropractic Care<sup>1</sup></b>	\$0 after deductible	\$0 after deductible	\$0 after deductible	\$65 copay
<b>Diagnostic Test (Lab/X-ray) Member Savings Site/Non-Member Savings Site<sup>2</sup></b>	\$0 after deductible	\$0 after deductible	\$0 after deductible	Lab: \$55/\$105 copay X-ray: \$125/\$250 copay
<b>Urgent Care<sup>3</sup></b>	\$0 after deductible	\$0 after deductible	\$0 after deductible	\$100 copay
<b>Emergency Services</b>	\$0 after deductible	\$0 after deductible	\$0 after deductible	50% after deductible
<b>Hospital Inpatient (including facility and professional)<sup>4</sup></b>	\$0 after deductible	\$0 after deductible	\$0 after deductible	50% after deductible
<b>Pharmacy Summary<sup>5</sup></b>	\$0/\$0/\$0/\$0 after deductible	\$0/\$0/\$0/\$0 after deductible	Select Rx: \$0 <sup>6</sup> not subject to deductible All other Rx: \$0/\$0/\$0/\$0 after deductible	50%/50%/50%/50% after deductible
<b>Includes Dental and Vision Option<sup>7</sup></b>	No	No	No	Yes

<sup>1</sup> Limit of 30 combined physical and occupational therapy visits per benefit period. Limit does not apply to therapy services for the treatment of mental health or substance abuse.

<sup>2</sup> If only one cost is shown, member responsibility is the same for both member savings sites and non-member savings sites.

<sup>3</sup> The copayment, if any, does not apply to urgent care services prescribed for the treatment of mental health or substance abuse.

<sup>4</sup> The hospital copay applies to admission. Additional copays may be due for imaging, testing, etc. Please refer to the plan's contract for additional information.

<sup>5</sup> Visit [highmarkacaformulary.com](https://highmarkacaformulary.com) to view our Formulary and see if your drug is covered, and at which tier.

<sup>6</sup> To see a full list of drugs that are covered at \$0 prior to reaching your deductible, visit [highmark.link/cdbsepa](https://highmark.link/cdbsepa).

<sup>7</sup> See pages 34-36 for adult dental and vision benefit details.

	Coverage Level		
	SILVER 7000	PREMIER SILVER 2900	SILVER 3500*
<b>Plan Availability</b>	my Blue Access PPO Silver 7000	my Blue Access PPO Premier Silver 2900	my Blue Access PPO Silver 3500*
<b>In-Network Deductible</b>	Individual: \$7,000 Family: \$14,000	Individual: \$2,900 Family: \$5,800	Individual: \$3,500 Family: \$7,000
<b>In-Network, Out-of-Pocket Maximum</b>	Individual: \$9,450 Family: \$18,900	Individual: \$8,500 Family: \$17,000	Individual: \$9,350 Family: \$18,700
<b>Primary Care Visit</b>	\$55 copay	\$75 copay	\$45 copay
<b>Specialist Visit</b>	\$55 copay	\$75 copay	\$45 copay
<b>Outpatient Mental Health and Substance Abuse Visits</b>	\$55 copay	\$75 copay	\$45 copay
<b>Speech, Physical, and Occupational Therapy and Chiropractic Care<sup>2</sup></b>	\$55 copay	\$75 copay	\$45 copay
<b>Diagnostic Test (Lab/X-ray) Member Savings Site/Non-Member Savings Site<sup>3</sup></b>	\$70/\$95 copay	\$70/\$95 copay	\$65/\$115 copay
<b>Urgent Care<sup>4</sup></b>	\$100 copay	\$100 copay	\$90 copay
<b>Emergency Services</b>	\$750 after deductible	\$750 after deductible	30% after deductible
<b>Hospital Inpatient (including facility and professional)<sup>5</sup></b>	\$1,125 after deductible	\$510 after deductible	30% after deductible
<b>Pharmacy Summary<sup>6</sup></b>	\$0/\$30/\$150/50%	\$0/\$30/\$150/50%	\$0/\$30/\$150/50%
<b>Includes Dental and Vision Option<sup>7</sup></b>	No	Yes	Yes

	Coverage Level			
	GOLD 1700 HSA <sup>1</sup>	GOLD 1500	GOLD 0	PREMIER GOLD 0
<b>Plan Availability</b>	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
<b>In-Network Deductible</b>	Individual: \$1,700 Family: \$3,400	Individual: \$1,500 Family: \$3,000	Individual: \$0 Family: \$0	Individual: \$0 Family: \$0
<b>In-Network, Out-of-Pocket Maximum</b>	Individual: \$5,700 Family: \$11,400	Individual: \$8,300 Family: \$16,600	Individual: \$7,500 Family: \$15,000	Individual: \$6,550 Family: \$13,100
<b>Primary Care Visit</b>	\$20 after deductible	\$35 copay	\$20 copay	\$15 copay
<b>Specialist Visit</b>	\$20 after deductible	\$35 copay	\$20 copay	\$15 copay
<b>Outpatient Mental Health and Substance Abuse Visits</b>	\$20 after deductible	\$35 copay	\$20 copay	\$15 copay
<b>Speech, Physical, and Occupational Therapy and Chiropractic Care<sup>2</sup></b>	\$20 after deductible	\$35 copay	\$20 copay	\$40 copay
<b>Diagnostic Test (Lab/X-ray) Member Savings Site/Non-Member Savings Site<sup>3</sup></b>	\$20 after deductible	\$35/\$60 copay	\$30/\$55 copay	\$40/\$65 copay
<b>Urgent Care<sup>4</sup></b>	\$40 after deductible	\$70 copay	\$40 copay	\$30 copay
<b>Emergency Services</b>	\$175 after deductible	\$300 copay	\$300 copay	\$280 copay
<b>Hospital Inpatient (including facility and professional)<sup>5</sup></b>	\$450 after deductible	\$725 copay after deductible	\$725 copay	\$525 copay
<b>Pharmacy Summary<sup>6</sup></b>	\$0/\$30/\$150/50% after deductible	\$0/\$30/\$150/50%	\$0/\$30/\$150/50%	\$0/\$25/\$75/50%
<b>Includes Dental and Vision Option<sup>7</sup></b>	No	No	Yes	Yes

\* These plans are available directly from Highmark and are not available on **pennie.com**. They do not qualify for advance premium tax credits or cost-sharing reductions.

<sup>1</sup> This plan has a Non-Embedded deductible. See Disclosures page for more information.

<sup>2</sup> Limit of 30 combined physical and occupational therapy visits per benefit period. Limit does not apply to therapy services for the treatment of mental health or substance abuse.

<sup>3</sup> If only one cost is shown, member responsibility is the same for both member savings sites and non-member savings sites.

<sup>4</sup> The copayment, if any, does not apply to urgent care services prescribed for the treatment of mental health or substance abuse.

<sup>5</sup> The hospital copay applies to admission. Additional copays may be due for imaging, testing, etc. Please refer to the plan's contract for additional information.

<sup>6</sup> Visit **highmarkacaformulary.com** to view our Formulary and see if your drug is covered, and at which tier.

<sup>7</sup> See pages 34-36 for adult dental and vision benefit details.

<b>Income Level</b>			
<b>138-149% FPL</b>		<b>150-199% FPL</b>	
<b>Coverage Level</b>			
<b>Extra Savings Silver</b> <b>94%</b> of costs covered by your plan		<b>6%</b> out-of-pocket costs	<b>Extra Savings Silver</b> <b>87%</b> of costs covered by your plan
<b>SILVER 0</b>		<b>PREMIER SILVER 0</b>	<b>SILVER 0</b>
<b>Plan Availability</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>In-Network Deductible</b>	Individual: \$0 Family: \$0	Individual: \$0 Family: \$0	Individual: \$0 Family: \$0
<b>In-Network, Out-of-Pocket Maximum</b>	Individual: \$1,200 Family: \$2,400	Individual: \$1,200 Family: \$2,400	Individual: \$3,150 Family: \$6,300
<b>Primary Care Visit</b>	\$1 copay	\$0 copay	\$15 copay
<b>Specialist Visit</b>	\$1 copay	\$0 copay	\$15 copay
<b>Outpatient Mental Health and Substance Abuse Visits</b>	\$1 copay	\$0 copay	\$15 copay
<b>Speech, Physical, and Occupational Therapy and Chiropractic Care<sup>1</sup></b>	\$1 copay	\$0 copay	\$15 copay
<b>Diagnostic Test (Lab/X-ray)</b> <b>Member Savings Site/Non-Member Savings Site<sup>2</sup></b>	\$0/\$5 copay	\$0 copay	\$20/\$45 copay
<b>Urgent Care<sup>3</sup></b>	\$5 copay	\$5 copay	\$30 copay
<b>Emergency Services</b>	\$75 copay	\$75 copay	\$275 copay
<b>Hospital Inpatient (including facility and professional)<sup>4</sup></b>	\$175 copay	\$175 copay	\$450 copay
<b>Pharmacy Summary<sup>5</sup></b>	\$0/\$5/\$15/50%	\$0/\$5/\$15/50%	\$0/\$10/\$50/50%
<b>Includes Dental and Vision Option<sup>6</sup></b>	No	Yes	No

	Income Level			
	150-199% FPL	200-249% FPL		
	Coverage Level			
	Extra Savings Silver <b>87%</b> of costs covered by your plan	13% out-of-pocket costs	Extra Savings Silver <b>73%</b> of costs covered by your plan	27% out-of-pocket costs
	PREMIER SILVER 0	SILVER 3700	SILVER 2100	
Plan Availability	my Blue Access PPO Premier Extra Savings Silver 0	my Blue Access PPO Extra Savings Silver 3700	my Blue Access PPO Extra Savings Silver 2100	
In-Network Deductible	Individual: \$0 Family: \$0	Individual: \$3,700 Family: \$7,400	Individual: \$2,100 Family: \$4,200	
In-Network, Out-of-Pocket Maximum	Individual: \$3,150 Family: \$6,300	Individual: \$7,550 Family: \$15,100	Individual: \$7,200 Family: \$14,400	
Primary Care Visit	\$0 copay	\$55 copay	\$75 copay	
Specialist Visit	\$0 copay	\$55 copay	\$75 copay	
Outpatient Mental Health and Substance Abuse Visits	\$0 copay	\$55 copay	\$75 copay	
Speech, Physical, and Occupational Therapy and Chiropractic Care <sup>1</sup>	\$0 copay	\$55 copay	\$75 copay	
Diagnostic Test (Lab/X-ray) Member Savings Site/Non-Member Savings Site <sup>2</sup>	\$35/\$60 copay	\$60/\$85 copay	\$70/\$95 copay	
Urgent Care <sup>3</sup>	\$10 copay	\$100 copay	\$100 copay	
Emergency Services	\$500 copay	\$750 after deductible	\$750 after deductible	
Hospital Inpatient (including facility and professional) <sup>4</sup>	\$450 copay	\$1,125 after deductible	\$510 after deductible	
Pharmacy Summary <sup>5</sup>	\$0/\$10/\$50/50%	\$0/\$30/\$150/50%	\$0/\$30/\$150/50%	
Includes Dental and Vision Option <sup>6</sup>	Yes	No	Yes	

<sup>1</sup> Limit of 30 combined physical and occupational therapy visits per benefit period.

<sup>2</sup> If only one cost is shown, member responsibility is the same for both member saving sites and non-member saving sites.

<sup>3</sup> The copayment, if any, does not apply to urgent care services prescribed for the treatment of mental health or substance abuse.

<sup>4</sup> The hospital copay applies to admission. Additional copays may be due for imaging, testing, etc. Please refer to the plan's contract for additional information.

<sup>5</sup> Visit [highmarkacaformulary.com](http://highmarkacaformulary.com) to view our Formulary and see if your drug is covered, and at which tier.

<sup>6</sup> See pages 34-36 for adult dental and vision benefit details.

# Vision and dental benefits



---

# Plans that include adult vision and dental



Highmark is making vision and dental care more accessible. At every metal level, we offer plans with the option to have adult dental and vision included. Pediatric dental and vision benefits are automatically included with every plan.

You can find adult dental and vision benefits on pages 34–36 and pediatric dental and vision benefits on pages 38–42.

## Vision coverage

Getting your eyes checked can help identify issues like diabetes early on when they're easier to treat. Our adult vision covers a free annual eye exam.

## Dental coverage

Seeing a dentist is the best way to take care of your oral health. Our adult dental includes 100% coverage on cleanings,\* X-rays, and sealants.

## It pays to have dental coverage

Service	Average cost with dental coverage	Average cost without dental coverage (usual fee)
Exams, cleanings, and X-rays	\$0-37	Up to \$400 <sup>1</sup>
Composite filling	\$71	\$170 <sup>2</sup>
Simple extraction	\$33	\$163 <sup>3</sup>
Root canal	\$400	\$1,250 <sup>4</sup>

\* Two cleanings per year.

<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), last accessed April 25, 2023  
<https://www.dentaly.org/us/panoramic-dental-xray/>, last accessed April 25, 2023

<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), last accessed April 25, 2023

<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), last accessed April 25, 2023

<sup>4</sup> <https://www.webmd.com/oral-health/guide/dental-root-canals>, last accessed April 25, 2023

# For all plans with adult dental and vision coverage – these are your vision benefits.

## In-network

Vision benefits	Frequency - once every:
Eye examination (including dilation when professionally indicated)	12 months
Spectacle lenses	12 months
Frame	12 months
Contact lenses (in lieu of eyeglass lenses)	12 months

Copayments	
Eye examination	\$0
Spectacle lenses	\$0
Contact lens evaluation, fitting, and follow-up care	If a member chooses collection lenses, no copayment is required. If non-collection lenses are chosen, the member must pay all associated costs.

Eyeglass benefit - spectacle lenses	Average retail value	Member charges
Clear plastic single-vision, lined bifocal, trifocal, or lenticular lenses (any Rx)	\$60-\$120	Included
Oversize lenses	\$20	Included
Tinting of plastic lenses	\$20	\$11
Scratch-resistant coating	\$25-\$40	Included
Scratch protection plan – single vision	\$60-\$120	\$20
Scratch protection plan – multifocal	\$60-\$120	\$40
Polycarbonate lenses <sup>1</sup>	\$60-\$75	\$0 or \$30
Ultraviolet coating	\$25-\$30	\$12
Standard anti-reflective (AR) coating	\$50-\$70	\$35
Blue light filtering	\$25	\$15
Premium AR coating	\$65-\$90	\$48
Ultra AR coating	\$100-\$125	\$60
Standard progressive lenses	\$150-\$195	\$50
Premium progressives (varilux®, etc.)	\$195-\$225	\$90
Ultra progressive lenses	\$225-\$300	\$140
Intermediate-vision lenses	\$150-\$175	\$30
High-index lenses	\$90-\$150	\$55
Polarized lenses	\$95-\$110	\$75
Plastic photosensitive lenses	\$95-\$150	\$65

Eyeglass benefit - frame		Average retail value	
<b>Non-collection frame allowance (retail):</b>		Up to \$130	Up to \$150
<b>Davis Vision Frame Collection<sup>2</sup> (in lieu of allowance):</b>	Fashion level	Up to \$125	Included
	Designer level	Up to \$175	Included
	Premier level	Up to \$225	Included

Contact lens benefit (in lieu of eyeglasses)		
<b>Non-collection contact lenses: materials allowance</b>		Up to \$150
<b>Collection contact lenses<sup>2</sup> (in lieu of allowance): materials</b>	Disposable	Covered in full
	Planned replacement	Covered in full
	Evaluation, fitting, and follow-up care	Included
<b>Medically necessary contact lenses (with prior approval)</b>	Materials, evaluation, fitting, and follow-up care	Included

<sup>1</sup> Polycarbonate lenses are covered in full for dependent children, monocular patients and patients with prescriptions +/- 6.00 diopters or greater.

<sup>2</sup> Collection is available at most participating independent provider offices. Collection is subject to change. Collection is inclusive of select torics and multifocals.

## One-year eyeglass breakage warranty included.

Adult vision benefits utilize the Davis Vision Network. There is no out-of-network coverage. Davis Vision is a separate company that administers Highmark vision benefits.

To find a provider in the Davis Vision Network, visit [highmark.com](https://www.highmark.com), scroll down to **Find a Doc or Rx**, select **Just Browsing**, enter your ZIP code and click **Continue**, then scroll down and click **Vision Care**.

# For all plans with adult dental and vision coverage — these are your dental benefits.

Dental Benefits			
Annual deductible per insured person		\$50 per calendar year	
Annual deductible per insured family		\$150 per calendar year	
Annual maximum per insured person		\$1,250	
Covered services:	Policy pays		Elimination period
	In network	Out of network	
Oral evaluations (exams)	100%	0%	None
Radiographs (all X-rays)	100%	0%	None
Prophylaxis (cleanings)	100%	0%	None
Palliative treatment (emergency)	100%	0%	None
Sealants	100%	0%	None
Space maintainers	100%	0%	None
Repairs of crowns, inlays, onlays, fixed partial dentures, and dentures	80%	0%	6 months
Basic restorative (fillings, etc.)	80%	0%	None
Simple extractions	80%	0%	6 months
Surgical extractions	50%	0%	6 months
Complex oral surgery	50%	0%	6 months
Endodontics (root canals, etc.)	50%	0%	6 months
General anesthesia and/or nitrous oxide and/or IV sedation	80%	0%	6 months
Nonsurgical periodontics	50%	0%	6 months
Periodontal maintenance	50%	0%	None
Surgical periodontics	50%	0%	6 months
Crowns, inlays, onlays	50%	0%	6 months
Prosthetics (fixed partial dentures, dentures)	50%	0%	6 months
Adjustments and repairs of prosthetics	80%	0%	None
Implant services	0%	0%	None
Consultations	100%	0%	None
Orthodontics	0%	0%	None

The percentage in the Policy Pays column is the percentage of the set amount that the Policy will pay for Covered Services provided by a participating dentist. Participating dentists accept the plan allowance as payment in full.

Adult dental benefits utilize the Concordia Advantage Network. Members must use a United Concordia provider. There is no out-of-network coverage for this benefit.

Our dental plan uses the Concordia Advantage network. To find in-network dentists, visit [highmark.com](http://highmark.com), scroll down to **Find a Doc or Rx**, select **Just Browsing**, enter your ZIP code and click **Continue**, then scroll down and click **Dental Care**.

# Notes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# All plans have pediatric vision coverage — these are your vision benefits.

## In-network

Network benefit (Independents and Visionworks) <sup>1</sup>	Frequency - once every:	Members under 19 years of age <sup>2</sup>
Eye examination including dilation (when professionally indicated)*	12 months	\$0 copay
Spectacle lenses <sup>3**</sup>	12 months	\$0 copay
Frame <sup>**</sup>	12 months	\$0 copay
Contact lens evaluation, fitting, and follow-up care (in lieu of eyeglasses)	12 months	\$0 copay
Contact lenses (in lieu of eyeglass) <sup>**</sup>	12 months	\$0 copay

Eyeglass benefit - spectacle lenses	Member charges
Clear plastic single-vision, lined bifocal, trifocal, or lenticular lenses (any size or Rx)	\$0
Digital single vision (intermediate)	\$30
Tinting of plastic lenses (solid/gradient)	\$11
Scratch-resistant coating	\$0
Polycarbonate lenses	\$0
Ultraviolet coating	\$12
Blue-light filtering	\$15
Anti-reflective (AR) coating (standard/premium/ultra/ultimate)	\$35/\$48/\$60/\$85
Progressive lenses <sup>4</sup> (standard/premium/ultra/ultimate)	\$50/\$90/\$140/\$175
High-index lenses (thinner and lighter)	\$55/\$120
Polarized lenses	\$75
Plastic photochromatic lenses	\$65
Scratch protection plan: single vision/multifocal lenses	\$20/\$40
Intermediate-vision lenses	\$30
Plastic photosensitive lenses	\$65

<b>Eyeglass benefit - frame<sup>5</sup></b>	<b>Member charges</b>
<b>Davis Vision exclusive collection (in lieu of allowance)</b>	
<b>Fashion/Designer/Premier - member charge (if applicable)</b>	\$0/\$0/\$0
<b>Non-collection frame allowance (retail)</b>	Up to \$150, plus a 20% discount on any overage

<b>Contact lens benefit (in lieu of eyeglasses)</b>	
<b>Contact lenses: Materials allowance</b>	Up to \$150, plus a 15% discount on any overage
<b>Evaluation, fitting, and follow-up care - standard and specialty lens types</b>	Not covered
<b>Evaluation, fitting, and follow-up care - standard lens types</b>	Not covered
<b>Exclusive collection contact lenses<sup>6</sup> (in lieu of allowance)</b>	
<b>Materials: disposable or planned replacement</b>	Up to 4 or 2 boxes
<b>Evaluation, fitting, and follow-up care</b>	\$0
<b>Visually required contact lenses (with prior approval) - materials, evaluation, fitting, and follow-up care</b>	\$0 with prior approval

<sup>1</sup> Vision benefits utilize the Davis Vision Network. There is no out-of-network coverage. Davis Vision is a separate company that administers Highmark vision benefits. Visionworks, also a separate company, is a provider within the Davis Vision Network.

<sup>2</sup> Dependents will be terminated from vision coverage at the end of the month in which they turn 19.

<sup>3</sup> Includes glass, plastic, or oversized lenses.

<sup>4</sup> Progressive multifocals can be worn by most people. Conventional bifocals will be supplied at no additional charge for anyone who is unable to adapt to progressive lenses. However, the member's payment toward the progressive upgrade will not be refunded.

<sup>5</sup> Collection frames will be covered at 100%. If a non-collection frame is selected, a \$150 allowance will be applied. For any amount over \$150 on a non-collection frame, the member will be responsible for 20% of the cost of the overage.

<sup>6</sup> Disposable contact lens wearers will receive four multipacks of lenses. Planned replacement lens wearers will receive two multipacks of lenses.

\* Subject to deductible on Major Events/Catastrophic plans.

\*\* Subject to deductible on high-deductible plans (that include an HSA) and Major Events/Catastrophic plans.

# All plans have pediatric dental coverage — these are your dental benefits.

These plans will pay benefits for Covered Services shown below subject to exclusions and other Policy terms.

Payment is based on the plan allowance for the specific Covered Service.

There is no waiting period on covered services.

Dental benefits	All plans except high-deductible health plans that include an HSA and Major Events/ Catastrophic health plans	High-deductible health plans that include an HSA	Major Events/ Catastrophic health plans
Contract year deductible per member	\$0	Expenditures for medical, dental, and vision care all contribute to the member's deductible.	Expenditures for medical, dental, and vision care all contribute to the member's deductible.
Annual maximum per member	Unlimited	Unlimited	Unlimited
Out-of-pocket year maximum per member	Expenditures for medical, dental, and vision care all contribute to the member's out-of-pocket maximum.	Expenditures for medical, dental, and vision care all contribute to the member's out-of-pocket maximum.	Expenditures for medical, dental, and vision care all contribute to the member's out-of-pocket maximum.
Network	Advantage	Advantage	Advantage
Covered services	Policy pays at participating dentists		
Oral evaluations (exams)	100%	100%	Coinsurance matches medical coinsurance (after deductible)
Radiographs (all X-rays)	100%	100%	
Prophylaxis (cleanings)	100%	100%	
Fluoride treatments	100%	100%	
Sealants	100%	100%	
Space maintainers	100%	100%	
Crowns, crown repair, inlays, and onlays	50%	Coinsurance matches medical coinsurance (after deductible)	
Basic restorative (anterior composite, anterior amalgam, and posterior amalgam)	50%	Coinsurance matches medical coinsurance (after deductible)	
Simple extractions	50%	Coinsurance matches medical coinsurance (after deductible)	
Surgical extractions	50%	Coinsurance matches medical coinsurance (after deductible)	
Oral surgery	50%	Coinsurance matches medical coinsurance (after deductible)	
Apicoectomy/ periradicular surgery	50%	Coinsurance matches medical coinsurance (after deductible)	



Dental benefits	All plans except high-deductible health plans that include an HSA and Major Events/ Catastrophic health plans	High-deductible health plans that include an HSA	Major Events/ Catastrophic health plans
Network	Advantage	Advantage	Advantage
Consultations	100%	Coinsurance matches medical coinsurance (after deductible)	
General anesthesia, nitrous oxide and/or IV sedation	50%	Coinsurance matches medical coinsurance (after deductible)	
Palliative treatment (emergency)	100%	Coinsurance matches medical coinsurance (after deductible)	
Endodontics (root canals, etc.)	50%	Coinsurance matches medical coinsurance (after deductible)	
Surgical periodontics	50%	Coinsurance matches medical coinsurance (after deductible)	
Non-surgical periodontics	50%	Coinsurance matches medical coinsurance (after deductible)	
Periodontal maintenance	50%	Coinsurance matches medical coinsurance (after deductible)	
Prosthodontics (fixed partial dentures)	50%	Coinsurance matches medical coinsurance (after deductible)	
Prosthetics (complete dentures, adjustments, and repairs)	50%	Coinsurance matches medical coinsurance (after deductible)	
Implant services	50%	Coinsurance matches medical coinsurance (after deductible)	
Maxillofacial prosthetics	Not covered		
Medically necessary orthodontics	50%	Coinsurance matches medical coinsurance (after deductible)	
Cosmetic orthodontic services	Not covered		

These plans meet the minimum essential health benefit requirements for pediatric oral health as required under the federal Affordable Care Act. These benefits are only available for children through the end of the benefit period that they turn 19 years old.

Participating dentists accept contracted plan allowance as payment in full for services. **There is no coverage for services provided by out-of-network providers.**

Our dental plan uses the Concordia Advantage network. To find in-network dentists, visit [highmark.com](http://highmark.com), scroll down to **Find a Doc or Rx**, select **Just Browsing**, enter your ZIP code and click **Continue**, then scroll down and click **Dental Care**.

# Pediatric dental benefits (continued)

## Medically necessary orthodontics coverage

In this section, “Medically Necessary” or “Medical Necessity” shall mean health care services that a physician or Dentist, exercising prudent clinical judgment, would provide to a patient for the purpose of evaluating, diagnosing or treating an illness, injury, disease or its symptoms, and that are:

1. In accordance with the generally accepted standards of medical/dental practice;
2. Clinically appropriate, in terms of type, frequency, extent, site and duration, and considered effective for the patient’s illness, injury or disease; and
3. Not primarily for the convenience of the patient or physician/Dentist, and not more costly than an alternative service or sequence of services at least as likely to produce equivalent therapeutic or diagnostic results as to the diagnosis or treatment of that patient’s illness, injury or disease.

As used subpart 1, above, “generally accepted standards of medical/dental practice” means:

- Standards that are based on credible scientific evidence published in peer-reviewed, medical/dental literature generally recognized by the relevant professional community;
- Recognized Medical/Dental and Specialty Society recommendations;
- The views of physicians/Dentists practicing in the relevant clinical area; and
- Any other relevant factors.

A Medically Necessary orthodontic service is an orthodontic procedure that occurs as part of an approved orthodontic plan that is intended to treat severe functional difficulties, developmental anomalies of facial bones and/or oral structures, facial trauma resulting in functional difficulties or documentation of a psychological/psychiatric diagnosis from a mental health provider that orthodontic treatment will improve the mental/psychological condition of the child.

## Coverage of medically necessary orthodontics

1. Orthodontic treatment must be Medically Necessary and be the only method capable of:
  - a) Preventing irreversible damage to the insured person’s teeth or their supporting structures and,
  - b) Restoring the insured person’s oral structure to health and function.
2. The insured person must have a fully erupted set of permanent teeth to be eligible for comprehensive, Medically Necessary orthodontic services for handicapping malocclusions of the adult dentition.
3. Other orthodontic Covered Services include: pre-orthodontic treatment visit for completion of HLD (NJ-Mod2) form, diagnostic photographs and panoramic radiographs; limited treatment for the primary, transitional and adult dentition; interceptive treatment for the primary transitional dentition; minor treatment to control harmful habits; continuation of transfer cases or cases started prior to the insured person’s Effective Date; orthognathic surgical cases with comprehensive orthodontic treatment; placement and removal of orthodontic appliances; repairs to orthodontic appliances; replacement of lost or broken retainer; rebonding or recementing of brackets and/or bands; and removal of appliances by a provider that did not start the case when requested by report.
4. All Medically Necessary orthodontic services require prior approval and a written plan of care.

---

# Health care lingo, translated.

When you're choosing plans, you're bound to see certain terms over and over. Here's a cheat sheet for a few of the most important ones.

## **BLUECARD**

A program that connects independent Blue Plans across the country. It gives Blue Plan members access to in-network coverage while outside their plan area. The level of coverage depends on your chosen plan.

## **COINSURANCE**

The percentage of total cost of care you may owe for certain covered services after reaching your deductible. For example, if your plan pays 80%, you pay 20%.

## **COPAY**

The set amount you pay for certain covered services. For example, it could be \$20 for a doctor visit or \$30 for a specialist visit. If you owe a copay, you must pay it when you check in for your visit.

## **DEDUCTIBLE**

The set amount you pay for covered health services or drug costs before your plan starts paying.

## **EMERGENCY SERVICES**

Care for a condition that you think needs immediate attention to avoid severe harm.

## **FORMULARY**

A list of drugs selected by the plan based on certain clinical factors. The list of medicines is sorted by tier. Lower tiers usually mean lower copays.

## **HABILITATIVE SERVICES**

Health care services that help you keep, acquire, or improve skills and functioning for daily living following disease, illness, or injury.

## **HEALTH SAVINGS ACCOUNT (HSA)**

An account to set aside pre-tax money to pay for qualified medical expenses. You can only have an HSA if you have a qualified high-deductible health plan.

## **HIGH-DEDUCTIBLE HEALTH PLAN (HDHP)**

A plan that usually comes with a lower premium because you pay more for health care services upfront before the insurance company starts to pay. These plans are often combined with a health savings account.

## **IN-NETWORK PROVIDER**

A doctor or hospital that has an agreement with the plan and will accept plan allowance plus member copay or coinsurance as payment in full.

## **OUT-OF-NETWORK PROVIDER**

A doctor or hospital that does not have an agreement with the plan and does not have to accept plan allowance as payment in full.

## **OUT-OF-POCKET MAXIMUM**

The most you'd pay for covered care in a benefit period or year. If you reach this amount, your plan pays 100% after that.

## **PLAN ALLOWANCE**

The set amount an in-network provider has agreed to accept for a covered health care service. Member responsibility for the service can be found in the Outline of Coverage. The plan pays the difference between the plan allowance and the member responsibility. If an out-of-network provider bills for more than the plan allowance, you may have to pay the difference. If your plan does not include out-of-network coverage and you receive care, other than emergency or urgent care, you may be responsible for the entire cost.

## **PREMIUM**

The monthly amount paid for coverage.

## **PREVENTIVE CARE SERVICES**

Routine care like screenings and checkups that help keep you healthy. Refer to the Highmark Preventive Schedule for the list of preventive care services.

## **PRIMARY CARE PROVIDER (PCP)**

The medical professional you see for most of your basic care, like yearly preventive visits and screenings.

## **QUALIFIED HEALTH PLAN (QHP)**

A plan that has been certified by the Health Insurance Marketplace and meets all ACA requirements. That includes providing the 10 Essential Health Benefits and staying inside the limits for deductibles, copays, and out-of-pocket maximums.

## **REHABILITATIVE SERVICES**

Care that helps you keep, get back, or improve skills and functioning after you were sick, hurt, or disabled.

## **RETAIL CLINIC**

Walk-in centers for less complex health needs, generally open in the evenings and on weekends.

## **URGENT CARE CENTER**

A walk-in center for when you have a condition that's serious enough to need care right away, but not serious enough for a trip to the emergency room.

## **VIRTUAL VISIT**

A real-time office visit with a doctor at a remote location, conducted via a personal smartphone, tablet, or computer.

---

# In-network facilities

Facilities
<b>Adams County</b>
WellSpan Gettysburg Hospital
<b>Allegheny County</b>
AHN Allegheny General Hospital
AHN Allegheny Valley Hospital
AHN Brentwood Neighborhood Hospital
AHN Forbes Hospital
AHN Harmar Neighborhood Hospital
AHN Jefferson Hospital
AHN McCandless Neighborhood Hospital
AHN West Penn Hospital
AHN Wexford Hospital
Heritage Valley Kennedy
Heritage Valley Sewickley
St. Clair Hospital
UPMC Children's Hospital of Pittsburgh
UPMC East
UPMC Magee-Womens Hospital
UPMC McKeesport
UPMC Mercy
UPMC Passavant - McCandless
UPMC Presbyterian
UPMC Shadyside
UPMC St. Margaret
UPMC Western Psychiatric Hospital
<b>Armstrong County</b>
Armstrong County Memorial Hospital

Facilities
<b>Beaver County</b>
Heritage Valley Beaver
<b>Bedford County</b>
UPMC Bedford
<b>Berks County</b>
Penn State Health St. Joseph Medical Center
Surgical Institute of Reading
<b>Blair County</b>
Conemaugh Nason Medical Center
Penn Highlands Tyrone
UPMC Altoona
<b>Bradford County</b>
Guthrie Robert Packer Hospital
Guthrie Robert Packer Hospital - Towanda Campus
Guthrie Troy Community Hospital
<b>Bucks County*</b>
Doylestown Hospital
Grand View Hospital
Jefferson Health - Bucks Hospital
Prime Healthcare - Lower Bucks Hospital
St. Luke's Hospital - Upper Bucks Campus
<b>Butler County</b>
BHS Butler Memorial Hospital
UPMC Passavant - Cranberry

\* We are always working to grow our network. Please visit the Provider Directory at [highmark.com](https://www.highmark.com) to confirm in-network status for facilities not listed here for 2024.

Take a look at our provider directory to check if there are additional hospitals in your network. You can find the provider directory at [highmark.com](https://www.highmark.com). Select **Individual and Family Plans** and click on **Find a doctor**. Scroll down to **Find a doctor or hospital**, then select **GET STARTED**.

---

## In-network facilities (continued)

Facilities
<b>Cambria County</b>
Conemaugh Memorial Medical Center
Conemaugh Memorial Medical Center - Lee Campus
Conemaugh Miners Medical Center
<b>Carbon County</b>
Lehigh Valley Hospital - Carbon
St. Luke's Hospital - Carbon Campus
St. Luke's Hospital - Lehighon Campus
<b>Centre County</b>
Mount Nittany Medical Center
<b>Chester County*</b>
Main Line Health - Bryn Mawr Rehab Hospital
Main Line Health - Paoli Hospital
Penn Medicine - Chester County Hospital
<b>Clarion County</b>
BHS Clarion Hospital
<b>Clearfield County</b>
Penn Highlands Clearfield
Penn Highlands DuBois
<b>Clinton County</b>
Bucktail Medical Center
<b>Columbia County</b>
Geisinger Bloomsburg Hospital
<b>Crawford County</b>
Meadville Medical Center
Titusville Area Hospital

Facilities
<b>Cumberland County</b>
Penn State Health Hampden Medical Center
Penn State Health Holy Spirit Medical Center
UPMC Carlisle
UPMC Pinnacle Hospital
<b>Dauphin County</b>
Penn State Health Children’s Hospital
Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center
UPMC Community Osteopathic
UPMC Harrisburg
<b>Delaware County*</b>
Crozer Health - Chester Medical Center
Crozer Health - Delaware County Memorial Hospital
Crozer Health - Springfield Hospital
Crozer Health - Taylor Hospital
Main Line Health - Riddle Hospital
<b>Elk County</b>
Penn Highlands Elk
<b>Erie County</b>
AHN Saint Vincent Hospital
LECOM Health - Corry Memorial Hospital
LECOM Health - Millcreek Community Hospital
UPMC Hamot
<b>Fayette County</b>
Penn Highlands Connellsville
WVU Medicine - Uniontown Hospital

\* We are always working to grow our network. Please visit the Provider Directory at [highmark.com](https://www.highmark.com) to confirm in-network status for facilities not listed here for 2024.

Take a look at our provider directory to check if there are additional hospitals in your network. You can find the provider directory at [highmark.com](https://www.highmark.com). Select **Individual and Family Plans** and click on **Find a doctor**. Scroll down to **Find a doctor or hospital**, then select **GET STARTED**.

---

## In-network facilities (continued)

<b>Facilities</b>
<b>Franklin County</b>
WellSpan Chambersburg Hospital
WellSpan Waynesboro Hospital
<b>Fulton County</b>
Fulton County Medical Center
<b>Greene County</b>
Washington Health System Greene
<b>Huntingdon County</b>
Penn Highlands Huntingdon
<b>Indiana County</b>
Indiana Regional Medical Center
<b>Jefferson County</b>
Penn Highlands Brookville
Punxsutawney Area Hospital
<b>Lackawanna County</b>
CHS Moses Taylor Hospital - a Campus of Regional Hospital of Scranton
CHS Regional Hospital of Scranton
Geisinger Community Medical Center
Lehigh Valley Hospital - Dickson City
<b>Lancaster County</b>
Lancaster General Hospital
Lancaster General Hospital Women & Babies
Penn State Health Lancaster Medical Center
UPMC Lititz
WellSpan Ephrata Community Hospital
<b>Lawrence County</b>
UPMC Jameson
<b>Lebanon County</b>
WellSpan Good Samaritan Hospital



Facilities
<b>Lehigh County</b>
Lehigh Valley Hospital - 17th Street
Lehigh Valley Hospital - Cedar Crest
Lehigh Valley Hospital - 1503 N. Cedar Crest
Lehigh Valley Reilly Children's Hospital
St. Luke's Hospital - Sacred Heart Campus
<b>Luzerne County</b>
CHS Wilkes-Barre General Hospital
Geisinger Wyoming Valley Medical Center
Lehigh Valley Hospital - Hazleton
<b>Lycoming County</b>
Geisinger Jersey Shore Hospital
Geisinger Medical Center Muncy
UPMC Muncy
UPMC Williamsport
UPMC Williamsport Divine Providence Campus
<b>McKean County</b>
Bradford Regional Medical Center
UPMC Kane
<b>Mercer County</b>
AHN Grove City
Edgewood Surgical Hospital
Sharon Regional Medical Center
UPMC Horizon - Greenville
UPMC Horizon - Shenango Valley

\* We are always working to grow our network. Please visit the Provider Directory at [highmark.com](https://www.highmark.com) to confirm in-network status for facilities not listed here for 2024.

Take a look at our provider directory to check if there are additional hospitals in your network. You can find the provider directory at [highmark.com](https://www.highmark.com). Select **Individual and Family Plans** and click on **Find a doctor**. Scroll down to **Find a doctor or hospital**, then select **GET STARTED**.

---

## In-network facilities (continued)

Facilities
<b>Mifflin County</b>
Geisinger Lewistown Hospital
<b>Monroe County</b>
Lehigh Valley Hospital - Pocono
St. Luke's Hospital - Monroe Campus
<b>Montgomery County*</b>
Einstein Medical Center Elkins Park
Einstein Medical Center Montgomery
Holy Redeemer Hospital
Jefferson Health - Abington Hospital
Jefferson Health - Abington-Lansdale Hospital
Main Line Health - Bryn Mawr Hospital
Main Line Health - Lankenau Medical Center
Prime Healthcare - Suburban Community Hospital
<b>Montour County</b>
Geisinger Janet Weis Children's Hospital
Geisinger Medical Center
<b>Northampton County</b>
Lehigh Valley Hospital - Highland Avenue
Lehigh Valley Hospital - Hecktown Oaks
Lehigh Valley Hospital - Muhlenberg
St. Luke's Hospital - Anderson Campus
St. Luke's Hospital - Easton Campus
St. Luke's University Hospital - Bethlehem
<b>Northumberland County</b>
Geisinger Shamokin Area Community Hospital

Facilities
<b>Philadelphia County*</b>
Jefferson Health - Frankford Hospital
Jefferson Health - Methodist Hospital
Jefferson Health - Thomas Jefferson University Hospital
Jefferson Health - Torresdale Hospital
Penn Medicine - Hospital of the University of Pennsylvania
Penn Medicine - Penn Presbyterian Medical Center
Penn Medicine - Pennsylvania Hospital
Prime Healthcare - Roxborough Memorial Hospital
Temple Health - Fox Chase Cancer Center
Temple Health - Temple University Hospital
<b>Potter County</b>
UPMC Cole
<b>Schuylkill County</b>
Geisinger St. Luke's Hospital
Lehigh Valley Hospital - Schuylkill E. Norwegian Street
Lehigh Valley Hospital - Schuylkill S. Jackson Street
St. Luke's Hospital - Miners Campus
<b>Somerset County</b>
Chan Soon-Shiong Medical Center at Windber
Conemaugh Meyersdale Medical Center
UPMC Somerset
<b>Susquehanna County</b>
Barnes-Kasson Hospital
Endless Mountains Health Systems

\* We are always working to grow our network. Please visit the Provider Directory at [highmark.com](https://www.highmark.com) to confirm in-network status for facilities not listed here for 2024.

Take a look at our provider directory to check if there are additional hospitals in your network. You can find the provider directory at [highmark.com](https://www.highmark.com). Select **Individual and Family Plans** and click on **Find a doctor**. Scroll down to **Find a doctor or hospital**, then select **GET STARTED**.

---

## In-network facilities (continued)

<b>Facilities</b>
<b>Tioga County</b>
UPMC Wellsboro
<b>Union County</b>
Evangelical Community Hospital
<b>Venango County</b>
UPMC Northwest
<b>Warren County</b>
Warren General Hospital
<b>Washington County</b>
Advanced Surgical Hospital
AHN Canonsburg Hospital
Penn Highlands Mon Valley
Washington Hospital
<b>Wayne County</b>
Wayne Memorial Hospital
<b>Westmoreland County</b>
AHN Hempfield Neighborhood Hospital
Excelsa Health Frick Hospital
Excelsa Health Latrobe Hospital
Excelsa Health Westmoreland Hospital
<b>York County</b>
OSS Orthopaedic Hospital
UPMC Hanover
UPMC Memorial
WellSpan Surgery and Rehabilitation Hospital
WellSpan York Hospital

Facilities
<b>Additional in-network facilities</b>
Meritus Medical Center
The Johns Hopkins Hospital
University of Maryland Medical Center
UPMC Western Maryland
WVU Medicine - Garrett Regional Medical Center
AHN Westfield Memorial Hospital
Guthrie Corning Hospital
Olean General Hospital
UR Medicine - Jones Memorial Hospital
UR Medicine - Strong Memorial Hospital
Cleveland Clinic
WVU Medicine - Children's Hospital
WVU Medicine - J.W. Ruby Memorial Hospital

\* We are always working to grow our network. Please visit the Provider Directory at [highmark.com](https://www.highmark.com) to confirm in-network status for facilities not listed here for 2024.

Take a look at our provider directory to check if there are additional hospitals in your network. You can find the provider directory at [highmark.com](https://www.highmark.com). Select **Individual and Family Plans** and click on **Find a doctor**. Scroll down to **Find a doctor or hospital**, then select **GET STARTED**.

---

# There's a whole lot of legalese around these plans. We put it all in one place for you.

---

## Important Benefit Details

**Non-Embedded Family Deductible:** For an agreement covering more than one (1) family member, the family deductible must be satisfied before the plan will begin to pay benefits for covered services for any covered family member. When the family deductible has been satisfied, the family deductible will be considered to have been satisfied for all family members, the plan will begin to pay benefits for covered services for all covered family members for the remainder of the benefit period (January 1, 2024– December 31, 2024). The family deductible can be met by one family member or a combination of members.

**Aggregate/Embedded Family Deductible Plans:** For an Agreement covering more than one (1) family member, as each Member satisfies their individual Deductible, the Plan will begin to pay benefits for Covered Services for that Member for the remainder of the Benefit Period (January 1, 2024– December 31, 2024), whether or not the entire family Deductible has been satisfied. When the family Deductible has been satisfied, the family Deductible will be considered to have been satisfied for all remaining covered family members. Not every individual member must meet the individual deductible for the family deductible to be met and no individual member may satisfy the entire family Deductible.

You are responsible for out-of-pocket costs each benefit period (January 1, 2024– December 31, 2024) up to the maximum amount shown. Thereafter, the plan pays 100% of the Plan Allowance. During the remainder of the benefit period. This amount does not include amounts in excess of the plan allowance.

Diagnostic Lab services include Laboratory and Pathology. Diagnostic Lab services require one copay (or, for some plans, coinsurance after deductible) per date of service and type of service.

Basic Diagnostic Services include Diagnostic X-ray, diagnostic medical and allergy testing. Basic diagnostic services require one copay (or, for some plans, coinsurance after deductible) per date of service and type of service. The copayment, if any, does not apply to diagnostic services prescribed for the treatment of Mental Health or Substance Abuse.

Advanced Imaging services include, but are not limited to, CAT scan, CTA, MRI, MRA, PET scan, and PET/CT Scan. Advanced Imaging services require one copay (or, for some plans, coinsurance after deductible) per date of service and type of service. The copayment, if any, does not apply to diagnostic services prescribed for the treatment of Mental Health or Substance Abuse.

Essential Formulary prescription drug cost covers a 90-day (Mail Order) or 31-day (Retail) supply. All plans have a four-tier closed formulary prescription drug structure.

Qualified High Deductible Health Plans may be coupled with a Health Savings Account (HSA). However, certain cost-sharing reductions (CSR) or plan variations of this plan that are offered through the Health Insurance Marketplace are not intended to be used with an HSA. If you have questions, please check with your financial advisor.

If you purchase coverage through an agent or broker, that individual may receive a commission. Bonus or incentive compensation may also apply. For more details visit [highmark.com](https://highmark.com) and enter your ZIP code. Select Plans followed by Shop Individual and Family Plans. Scroll to the bottom of the page and look for Highmark Individual Market Broker Compensation.

Please note that information regarding the Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 (a.k.a. "PPACA", "Affordable Care Act", "ACA", and/or "Health Care Reform"), as amended, and/or any other law, does not constitute legal or tax advice and is subject to change based upon the issuance of new guidance and/or change in laws. This information is intended to provide general information only and does not attempt to give you advice that relates to your specific circumstances. The information regarding any health plan will be subject to the terms of the applicable health plan benefit agreement. Any review of materials, request for information, or application does not obligate you to enroll for coverage. Please request the Outline of Coverage for details on benefits, conditions, and exclusions. Providing your information is voluntary.

To find more information about Highmark's benefits and operating procedures, such as accessing the drug formulary or using network providers, visit our website. Go to [highmark.com](https://highmark.com) and enter your ZIP code. Select Plans followed by Shop Individual and Family Plans. Scroll to the blue bar at bottom of the page. Look for Be Informed and select Quality Assurance. For a paper copy, call 1-855-873-4108 (TTY/TDD 711).

## Highmark Disclosures

Blue Distinction Centers (BDC) met overall quality measures for patient safety and outcomes, developed with input from the medical community. A Local Blue Plan may require additional criteria for providers located in its own service area; for details, contact your Local Blue Plan. Blue Distinction Centers+ (BDC+) also met cost measures that address consumers' need for affordable healthcare. Each provider's cost of care is evaluated using data from its Local Blue Plan. Providers in CA, ID, NY, PA, and WA may lie in two Local Blue Plans' areas, resulting in two evaluations for cost of care; and their own Local Blue Plans decide whether one or both cost of care evaluation(s) must meet BDC+ national criteria. Blue Distinction Total Care ("Total Care") providers have met national criteria based on provider commitment to deliver value-based care to a population of Blue members. Total Care+ providers also met a goal of delivering quality care at a lower total cost relative to other providers in their area. Program details and national criteria for BDC and BDC+ are displayed on [www.bcbs.com](https://www.bcbs.com). Individual outcomes may vary. For details on a provider's in-network status or your own policy's coverage, contact your Local Blue Plan and ask your provider before making an appointment. Neither Blue Cross Blue Shield Association nor any Blue Plans are responsible for noncovered charges or other losses or damages resulting from Blue Distinction or other provider finder information or care received from Blue Distinction or other providers.

BlueCard coverage is available for emergency or urgent care for all plans when you are away from home. Routine care is also covered for some plans. Consult your plan documents for additional information.

Blues On Call is a service mark of the Blue Cross Blue Shield Association.

Highmark Blue Shield is a Qualified Health Plan insurer in the Pennsylvania Insurance Exchange.

Blue Distinction is a registered mark of the Blue Cross Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross Blue Shield Plans.

BlueCard is a registered mark of the Blue Cross Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross Blue Shield Plans.

Blue365 is a registered mark of the Blue Cross Blue Shield Association.

You should confirm the network status of a provider prior to receiving services. You can call My Care Navigator at 1-888-Blue-428 to confirm if a doctor or facility will be in network in 2024.

My Care Navigator is a service mark of Highmark Inc.

TruHearing is a separate company that provides hearing aid devices and services that TruHearing is providing to Highmark or Highmark members.

All references to "Highmark" in this communication are references to Highmark Inc., an independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association, and/or to one or more of its affiliated Blue companies.

Benefits or benefit administration will be provided by Highmark Blue Shield or Highmark Benefits Group, which are independent licensees of the Blue Cross Blue Shield Association.

**Your plan may not cover all your health care expenses. Read your plan materials carefully to determine which health care services are covered. For more information, call the number on the back of your member ID card or, if not a member, call 866-459-4418.**

#### Discrimination is Against the Law

The Claims Administrator/Insurer complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex stereotypes and gender identity. The Claims Administrator/Insurer does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex assigned at birth, gender identity or recorded gender. Furthermore, the Claims Administrator/Insurer will not deny or limit coverage to any health service based on the fact that an individual's sex assigned at birth, gender identity, or recorded gender is different from the one to which such health service is ordinarily available. The Claims Administrator/Insurer will not deny or limit coverage for a specific health service related to gender transition if such denial or limitation results in discriminating against a transgender individual. The Claims Administrator/Insurer:

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

If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator.

If you believe that the Claims Administrator/Insurer has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex stereotypes and gender identity, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 22492, Pittsburgh, PA 15222, Phone: 1-866-286-8295, TTY: 711, Fax: 412-544-2475, email: CivilRightsCoordinator@highmarkhealth.org. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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

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

#### Pennsylvania, Delaware, West Virginia, and New 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 אוואוינט.

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 مجانًا. اتصل بالرقم المقدم للولاية التي تقم 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 دیں: 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.

# Ready to (en)roll?

## Cool. Here's how to do it:

- By phone: 1-855-400-9159
- Online: [Highmark.com](https://www.highmark.com)
- By contacting your agent or broker



Because Life.™





**No hay motivos por los que su salud no pueda ser una prioridad.**

**Ofertas de planes individuales y familiares**

Para el período de beneficios:  
1 de enero al 31 de diciembre de 2024

**HIGHMARK** 

Because Life.™



# Salude a un excelente plan médico.

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

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

---

<b>¿Por qué elegir Highmark? .....</b>	<b>4-13</b>
<b>Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio .....</b>	<b>14-19</b>
Lista de verificación para la inscripción .....	15
Fechas de inscripción .....	16
Niveles de metal .....	17
Maneras de ahorrar .....	18
Ayuda económica .....	19
<b>Diseños de productos y planes. ....</b>	<b>20-25</b>
<b>Información del plan .....</b>	<b>26-31</b>
<b>Vista y odontología .....</b>	<b>32-42</b>
<b>Definiciones útiles de términos de seguro médico .....</b>	<b>43</b>
<b>Centros dentro de la red .....</b>	<b>44-53</b>
<b>Información legal .....</b>	<b>54-55</b>

---

# ¿Por qué elegir un plan médico de Highmark?

Estos son algunos beneficios destacados que nos surgen al instante.

Highmark, con sede en Pittsburgh, PA, es una organización de salud integrada que trabaja con fervor para cumplir nuestra misión de crear una experiencia de salud médica excepcional, permitiendo a las personas alcanzar su máximo potencial.



# 1

## Atención de expertos, cerca de casa.

Highmark invierte mucho en un enfoque de atención que prioriza al paciente, con fácil acceso a servicios de atención médica de alta calidad y menor costo en su área.



# 2

## Cobertura que viaja con usted.

Todos nuestros planes vienen con acceso a **BlueCard®**. Lo conecta a las redes de médicos y hospitales más grandes de los EE. UU., con más de 1.8 millones de proveedores, incluyendo el 97% de todos los hospitales.\*

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

- Cleveland Clinic
- Duke University Medical Center
- Inova Health System Hospitals
- Johns Hopkins Hospital
- Marietta Memorial Hospitals
- MD Anderson Cancer Center
- Memorial Sloan Kettering Cancer Center
- NewYork-Presbyterian
- TidalHealth
- University of Maryland Medical Center
- Winchester Medical Center

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



# 3

## Sin burocracia.

**Consulte con los médicos dentro de la red que quiera — no se necesita remisión.** Llame al 1-888-BLUE-428 y encontraremos un especialista para usted. Es así de simple.

\* Según Blue Cross Blue Shield Association.

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





# 4

## Toda su atención médica en un solo plan.

Los ojos y los dientes sanos son partes importantes de la salud general, y los chequeos regulares pueden ayudarlo a prevenir potenciales problemas en el futuro. Es especialmente importante para los niños, por lo que todos nuestros planes incluyen beneficios pediátricos para la salud dental y visual.

**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 médicos que constantemente dan tratamientos seguros y efectivos llegan a la lista **Blue Distinction**<sup>®</sup>. Cuando use nuestra herramienta Find a Doctor, el logotipo de Blue Distinction aparecerá junto a sus nombres para ayudarlo. Usted elige un especialista de alto rendimiento para cualquier atención que necesite.



# 6

## Atención de salud mental que es exactamente la opción adecuada.

Nuestra solución de Bienestar Mental da un acceso ampliado y más rápido a la atención de salud mental. Un plan de atención personalizado lo guiará hacia los recursos adecuados según sus necesidades.

---

**Y eso es solo para empezar.**

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

---

**Le facilitamos  
obtener la atención  
que quiere.**





#### ATENCIÓN MÉDICA VIRTUAL

## Cara a cara con un médico, 24/7.

Obtenga un diagnóstico, plan de tratamiento o receta en cualquier momento, directamente desde su teléfono o computadora. Lo mejor de todo es que los servicios de salud virtual prestados por Well360 Virtual Health también están disponibles con 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 en horas no laborables? Simplemente llame al 1-888-BLUE-428 para obtener apoyo de una enfermera registrada o de un asesor de salud en cualquier momento y deje de preocuparse.



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

## Todo su plan al alcance de la mano.

Ya no hay que buscar archivos viejos ni esperar el correo. Su tarjeta de identificación digital, herramienta Find a Doctor, progreso del deducible y estado de reclamos están todos disponibles en la aplicación My Highmark o en [myhighmark.com](https://myhighmark.com). También puede entrar a **MyChart** desde la aplicación o el sitio web.



#### ATENCIÓN FÍSICA VIRTUAL

## Atención física desde la comodidad de casa.

Este programa de cuidado físico digital personalizado ayuda con el dolor de espalda, articulaciones o músculos desde la comodidad de su casa.





MY CARE NAVIGATOR<sup>SM</sup>

## Sus citas, programadas para usted.

Simplemente llame al **1-888-BLUE-428**. Lo ayudaremos a encontrar el médico de la red que necesita y a reservar espacio en su calendario. Eso significa menos tiempo en espera en el teléfono para usted.



CUENTA DE AHORRO PARA GASTOS MÉDICOS

## Ayudándolo a ahorrar ahora y en el futuro.

Las cuentas de ahorro para gastos médicos le permiten reservar dinero para cosas como gastos médicos, servicios dentales y de la vista y recetas. Están disponibles en planes calificados con deducibles altos que tengan “HSA” en el nombre del plan.

---

**¿Necesita ayuda  
con sus objetivos  
médicos?**

**Lo tenemos cubierto.**



#### FITNESS

## Ir al gimnasio nunca había sido tan fácil.

Todos nuestros planes incluyen un extra de fitness con tarifas reducidas y acceso a más de 10,000 gimnasios en todo el país.\* También obtendrá descuentos en acupuntura y atención quiropráctica, orientación nutricional, entrenamiento personal y más.



#### BIENESTAR

## Apoyo personalizado para sus metas de salud.

¿Quiere bajar de peso? ¿Quiere dejar de fumar? ¿Quiere ser más activo? Obtenga orientación basada en su estilo de vida, herramientas de bienestar y acceso a asesores de bienestar experimentados para tomar decisiones saludables y mantenerlo motivado. Una vez que esté inscrito, 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 autos y hasta en ropa y calzado. Vea las ofertas exclusivas para miembros en [blue365deals.com](https://blue365deals.com).

**Dediquemos un  
minuto a cubrir los  
conceptos básicos  
de los planes ACA.**

---

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

Necesitará esta información para cada persona que estará cubierta por su plan.

- Fecha de nacimiento**
- Número de Seguro Social**  
(o documentos de inmigrante legal)
- Documentación de ingresos para todos los miembros del grupo familiar, incluso si no estarán cubiertos por el plan**  
(recibos de pago, formularios W-2 o declaraciones de salarios e impuestos)
- Números de 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. Pasemos a lo esencial.

---

# Fechas de inscripción

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

---

## 1 Período de inscripción abierta

### 1 de noviembre de 2023 – 15 de enero de 2024

Si se inscribe a más tardar el 15 de diciembre de 2023 su plan entra en vigor el 1 de enero de 2024. Si se inscribe entre el 16 de diciembre de 2023 y el 15 de enero de 2024, su plan entra en vigencia el 1 de febrero de 2024.

---

## 2 Período de inscripción especial

### Pueden ocurrir en cualquier momento del año

Durante un Período de inscripción especial, solo puede obtener o cambiar la cobertura si tiene un acontecimiento 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 especiales solo duran 60 días desde el acontecimiento de vida que lo hace calificar.

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



---

# Niveles de metal

Los planes de ACA\* se dividen en cuatro categorías según cómo usted y su plan comparten 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 costos cubiertos por su plan

**40%**

de gastos de bolsillo

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

## Silver



**70%**

de costos cubiertos por su plan

**30%**

de gastos de bolsillo

Si quiere equilibrar las primas con los costos de bolsillo, los planes Silver podrían ser el camino a seguir.

## Gold



**80%**

de costos cubiertos por su plan

**20%**

de gastos de bolsillo

Si usa servicios de atención médica con cierta frecuencia o quiere costos de bolsillo bajos para los servicios más usados, es posible que desee considerar un plan Gold.

## Extra Savings Silver



**73-94%**

de costos cubiertos por su plan

**6-27%**

de gastos de bolsillo

Si es elegible para CSR, los planes Extra Savings Silver le dan costos de bolsillo más bajos.

La ayuda económica en forma de créditos fiscales anticipados para las primas (APTC) o reducciones de costos compartidos (CSR) están disponibles solo en planes adquiridos mediante Pennie.com.

\* Los planes catastróficos están disponibles si tiene menos 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 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 formas disponibles de ahorrar para los miembros de ACA.  
**Aún mejores noticias:** Casi el 90% de nuestros miembros de ACA califican para ahorrar.

## Créditos fiscales anticipados para primas (APTC)

Los APTC se pueden aplicar — por adelantado — para reducir lo que usted paga cada mes por su prima en cualquier nivel del plan Pennie.com, excepto Catastrófico.

## Reducciones de costos compartidos (CSR)

Las CSR reducen los costos de bolsillo que usted 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.

**Puede calificar para APTC y para 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 antes.

Sus ahorros pueden ser considerables. **Compruébelo usted mismo.**

---

### Kyle

Soltero, 40 años,  
no fumador  
Ingresos anuales: \$20,170

**Antes:** \$50 de prima mensual

**Después:** \$0 de prima mensual

**Ahorros: \$600/año**

### Dean y Vanessa

Matrimonio, 64 años,  
no fumadores  
Ingresos anuales: \$78,930

**Antes:** \$2,741 de prima mensual

**Después:** \$559 de prima mensual

**Ahorros: \$26,184/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 de menor costo disponible en Pennie.com en un área determinada. El precio de este plan se usa para calcular los subsidios de las primas.

# 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. Consulte los planes Base o Extra Savings para su condado, para encontrar los planes que cubran sus necesidades.

Incluso si no califica para reducciones de costos compartidos, puede ser elegible para créditos fiscales anticipados para las primas. Consulte las opciones del plan Base para su condado.

## ¿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
	Medicaid Rango elegible (138% o menos FPL)	Planes Extra Savings Silver 138–149% Planes de CSR	150–199% Planes de CSR	200–249% Planes de CSR	Base 250% o más
Individual	Menos de \$20,120	\$20,121 - \$21,869	\$21,870 - \$29,159	\$29,160 - \$36,449	\$36,450 o más
Familia de 2	Menos de \$27,214	\$27,215 - \$29,579	\$29,580 - \$39,439	\$39,440 - \$49,299	\$49,300 o más
Familia de 3	Menos de \$34,307	\$34,308 - \$37,289	\$37,290 - \$49,719	\$49,720 - \$62,149	\$62,150 o más
Familia de 4	Menos de \$41,400	\$41,401 - \$44,999	\$45,000 - \$59,999	\$60,000 - \$74,999	\$75,000 o más
Familia de 5	Menos de \$48,493	\$48,494 - \$52,709	\$52,710 - \$70,279	\$70,280 - \$87,849	\$87,850 o más
Familia de 6	Menos de \$55,586	\$55,587 - \$60,419	\$60,420 - \$80,559	\$80,560 - \$100,699	\$100,700 o más
Familia de 7	Menos de \$62,680	\$62,681 - \$68,129	\$68,130 - \$90,839	\$90,840 - \$113,549	\$113,550 o más
Familia de 8	Menos de \$69,773	\$69,774 - \$75,839	\$75,840 - \$101,119	\$101,120 - \$126,399	\$126,400 o más

La mayoría de las personas y familias con ingresos familiares del 100% o más del límite federal de pobreza (FPL) calificarán para créditos fiscales para las primas. Estos créditos ayudan a reducir el costo de la cobertura del seguro médico y se basan en el segundo plan Silver de menor costo disponible en su área el Pennie.com. El segundo plan Silver de menor costo también se conoce como el “plan de referencia”. El crédito fiscal por las primas varía según 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 familiares en primas de seguro médico por el plan de referencia.

Ingresos por abajo del 138% del FPL: Si sus ingresos están por abajo del 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.

Este cuadro solo es aplicable para cobertura en 2024 y en los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia. Para familias/grupos familiares con más de 8 personas, añada \$5,140 por cada persona adicional.

\*Directrices de pobreza del HHS para 2023 (14 de marzo de 2023). Obtenido de <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.

**Revise si califica para uno o ambos tipos de ayuda.**

**Llame al 855-400-9159.**

# Diseños de productos y planes de Highmark 2024

Esa fue muy buena información.  
Ahora, echemos un vistazo a los  
productos y planes disponibles  
en su área para 2024.

---

# 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 pacientes ambulatorios

**2** Servicios de emergencias

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

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

**5** Salud mental y servicios de consumo de sustancias

**6** Medicamentos con receta

**7** Servicios de laboratorio

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

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

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

---

# Nuestras redes y productos

Independientemente del plan que elija, obtendrá acceso dentro de la red a atención de alta 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

### Acceso integral dentro de la red en todo el sureste de Pensilvania.

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

Revise la página 44 para centros dentro de la red.

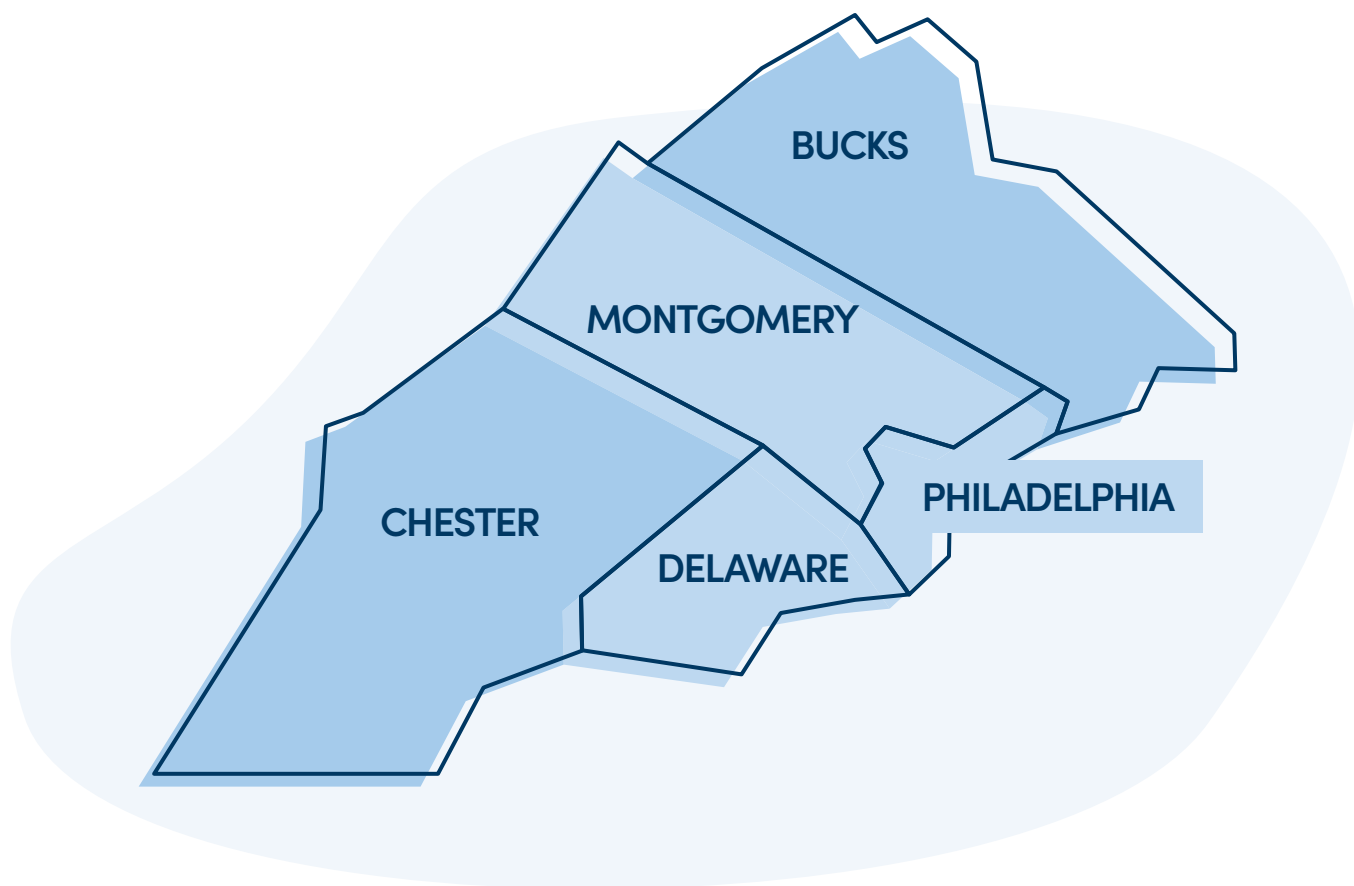
### Ahorre más cuando use los sitios de ahorro para miembros.

- Los miembros ahorran cuando usan centros independientes como Quest Diagnostics en cambio de centros de hospitales.
- Entre \$25 y \$50 en laboratorios y radiografías
- Alrededor de \$200 en diagnóstico por imágenes avanzadas
- Los sitios de ahorro para miembros están claramente identificados en el directorio de proveedores en línea.

\* Ciertos servicios pueden requerir que trabaje con su proveedor participante de BlueCard para obtener autorización previa.

---

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



Para ver si su proveedor está dentro de la red, visite [highmark.com](https://www.highmark.com) y haga clic en **Find a Doc or Rx** (Encuentre un médico o receta), seleccione **Just Browsing** (Solo navegar), escriba su código postal y haga clic en **Continue** (Continuar), luego desplácese hacia abajo y haga clic en **Medical Care** (Atención médica).

---

# Plan Bronze 7100 HSA — Custom Drug Benefit

Este plan le permite ahorrar para su atención con una cuenta de ahorro 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 el beneficio de medicamentos personalizados, Highmark paga el 100% de los costos de muchos medicamentos preventivos y de mantenimiento de inmediato. No hay necesidad de cubrir el deducible. Para obtener una lista completa de los medicamentos cubiertos, visite [highmark.link/cdbsepa](https://highmark.link/cdbsepa).

Los medicamentos preventivos y de mantenimiento incluyen:

- Eliquis 5 mg comprimido
- rosuvastatin calcium comprimido de 5, 10, 20 mg (Crestor)
- venlafaxine HCL ER cápsula de 150 mg (Effexor)
- Jardiance 10, 25 mg comprimido
- ezetimibe 10 mg comprimido (Zetia)
- Pluma Trulicity 1.5 mg/5.0 ml
- Ozempic 0.25–0.5 mg/dosis en pluma
- Januvia 100 mg comprimido
- Xarelto 20 mg comprimido
- Breo Ellipta 100–25 mcg inhalador
- budesonide-formoterol fumarate 160 - inhalador de 4.5 mcg (Symbicort)

También están incluidos en la lista 20 de las recetas más surtidas. Incluyen medicamentos para condiciones como diabetes, asma, condiciones cardíacas, ansiedad y depresión.



---

# Planes Premier Silver y Gold

Nuestros planes Premier Silver y Gold ofrecen algunos de nuestros copagos de visita en el consultorio más bajos: \$0 para los planes Premier Silver y \$15 para los planes Premier Gold. También tendrá gastos de bolsillo más bajos en los servicios cubiertos. Estos planes incluyen beneficios adicionales como una asignación trimestral de venta libre de \$25 y acceso a TruHearing.



## Beneficio de medicamentos de venta libre

Recibirá una asignación de \$25 por trimestre para ciertos productos de venta libre por cada miembro cubierto por su plan. Puede usarlo para cosas como el cuidado de heridas menores, ibuprofeno y medicamentos para las alergias. También es conveniente. Para hacer un pedido, visite **ShopHighmarkOTC.com**. Los artículos se envían directamente a su casa.



## TruHearing

**TruHearing**<sup>®</sup> puede ayudar a reducir los copagos de los audífonos. Además, puede recibir una evaluación auditiva, y capacitación, configuración, calibración y ajuste de un proveedor de TruHearing dentro de la red sin tener que salir de casa. Todo lo que necesita es un teléfono inteligente, tableta o computadora. Para obtener más información sobre TruHearing, visite **[truhearing.com/highmark-hs](https://truhearing.com/highmark-hs)**.

# ¿Busca información del plan?

**Está en el lugar correcto.**

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

## Nivel de cobertura

**ACONTECIMIENTOS  
MAYORES  
9450 –**  
3 visitas al PCP gratis

**BRONZE  
8900**

**BRONZE  
7100 HSA –**  
Beneficio de  
medicamentos  
personalizados

**BRONZE  
3800**

Disponibilidad del plan	my Blue Access Major Events PPO 9450 - 3 visitas al PCP gratis	my Blue Access PPO Bronze 8900	my Blue Access PPO Bronze 7100 HSA - Beneficio de medicamentos personalizados	my Blue Access PPO Bronze 3800
<b>Dentro de la red Deducible</b>	Individual: \$9,450 Familiar: \$18,900	Individual: \$8,900 Familiar: \$17,800	Individual: \$7,100 Familiar: \$14,200	Individual: \$3,800 Familiar: \$7,600
<b>Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red</b>	Individual: \$9,450 Familiar: \$18,900	Individual: \$8,900 Familiar: \$17,800	Individual: \$7,100 Familiar: \$14,200	Individual: \$9,200 Familiar: \$18,400
<b>Visita de atención primaria</b>	\$0 después del deducible; \$0 primeras 3 visitas (no está sujeto al deducible)	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$65 de copago
<b>Visita con 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 del habla, física y ocupacional y atención quiropráctica<sup>1</sup></b>	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$65 de copago
<b>Prueba diagnóstica (Laboratorio/rayos X) Ahorros para miembros Sitio/Sitio de ahorros para no miembros<sup>2</sup></b>	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	Laboratorio: \$55/\$105 de copago Radiografía: \$125/\$250 de copago
<b>Atención de urgencia<sup>3</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>Paciente hospitalizado (incluyendo el centro y profesional)<sup>4</sup></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/\$0/\$0/\$0 después del deducible	\$0/\$0/\$0/\$0 después del deducible	Select Rx: \$0 <sup>6</sup> no sujeto a deducible Todos los otros medicamentos con receta: \$0/\$0/\$0/\$0 después del deducible	50%/50%/50%/50% después del deducible
<b>Incluye opción dental y de la vista<sup>7</sup></b>	No	No	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 de los miembros es la misma para los sitios de ahorro para miembros y para los sitios de ahorro para no miembros.

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

<sup>4</sup> El copago del hospital se aplica en el ingreso. Puede haber más copagos por estudios por imágenes, exámenes, etc. Vea el contrato del plan para obtener más información.

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

<sup>6</sup> Para ver una lista completa de los medicamentos cubiertos a \$0 antes de alcanzar su deducible, visite [highmark.link/cdbsepa](http://highmark.link/cdbsepa).

<sup>7</sup> Vea en las páginas 34-36 la información de los beneficios dentales y de la vista para adultos.

## Nivel de cobertura

	SILVER 7000	PREMIER SILVER 2900	SILVER 3500*
<b>Disponibilidad del plan</b>	my Blue Access PPO Silver 7000	my Blue Access PPO Premier Silver 2900	my Blue Access PPO Silver 3500*
<b>Deducible dentro de la red</b>	Individual: \$7,000 Familiar: \$14,000	Individual: \$2,900 Familiar: \$5,800	Individual: \$3,500 Familiar: \$7,000
<b>Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red</b>	Individual: \$9,450 Familiar: \$18,900	Individual: \$8,500 Familiar: \$17,000	Individual: \$9,350 Familiar: \$18,700
<b>Visita de atención primaria</b>	\$55 de copago	\$75 de copago	\$45 de copago
<b>Visita con especialista</b>	\$55 de copago	\$75 de copago	\$45 de copago
<b>Visitas de salud mental y por abuso de sustancias como paciente ambulatorio</b>	\$55 de copago	\$75 de copago	\$45 de copago
<b>Terapia del habla, física y terapia ocupacional y atención quiropráctica<sup>2</sup></b>	\$55 de copago	\$75 de copago	\$45 de copago
<b>Prueba de diagnóstico (exámenes de laboratorio/radiografías)</b> <b>Ahorros para miembros Sitio/Sitio de ahorros para no miembros<sup>3</sup></b>	\$70/\$95 de copago	\$70/\$95 de copago	\$65/\$115 de copago
<b>Atención de urgencia<sup>4</sup></b>	\$100 de copago	\$100 de copago	\$90 de copago
<b>Servicios de emergencia</b>	\$750 después del deducible	\$750 después del deducible	30% después del deducible
<b>Paciente hospitalizado (incluyendo el centro y profesional)<sup>5</sup></b>	\$1,125 después del deducible	\$510 después del deducible	30% después del deducible
<b>Resumen de farmacia<sup>6</sup></b>	\$0/\$30/\$150/50%	\$0/\$30/\$150/50%	\$0/\$30/\$150/50%
<b>Incluye opción dental y de la vista<sup>7</sup></b>	No	Sí	Sí

	<b>Nivel de cobertura</b>			
	<b>GOLD 1700 HSA<sup>1</sup></b>	<b>GOLD 1500</b>	<b>GOLD 0</b>	<b>PREMIER GOLD 0</b>
<b>Disponibilidad del plan</b>	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
<b>Deducible dentro de la red</b>	Individual: \$1,700 Familiar: \$3,400	Individual: \$1,500 Familiar: \$3,000	Individual: \$0 Familiar: \$0	Individual: \$0 Familiar: \$0
<b>Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red</b>	Individual: \$5,700 Familiar: \$11,400	Individual: \$8,300 Familiar: \$16,600	Individual: \$7,500 Familiar: \$15,000	Individual: \$6,550 Familiar: \$13,100
<b>Visita de atención primaria</b>	\$20 después del deducible	\$35 de copago	\$20 de copago	\$15 de copago
<b>Visita con especialista</b>	\$20 después del deducible	\$35 de copago	\$20 de copago	\$15 de copago
<b>Visitas de salud mental y por abuso de sustancias como paciente ambulatorio</b>	\$20 después del deducible	\$35 de copago	\$20 de copago	\$15 de copago
<b>Terapia del habla, física y ocupacional y atención quiropráctica<sup>2</sup></b>	\$20 después del deducible	\$35 de copago	\$20 de copago	\$40 de copago
<b>Prueba diagnóstica (Laboratorio/rayos X) Ahorros para miembros Sitio/Sitio de ahorros para no miembros<sup>3</sup></b>	\$20 después del deducible	\$35/\$60 de copago	\$30/\$55 de copago	\$40/\$65 de copago
<b>Atención de urgencia<sup>4</sup></b>	\$40 después del deducible	\$70 de copago	\$40 de copago	\$30 de copago
<b>Servicios de emergencia</b>	\$175 después del deducible	\$300 de copago	\$300 de copago	\$280 de copago
<b>Paciente hospitalizado (incluyendo el centro y el profesional)<sup>5</sup></b>	\$450 después del deducible	\$725 de copago después del deducible	\$725 de copago	\$525 de copago
<b>Resumen de farmacia<sup>6</sup></b>	\$0/\$30/\$150/50% después del deducible	\$0/\$30/\$150/50%	\$0/\$30/\$150/50%	\$0/\$25/\$75/50%
<b>Incluye opción dental y de la vista<sup>7</sup></b>	No	No	Sí	Sí

\* Estos planes están disponibles directamente en Highmark y no están disponibles en pennie.com. No califican para crédito fiscal anticipado por las primas ni para reducciones de costos compartidos.

<sup>1</sup> Este plan tiene un deducible no incorporado. Vea la Página de declaraciones para obtener más información.

<sup>2</sup> Límite de 30 visitas combinadas de fisioterapia y terapia ocupacional por periodo 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 de los miembros es la misma para los sitios de ahorro para miembros y para los sitios de ahorro para no miembros.

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

<sup>5</sup> El copago del hospital se aplica en el ingreso. Puede haber más copagos por estudios por imágenes, exámenes, etc. Vea el contrato del plan para obtener más información.

<sup>6</sup> Visite [highmarkacaformulary.com](http://highmarkacaformulary.com) para ver nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario) y saber si su medicamento está cubierto y en qué nivel.

<sup>7</sup> Vea en las páginas 34-36 la información de los beneficios dentales y de la vista para adultos.

## Nivel de ingresos

138-149% del FPL

150-199% del FPL

## Nivel de cobertura

Extra Savings Silver

**94%**

de costos cubiertos por su plan

**6%**

de gastos de bolsillo

Ahorros adicionales Silver

**87%**

de costos cubiertos por su plan

**13%**

de gastos de bolsillo

**SILVER 0**

**PREMIER SILVER 0**

**SILVER 0**

Disponibilidad del plan	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
Deducible dentro de la red	Individual: \$0 Familiar: \$0	Individual: \$0 Familiar: \$0	Individual: \$0 Familiar: \$0
Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red	Individual: \$1,200 Familiar: \$2,400	Individual: \$1,200 Familiar: \$2,400	Individual: \$3,150 Familiar: \$6,300
Visita de atención primaria	\$1 de copago	\$0 de copago	\$15 de copago
Visita con especialista	\$1 de copago	\$0 de copago	\$15 de copago
Visitas de salud mental y por abuso de sustancias como paciente ambulatorio	\$1 de copago	\$0 de copago	\$15 de copago
Terapia del habla, física y ocupacional y atención quiropráctica <sup>1</sup>	\$1 de copago	\$0 de copago	\$15 de copago
Prueba de diagnóstico (exámenes de laboratorio/radiografías) Ahorros para miembros Sitio/Sitio de ahorros para no miembros <sup>2</sup>	\$0/\$5 de copago	\$0 de copago	\$20/\$45 de copago
Atención de urgencia <sup>3</sup>	\$5 de copago	\$5 de copago	\$30 de copago
Servicios de emergencia	\$75 de copago	\$75 de copago	\$275 de copago
Paciente hospitalizado (incluyendo el centro y profesional) <sup>4</sup>	\$175 de copago	\$175 de copago	\$450 de copago
Resumen de farmacia <sup>5</sup>	\$0/\$5/\$15/50%	\$0/\$5/\$15/50%	\$0/\$10/\$50/50%
Incluye opción dental y de la vista <sup>6</sup>	No	Sí	No

## Nivel de ingresos

150-199% FPL

200-249% FPL

## Nivel de cobertura

**Ahorros  
adicionales  
Silver**
**87%**  
de costos cubiertos  
por su plan

**13%**  
de gastos  
de bolsillo

**Extra Savings Silver**
**73%**  
de costos cubiertos  
por su plan

**27%**  
de gastos  
de bolsillo

**PREMIER SILVER 0**
**SILVER 3700**
**SILVER 2100**

Disponibilidad del plan	my Blue Access PPO Premier Extra Savings Silver 0	my Blue Access PPO Extra Savings Silver 3700	my Blue Access PPO Extra Savings Silver 2100
Deducible dentro de la red	Individual: \$0 Familiar: \$0	Individual: \$3,700 Familiar: \$7,400	Individual: \$2,100 Familiar: \$4,200
Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red	Individual: \$3,150 Familiar: \$6,300	Individual: \$7,550 Familiar: \$15,100	Individual: \$7,200 Familiar: \$14,400
Visita de atención primaria	\$0 de copago	\$55 de copago	\$75 de copago
Visita con especialista	\$0 de copago	\$55 de copago	\$75 de copago
Visitas de salud mental y por abuso de sustancias como paciente ambulatorio	\$0 de copago	\$55 de copago	\$75 de copago
Terapia del habla, física y ocupacional y atención quiropráctica <sup>1</sup>	\$0 de copago	\$55 de copago	\$75 de copago
Prueba de diagnóstico (exámenes de laboratorio/radiografías) Ahorros para miembros Sitio/Sitio de ahorros para no miembros <sup>2</sup>	\$35/\$60 de copago	\$60/\$85 de copago	\$70/\$95 de copago
Atención de urgencia <sup>3</sup>	\$10 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
Servicios de emergencia	\$500 de copago	\$750 después del deducible	\$750 después del deducible
Paciente hospitalizado (incluyendo el centro y profesional) <sup>4</sup>	\$450 de copago	\$1,125 después del deducible	\$510 después del deducible
Resumen de farmacia <sup>5</sup>	\$0/\$10/\$50/50%	\$0/\$30/\$150/50%	\$0/\$30/\$150/50%
Incluye opción dental y de la vista <sup>6</sup>	Sí	No	Sí

<sup>1</sup> Límite de 30 visitas combinadas de fisioterapia y terapia ocupacional por período de beneficios.

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

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

<sup>4</sup> El copago del hospital se aplica en el ingreso. Puede haber más copagos por estudios por imágenes, exámenes, etc. Consulte el contrato del plan para obtener más información.

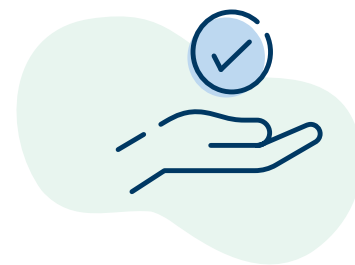
<sup>5</sup> Visite [highmarkacaformulary.com](http://highmarkacaformulary.com) para ver nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario) y saber si su medicamento está cubierto y en qué nivel.

<sup>6</sup> Vea en las páginas 34-36 la información de los beneficios dentales y de la vista para adultos.

# **Beneficios de la vista y dentales**



# Planes que incluyen atención de la vista y dental



Highmark está haciendo que el cuidado 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 pediátricos para la salud dental y visual se incluyen automáticamente en cada plan.

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

## Cobertura de la vista

Hacerse un examen de la vista puede ayudar a identificar problemas como la diabetes desde el principio, cuando son más fáciles de tratar. Nuestra cobertura de la vista para adultos cubre un examen de la vista anual gratuito.

## Cobertura dental

Visitar a un dentista es la mejor manera de cuidar su salud bucal. Nuestro servicio dental para adultos incluye una cobertura del 100% en limpiezas,\* radiografías y selladores.

## Vale la pena tener cobertura dental

Servicio	Costo promedio con cobertura dental	Costo promedio sin cobertura para la atención 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 conductos	\$400	\$1,250 <sup>4</sup>

\* Dos 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), consultado por última vez el 25 de abril de 2023

<https://www.dentaly.org/us/panoramic-dental-xray/>, consultado por última vez el 25 de abril de 2023

<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), consultado por última vez el 25 de abril de 2023

<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), consultado por última vez el 25 de abril de 2023

<sup>4</sup> <https://www.webmd.com/oral-health/guide/dental-root-canals>, consultado por última vez el 25 de abril de 2023

# 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 lo indique 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, adaptación, y atención de seguimiento	Si un miembro elige lentes de la colección, no se requiere copago. Si se eligen lentes que no son de la colección, el miembro deberá pagar todos los costos asociados.

Beneficio para anteojos - Lentes para anteojos	Precio promedio de venta	Cargos a los miembros
Lentes monofocales de plástico transparente, 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 antirreflectante (AR) estándar	\$50-\$70	\$35
Filtrado de luz azul	\$25	\$15
Recubrimiento AR premium	\$65-\$90	\$48
Recubrimiento AR ultra	\$100-\$125	\$60
Lentes progresivos estándar	\$150-\$195	\$50
Progresivos Premium (Varilux®, etc.)	\$195-\$225	\$90
Lentes ultraprogresivos	\$225-\$300	\$140
Lentes de visión intermedia	\$150-\$175	\$30
Lentes de alto índice	\$90-\$150	\$55
Lentes polarizados	\$95-\$110	\$75
Lentes fotosensibles de plástico	\$95-\$150	\$65

Beneficio en anteojos: monturas		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 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 son de la colección: asignación de materiales		Hasta \$150
Lentes de contacto de la colección <sup>2</sup> (en lugar de asignación): materiales	Desechable	Cobertura completa
	Reemplazo planificado	Cobertura completa
	Evaluación, ajuste, y atención de seguimiento	Incluido
Lentes de contacto médicamente necesarios (con aprobación previa)	Materiales, evaluación, ajuste, y atención de seguimiento	Incluido

<sup>1</sup> Los lentes de policarbonato tienen cobertura total para hijos dependientes, pacientes con visión monocular 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 independientes participantes. 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 empresa separada que administra los beneficios de la vista de Highmark.

Para encontrar un proveedor en Davis Vision Network, visite [highmark.com](https://www.highmark.com), desplácese hacia abajo hasta **Find a Doc or Rx** (Encuentre un médico o receta), seleccione **Just Browsing** (Solo navegar), escriba su código postal y haga clic en **Continue** (Continuar), luego desplácese hacia abajo y haga clic en **Vision Care** (Atención de la vista).

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

Beneficios de atención dental			
Deducible anual por persona asegurada	\$50 por año calendario		
Deducible anual por familia asegurada	\$150 por año calendario		
Máximo anual por persona asegurada	\$1,250		
Servicios cubiertos:	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)	100%	0%	Ninguno
Tratamiento paliativo (emergencia)	100%	0%	Ninguno
Selladores	100%	0%	Ninguno
Separadores dentales	100%	0%	Ninguno
Reparaciones de coronas, incrustaciones intracoronarias y extracoronarias, 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 (tratamientos de conductos, etc.)	50%	0%	6 meses
Anestesia general u óxido nitroso o sedación por vía 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 inlays, onlays	50%	0%	6 meses
Prótesis (prótesis dentales parciales fijas, prótesis dentales)	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 establecida que la Póliza pagará por los Servicios Cubiertos prestados por 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. No hay cobertura fuera de la red para este beneficio.

Nuestro plan dental usa la red Concordia Advantage. Para encontrar dentistas dentro de la red, visite [highmark.com](https://www.highmark.com) y haga clic en **Find a Doc or Rx** (Encuentre un médico o receta), seleccione **Just Browsing** (Solo navegar), escriba su código postal y haga clic en **Continue** (Continuar), luego desplácese hacia abajo y haga clic en **Dental Care** (Atención dental).



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

## Dentro de la red

Beneficio de la red (Independientes y Visionworks) <sup>1</sup>	Frecuencia - una vez cada:	Miembros de menos de 19 años de edad <sup>2</sup>
Examen de la vista que incluye dilatación (cuando esté indicado profesionalmente)*	12 meses	\$0 de copago
Lentes para anteojos <sup>3**</sup>	12 meses	\$0 de copago
Monturas**	12 meses	\$0 de copago
Evaluación de lentes de contacto, adaptación y atención de seguimiento (en lugar de anteojos)	12 meses	\$0 de copago
Lentes de contacto (en lugar de lentes para anteojos)**	12 meses	\$0 de copago

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

<b>Beneficio de anteojos - montura<sup>5</sup></b>		<b>Cargos a los miembros</b>
<b>Colección exclusiva de Davis Vision (en lugar de asignación)</b>		
<b>Fashion/Designer/Premier - cargo del miembro (si corresponde)</b>	\$0/\$0/\$0	
<b>Asignación para monturas que no sean de la colección (precio de venta)</b>	Hasta \$150, más un 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 un 15% de descuento en cualquier exceso
<b>Evaluación, ajuste y atención de seguimiento - tipos de lentes estándar y especiales</b>	No está cubierto
<b>Evaluación, ajuste y atención de seguimiento - tipos de lentes estándar</b>	No está cubierto
<b>Lentes de contacto de colección exclusiva<sup>6</sup> (en lugar de asignación)</b>	
<b>Materiales: desechables o de sustitución planificada</b>	Hasta 4 o 2 cajas
<b>Evaluación, ajuste y atención de seguimiento</b>	\$0
<b>Lentes de contacto visualmente requeridos (con aprobación previa) - materiales, evaluación, adaptación y atención de seguimiento</b>	\$0 con aprobación previa

<sup>1</sup> Los beneficios de la vista usan Davis Vision Network. 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 empresa independiente, es un proveedor en Davis Vision Network.

<sup>2</sup> A los dependientes se les cancelará la cobertura de la vista al final del mes en el 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 pueden usar lentes multifocales progresivos. Los bifocales convencionales se suministrarán sin cargo adicional para cualquier persona que no pueda adaptarse a los lentes progresivos. Sin embargo, no se reembolsará el pago del miembro para la actualización progresiva.

<sup>5</sup> Las monturas de colección estarán cubiertas al 100%. Si se selecciona una montura que no pertenece a la colección, se aplicará una asignación de \$150. Por cualquier cantidad superior a \$150 en una montura que no sea de colección, el miembro será responsable del 20% del costo del excedente.

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

\* Sujeto a deducible en planes de Eventos Mayores/Catastróficos.

\*\* Sujeto al deducible en planes con deducible alto (que incluyen una HSA) y planes para eventos importantes/catastróficos.

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

Estos planes pagarán beneficios por los servicios cubiertos que se muestran abajo sujetos a exclusiones y otros términos de la póliza.

El pago se basa en la asignación del plan para el Servicio cubierto específico. **No hay período de espera para los servicios cubiertos.**

Beneficios de atención dental	Todos los planes, excepto los planes médicos con deducibles altos que incluyen una HSA y planes médicos para acontecimientos mayores/catastróficos	Planes médicos con deducibles altos que incluyen una HSA	Planes médicos para acontecimientos mayores/catastróficos
Deducible por año de contrato por miembro	\$0	Todos los gastos de atención médica, dental y de la vista contribuyen al deducible del miembro.	Todos los gastos de atención médica, dental y de la vista contribuyen al deducible del miembro.
Máximo anual por miembro	Sin límites	Sin límites	Sin límites
Máximo de gastos de bolsillo anual por miembro	Todos los gastos de atención médica, dental y de la vista contribuyen al máximo de gastos de bolsillo del miembro.	Todos los gastos de atención médica, dental y de la vista contribuyen al máximo de gastos de bolsillo del miembro.	Los gastos de atención médica, dental y de la vista contribuyen al máximo de gastos de bolsillo del miembro.
Dentro de la red	Advantage	Advantage	Advantage
Servicios cubiertos	La póliza paga en 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%	
Tratamientos con flúor	100%	100%	
Selladores	100%	100%	
Separadores dentales	100%	100%	
Coronas, reparación de coronas, inlays y onlays	50%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Restaurador básico (composite 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 de atención dental	Todos los planes, excepto los planes médicos con deducibles altos que incluyen una HSA y planes médicos para acontecimientos mayores/catastróficos	Planes médicos con deducibles altos que incluyen una HSA	Planes médicos para acontecimientos mayores/catastróficos
Dentro de la red	Advantage	Advantage	Advantage
Consultas	100%	El coseguro coincide con el coseguro médico (después del deducible)	
Anestesia general, óxido nitroso o sedación IV	50%	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 (tratamientos de conductos, 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 (prótesis dentales 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 estética	No está cubierto		

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

Estos beneficios solo están disponibles para niños hasta el final del período de beneficios cuando cumplen 19 años.

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

Nuestro plan dental usa la red Concordia Advantage. Para encontrar dentistas dentro de la red, visite [highmark.com](https://www.highmark.com) y haga clic en **Find a Doc or Rx** (Encuentre un médico o receta), seleccione **Just Browsing** (Solo navegar), escriba su código postal y haga clic en **Continue** (Continuar), luego desplácese hacia abajo y haga clic en **Dental Care** (Atención dental).

# Beneficios dentales pediátricos (continuación)

## Cobertura de ortodoncia médicamente necesaria

En esta sección, “Médicamente necesario” o “Necesidad médica” se refiere a los servicios de atención médica que un médico o dentista, ejerciendo un juicio clínico prudente, daría a un paciente para evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, o sus síntomas, y que son:

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

Como se usa en la subparte 1 anterior, “normas de práctica médica/odontológica generalmente aceptadas” significa:

- estándares que se basan en evidencia científica creíble publicada en literatura médica/odontológica revisada por pares generalmente reconocida por la comunidad profesional pertinente;
- recomendaciones reconocidas de sociedades médicas/dentales y de especialidad;
- las opiniones de los médicos/dentistas que ejercen en el área clínica pertinente; y
- cualquier otro factor relevante.

Un servicio de ortodoncia Médicamente necesario es un procedimiento de ortodoncia que se hace como parte de un plan de ortodoncia aprobado que está destinado a tratar dificultades funcionales graves, anomalías del desarrollo de los huesos faciales o estructuras orales, trauma facial que resulta en dificultades funcionales o documentación de un trastorno psicológico/diagnóstico psiquiátrico de un proveedor de salud mental de que el tratamiento de ortodoncia mejorará la condición mental/psicológica del niño.

## Cobertura de ortodoncia médicamente necesaria

1. El tratamiento de ortodoncia debe ser médicamente necesario y ser el único método capaz de:

- a) Prevenir daños irreversibles en los dientes del asegurado o en sus estructuras de soporte y,
- b) Restaurar la estructura oral de la persona asegurada a la salud y la función.

2. La persona asegurada debe tener una dentición permanente completamente erupcionada para ser elegible para los servicios de ortodoncia completos y médicamente necesarios para las maloclusiones discapacitantes de la dentición adulta.

3. Otros servicios cubiertos de ortodoncia incluyen: visita previa al tratamiento de ortodoncia para completar el HLD (NJ-Mod2), fotografías de diagnóstico y radiografías panorámicas; tratamiento limitado para la dentición primaria, de transición y de adultos; tratamiento interceptivo para la dentición primaria de transición; tratamiento menor para controlar hábitos nocivos; continuación de casos de transferencia o casos iniciados antes de la fecha de entrada en vigor de la persona asegurada; casos de cirugía ortognática con tratamiento de ortodoncia integral; colocación y retirada de aparatos de ortodoncia; reparaciones de aparatos de ortodoncia; reemplazo de retenedor perdido o roto; recementado o recementado de brackets o bandas; y retiro de aparatos por parte de un proveedor que no inició el caso cuando lo solicitó el informe.

4. Todos los servicios de ortodoncia médicamente necesarios requieren aprobación previa y un plan de atención por escrito.

---

# Definiciones de términos de atención médica.

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

## 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 que 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 o de urgencia, es posible que usted sea responsable del costo total.

## BLUECARD

Un programa que conecta los planes Blue independientes en todo el país. Da 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 de su plan elegido.

## CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIA

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

## CLÍNICAS EN COMERCIOS

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

## COPAGO

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

## COSEGURO

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

## CUENTA DE AHORRO PARA GASTOS MÉDICOS (HSA)

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

## DEDUCIBLE

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

## 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.

## 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%.

## 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.

## PLAN MÉDICO CON ALTO DEDUCIBLE (HDHP)

Un plan que generalmente viene con una prima más baja porque usted paga más por los servicios de atención médica por adelantado antes de que la compañía de seguros comience a pagar. Estos planes con frecuencia se combinan con una cuenta de ahorro para gastos médicos.

## PRIMA

La cantidad mensual pagada por la cobertura.

## 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.

## 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.

## 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.

## SERVICIOS DE EMERGENCIA

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

## 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 o lesión.

## SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

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

## VISITA VIRTUAL

Una visita en el consultorio en tiempo real con un médico en un lugar remoto, hecho desde un teléfono inteligente, tableta o computadora personal.

---

# Centros dentro de la red

Centros
<b>Condado de Adams</b>
WellSpan Gettysburg Hospital
<b>Condado de Allegheny</b>
AHN Allegheny General Hospital
AHN Allegheny Valley Hospital
AHN Brentwood Neighborhood Hospital
AHN Forbes Hospital
AHN Harmar Neighborhood Hospital
AHN Jefferson Hospital
AHN McCandless Neighborhood Hospital
AHN West Penn Hospital
AHN Wexford Hospital
Heritage Valley Kennedy
Heritage Valley Sewickley
St. Clair Hospital
UPMC Children's Hospital of Pittsburgh
UPMC East
UPMC Magee-Womens Hospital
UPMC McKeesport
UPMC Mercy
UPMC Passavant - McCandless
UPMC Presbyterian
UPMC Shadyside
UPMC St. Margaret
UPMC Western Psychiatric Hospital
<b>Condado de Armstrong</b>
Armstrong County Memorial Hospital

Centros
<b>Condado de Beaver</b>
Heritage Valley Beaver
<b>Condado de Bedford</b>
UPMC Bedford
<b>Condado de Berks</b>
Penn State Health St. Joseph Medical Center
Surgical Institute of Reading
<b>Condado de Blair</b>
Conemaugh Nason Medical Center
Penn Highlands Tyrone
UPMC Altoona
<b>Condado de Bradford</b>
Guthrie Robert Packer Hospital
Guthrie Robert Packer Hospital - Towanda Campus
Guthrie Troy Community Hospital
<b>Condado de Bucks*</b>
Doylestown Hospital
Grand View Hospital
Jefferson Health - Bucks Hospital
Prime Healthcare - Lower Bucks Hospital
St. Luke's Hospital - Upper Bucks Campus
<b>Condado de Butler</b>
BHS Butler Memorial Hospital
UPMC Passavant - Cranberry

\* Siempre estamos trabajando para hacer crecer nuestra red. Visite el Directorio de proveedores en [highmark.com](https://highmark.com) para confirmar el estado dentro de la red de centros que no figuran aquí para 2024.

Vea en nuestro directorio de proveedores si hay más hospitales en su red. Puede encontrar el directorio de proveedores en [highmark.com](https://highmark.com). Seleccione **Individual and Family Plans** (Planes Individuales y Familiares) y haga clic en **Find a doctor** (Encontrar un medico). Desplácese hacia abajo a **Find a doctor or hospital** (Encuentre un médico u hospital), luego seleccione **GET STARTED** (EMPEZAR).

---

## Centros dentro de la red (continúa)

Centros
<b>Condado de Cambria</b>
Conemaugh Memorial Medical Center
Conemaugh Memorial Medical Center - Lee Campus
Conemaugh Miners Medical Center
<b>Condado de Carbon</b>
Lehigh Valley Hospital - Carbon
St. Luke's Hospital - Carbon Campus
St. Luke's Hospital - Lehighton Campus
<b>Condado de Centre</b>
Mount Nittany Medical Center
<b>Condado de Chester*</b>
Main Line Health - Bryn Mawr Rehab Hospital
Main Line Health - Paoli Hospital
Penn Medicine - Chester County Hospital
<b>Condado de Clarion</b>
BHS Clarion Hospital
<b>Condado de Clearfield</b>
Penn Highlands Clearfield
Penn Highlands DuBois
<b>Condado de Clinton</b>
Bucktail Medical Center
<b>Condado de Columbia</b>
Geisinger Bloomsburg Hospital
<b>Condado de Crawford</b>
Meadville Medical Center
Titusville Area Hospital

Centros
<b>Condado de Cumberland</b>
Penn State Health Hampden Medical Center
Penn State Health Holy Spirit Medical Center
UPMC Carlisle
UPMC Pinnacle Hospital
<b>Condado de Dauphin</b>
Penn State Health Children's Hospital
Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center
UPMC Community Osteopathic
UPMC Harrisburg
<b>Condado de Delaware*</b>
Crozer Health - Chester Medical Center
Crozer Health - Delaware County Memorial Hospital
Crozer Health - Springfield Hospital
Crozer Health - Taylor Hospital
Main Line Health - Riddle Hospital
<b>Condado de Elk</b>
Penn Highlands Elk
<b>Condado de Erie</b>
AHN Saint Vincent Hospital
LECOM Health - Corry Memorial Hospital
LECOM Health - Millcreek Community Hospital
UPMC Hamot
<b>Condado de Fayette</b>
Penn Highlands Connellsville
WVU Medicine - Uniontown Hospital

\* Siempre estamos trabajando para hacer crecer nuestra red. Visite el Directorio de proveedores en [highmark.com](https://www.highmark.com) para confirmar el estado dentro de la red de centros que no figuran aquí para 2024.

Vea en nuestro directorio de proveedores si hay más hospitales en su red. Puede encontrar el directorio de proveedores en [highmark.com](https://www.highmark.com). Seleccione **Individual and Family Plans** (Planes Individuales y Familiares) y haga clic en **Find a doctor** (Encontrar un médico). Desplácese hacia abajo a **Find a doctor or hospital** (Encuentre un médico u hospital), luego seleccione **GET STARTED** (EMPEZAR).

---

## Centros dentro de la red (continúa)

Centros
<b>Condado de Franklin</b>
WellSpan Chambersburg Hospital
Wellspan Waynesboro Hospital
<b>Condado de Fulton</b>
Fulton County Medical Center
<b>Condado de Greene</b>
Washington Health System Greene
<b>Condado de Huntingdon</b>
Penn Highlands Huntingdon
<b>Condado de Indiana</b>
Indiana Regional Medical Center
<b>Condado de Jefferson</b>
Penn Highlands Brookville
Punxsutawney Area Hospital
<b>Condado de Lackawanna</b>
CHS Moses Taylor Hospital - Campus de Regional Hospital of Scranton
CHS Regional Hospital of Scranton
Geisinger Community Medical Center
Lehigh Valley Hospital – Dickson City
<b>Condado de Lancaster</b>
Lancaster General Hospital
Lancaster General Hospital Women & Babies
Penn State Health Lancaster Medical Center
UPMC Lititz
WellSpan Ephrata Community Hospital
<b>Condado de Lawrence</b>
UPMC Jameson
<b>Condado de Lebanon</b>
WellSpan Good Samaritan Hospital



Centros
<b>Condado de Lehigh</b>
Lehigh Valley Hospital - 17th Street
Lehigh Valley Hospital - Cedar Crest
Lehigh Valley Hospital - 1503 N. Cedar Crest
Lehigh Valley Reilly Children's Hospital
St. Luke's Hospital - Sacred Heart Campus
<b>Condado de Luzerne</b>
CHS Wilkes-Barre General Hospital
Geisinger Wyoming Valley Medical Center
Lehigh Valley Hospital - Hazleton
<b>Condado de Lycoming</b>
Geisinger Jersey Shore Hospital
Geisinger Medical Center Muncy
UPMC Muncy
UPMC Williamsport
UPMC Williamsport Divine Providence Campus
<b>Condado de McKean</b>
Bradford Regional Medical Center
UPMC Kane
<b>Condado de Mercer</b>
AHN Grove City
Edgewood Surgical Hospital
Sharon Regional Medical Center
UPMC Horizon - Greenville
UPMC Horizon - Shenango Valley

\* Siempre estamos trabajando para hacer crecer nuestra red. Visite el Directorio de proveedores en [highmark.com](https://highmark.com) para confirmar el estado dentro de la red de centros que no figuran aquí para 2024.

Vea en nuestro directorio de proveedores si hay más hospitales en su red. Puede encontrar el directorio de proveedores en [highmark.com](https://highmark.com). Seleccione **Individual and Family Plans** (Planes Individuales y Familiares) y haga clic en **Find a doctor** (Encontrar un médico). Desplácese hacia abajo a **Find a doctor or hospital** (Encuentre un médico u hospital), luego seleccione **GET STARTED** (EMPEZAR).

---

## Centros dentro de la red (continúa)

Centros
<b>Condado de Mifflin</b>
Geisinger Lewistown Hospital
<b>Condado de Monroe</b>
Lehigh Valley Hospital - Pocono
St. Luke's Hospital - Monroe Campus
<b>Condado de Montgomery*</b>
Einstein Medical Center Elkins Park
Einstein Medical Center Montgomery
Holy Redeemer Hospital
Jefferson Health - Abington Hospital
Jefferson Health - Abington-Lansdale Hospital
Main Line Health - Bryn Mawr Hospital
Main Line Health - Lankenau Medical Center
Prime Healthcare - Suburban Community Hospital
<b>Condado de Montour</b>
Geisinger Janet Weis Children's Hospital
Geisinger Medical Center
<b>Condado de Northampton</b>
Lehigh Valley Hospital - Highland Avenue
Lehigh Valley Hospital - Hecktown Oaks
Lehigh Valley Hospital - Muhlenberg
St. Luke's Hospital - Anderson Campus
St. Luke's Hospital - Easton Campus
St. Luke's University Hospital - Bethlehem
<b>Condado de Northumberland</b>
Geisinger Shamokin Area Community Hospital

Centros
<b>Condado de Philadelphia*</b>
Jefferson Health - Frankford Hospital
Jefferson Health - Methodist Hospital
Jefferson Health - Thomas Jefferson University Hospital
Jefferson Health - Torresdale Hospital
Penn Medicine - Hospital of the University of Pennsylvania
Penn Medicine - Penn Presbyterian Medical Center
Penn Medicine - Pennsylvania Hospital
Prime Healthcare - Roxborough Memorial Hospital
Temple Health - Fox Chase Cancer Center
Temple Health - Temple University Hospital
<b>Condado de Potter</b>
UPMC Cole
<b>Condado de Schuylkill</b>
Geisinger St. Luke's Hospital
Lehigh Valley Hospital - Schuylkill E. Norwegian Street
Lehigh Valley Hospital - Schuylkill S. Jackson Street
St. Luke's Hospital - Miners Campus
<b>Condado de Somerset</b>
Chan Soon-Shiong Medical Center at Windber
Conemaugh Meyersdale Medical Center
UPMC Somerset
<b>Condado de Susquehanna</b>
Barnes-Kasson Hospital
Endless Mountains Health Systems

\* Siempre estamos trabajando para hacer crecer nuestra red. Visite el Directorio de proveedores en [highmark.com](https://www.highmark.com) para confirmar el estado dentro de la red de centros que no figuran aquí para 2024.

Vea en nuestro directorio de proveedores si hay más hospitales en su red. Puede encontrar el directorio de proveedores en [highmark.com](https://www.highmark.com). Seleccione **Individual and Family Plans** (Planes Individuales y Familiares) y haga clic en **Find a doctor** (Encontrar un médico). Desplácese hacia abajo a **Find a doctor or hospital** (Encuentre un médico u hospital), luego seleccione **GET STARTED** (EMPEZAR).

---

## Centros dentro de la red (continúa)

Centros
<b>Condado de Tioga</b>
UPMC Wellsboro
<b>Condado de Union</b>
Evangelical Community Hospital
<b>Condado de Venango</b>
UPMC Northwest
<b>Condado de Warren</b>
Warren General Hospital
<b>Condado de Washington</b>
Advanced Surgical Hospital
AHN Canonsburg Hospital
Penn Highlands Mon Valley
Washington Hospital
<b>Condado de Wayne</b>
Wayne Memorial Hospital
<b>Condado de Westmoreland</b>
AHN Hempfield Neighborhood Hospital
Excelsa Health Frick Hospital
Excelsa Health Latrobe Hospital
Excelsa Health Westmoreland Hospital
<b>Condado de York</b>
OSS Orthopaedic Hospital
UPMC Hanover
UPMC Memorial
WellSpan Surgery and Rehabilitation Hospital
WellSpan York Hospital

---

## Centros

### Más centros dentro de la red

Meritus Medical Center

The Johns Hopkins Hospital

University of Maryland Medical Center

UPMC Western Maryland

WVU Medicine - Garrett Regional Medical Center

AHN Westfield Memorial Hospital

Guthrie Corning Hospital

Olean General Hospital

UR Medicine - Jones Memorial Hospital

UR Medicine - Strong Memorial Hospital

Cleveland Clinic

WVU Medicine - Children's Hospital

WVU Medicine - J.W. Ruby Memorial Hospital

\* Siempre estamos trabajando para hacer crecer nuestra red. Visite el Directorio de proveedores en [highmark.com](https://www.highmark.com) para confirmar el estado dentro de la red de centros que no figuran aquí para 2024.

Vea en nuestro directorio de proveedores si hay más hospitales en su red. Puede encontrar el directorio de proveedores en [highmark.com](https://www.highmark.com). Seleccione **Individual and Family Plans** (Planes Individuales y Familiares) y haga clic en **Find a doctor** (Encontrar un médico). Desplácese hacia abajo a **Find a doctor or hospital** (Encuentre un médico u hospital), luego seleccione **GET STARTED** (EMPEZAR).

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

## Información importante de los beneficios

**Deducible por familia no incorporado:** Para un acuerdo que cubre a más de un (1) familiar, se debe cubrir el deducible por familia antes de que el plan comience a pagar beneficios por servicios cubiertos de cualquier familiar cubierto. Cuando se haya cubierto el deducible por familia, se considerará cubierto para 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 2024 al 31 de diciembre de 2024). El deducible por familia lo puede cubrir un familiar o una combinación de familiares.

**Planes con deducible por familia agregado/incorporado:** Para un acuerdo que cubre a más de un (1) familiar, a medida que cada miembro alcanza su deducible individual, el plan comenzará a pagar beneficios por los servicios cubiertos de ese miembro por el resto del período de beneficios (1 de enero de 2024 a 31 de diciembre de 2024), ya sea que se haya alcanzado o no el deducible por familia completo. Cuando se haya alcanzado el deducible por familia, se considerará que se ha cumplido el deducible por familia de todos los familiares cubiertos restantes. No todos los miembros individuales deben alcanzar el deducible individual para que se cumpla el deducible por familia y ningún miembro individual puede cubrir todo el deducible por familia.

Usted es responsable de los gastos de bolsillo en cada período de beneficios (1 de enero de 2024 a 31 de diciembre de 2024) 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 exigen un copago (o, para 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 alergias. Los servicios de diagnóstico básicos requieren 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 requieren 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 de 90 días (pedido por correo) o de 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 ahorro 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.

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 de 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. Esta información está destinada a dar información general únicamente y no intenta darle consejos relacionados 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, petición de 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 cómo usar proveedores 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 (Aseguramiento de la calidad). Para obtener una copia impresa, llame al 1-855-873-4108 (TTY/TDD 711).

## DECLARACIONES DE HIGHMARK

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 recibida de Blue Distinction u otros proveedores.

La cobertura BlueCard está disponible para atención de emergencia y de urgencia para todos los planes cuando usted está fuera 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.

Highmark Blue Shield es un emisor de Planes médicos calificados en el mercado de seguros Pennsylvania Insurance Exchange.

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

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

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

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 2024.

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

TruHearing es una compañía independiente que proporciona los aparatos auditivos y los servicios que TruHearing presta a Highmark o a los miembros de Highmark.

Cada vez que en este documento se menciona a "Highmark", se está haciendo referencia a Highmark Inc., un licenciario independiente de Blue Cross Blue Shield Association, o a una o más de sus compañías Blue afiliadas.

Los beneficios o la administración de beneficios los dará Highmark Blue Shield o Highmark Benefits Group, que son licenciarios independientes de Blue Cross Blue Shield Association.

**Es posible que su plan no cubra todos sus gastos de atención médica. Lea atentamente los materiales de su plan para determinar qué servicios de atención médica 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 miembro, llame al 866-459-4418.**

#### 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 la 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 género registrado. Además, el administrador de reclamos/aseguradora no negará ni limitará la cobertura de ningún servicio médico si el sexo asignado al nacer, la identidad de género o el género registrado de una persona no corresponde al sexo para el que dicho servicio médico se presta normalmente. El administrador de reclamos/aseguradora no negará ni limitará la cobertura de un servicio médico específico relacionado con la transición de género si esa negación o limitación supone discriminar a una persona transgénero. El administrador de reclamos/aseguradora:

- Ayuda y presta servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera eficaz, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios lingüísticos gratis a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita 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 cualquier otra manera por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, incluyendo estereotipos sexuales e 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 ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and

Human Services) electrónicamente en 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)

Puede encontrar los formularios de quejas en  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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

ATENCIÓN: Si habla inglés, tendrá a su disposición servicios de asistencia gratis. Llame al número dado para su estado de residencia.

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 مجانًا. اتصل بالرقم المقدم للولاية التي تقم 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 دیں: 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: 1-855-400-9159
- En línea: [Highmark.com](https://www.highmark.com)
- Comunicándose con su agente o corredor



Because Life.™