Cobertura médica en sus propios términos.

Planes individuales y familiares

Para el período de beneficios:
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

HIGHMARK®
Because Life.™

Diga hola a un excelente plan médico.

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

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

¿Por qué elegir a Highmark? **4-13**

Información básica sobre la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio **15-20**

- Fechas de inscripción **16**
- Niveles de metal **17**
- Maneras de ahorrar **18**
- Ayuda económica **19**
- Lista de verificación de la inscripción **20**

Diseños de productos y planes **21-25**

Manejo de la diabetes **26**

Términos clave **27**

Información del plan por condado **28-33**

Atención dental y de la visión **34-44**

Información legal **46-47**

¿Por qué elegir un plan médico de Highmark?

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

1 Atención de expertos, cerca de casa.

Highmark invierte mucho en una estrategia centrada en el paciente, con acceso fácil 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 con las redes más grandes de médicos y hospitales en EE. UU. con más de 2 millones de proveedores, incluyendo el 97% de todos los hospitales.[1]

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

- Memorial Sloan Kettering Cancer Center
- Cleveland Clinic
- Advocare Grove Family Medical
- Capital Health Medical Center
- Johns Hopkins Hospital
- Mayo Clinic Hospital Rochester
- Christiana Care Health Services
- Long Island Jewish Medical
- Nemours Children's Hospital

Tenga en cuenta que BlueCard cubre la atención de rutina,[2] de emergencia y de urgencia de la mayoría de los planes.[3]

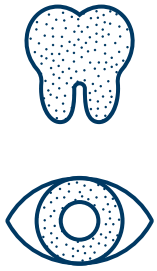
[1] Según Blue Cross Blue Shield Association.

[2] Es posible que para ciertos servicios deba trabajar con su proveedor participante en BlueCard para obtener una autorización previa.

[3] Algunos planes tienen acceso limitado a BlueCard. Consulte la página 25 para obtener más información sobre cómo funciona BlueCard con cada plan.

3 Sin burocracia.

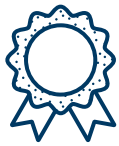
Vea a los médicos dentro de la red que quiera, no necesita remisión. Llame al **1-888-BLUE-428**, y le buscaremos un especialista. Es así de fácil.



4 Toda su atención médica en un solo plan.

Los ojos y los dientes sanos son partes importantes de su salud en general y los controles habituales pueden ayudarlo a anticiparse a posibles problemas en el futuro. Esto es especialmente importante para los niños, por eso todos nuestros planes incluyen beneficios pediátricos de salud dental y de la visión.

Nuestros planes con "atención dental y de la visión para adultos" en el nombre incluyen esos beneficios. Así que, si quiere mantener las cosas fáciles, esta es una excelente opción. De esa manera, no tendrá que adquirir planes por separado.



5 Fácil acceso a los mejores especialistas.

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

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

Con Mental Well-Being, con tecnología de Spring Health, obtiene acceso más amplio y más rápido a atención de salud mental. Un plan de atención personalizado lo guiará a los recursos adecuados según sus necesidades.

APLICACIÓN Y SITIO WEB DE HIGHMARK PARA MIEMBROS

Todo su plan al alcance de su mano.

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

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

En persona con un médico, 24/7.

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

LÍNEA DE ENFERMERÍA 24/7

Respuestas de un profesional de la salud, 24/7.

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

Hacemos sus citas por usted.

Simplemente llame al **1-888-BLUE-428**. Lo ayudaremos a encontrar al médico dentro de la red que necesite y reservaremos un turno en su agenda. Eso significa menos tiempo esperando al teléfono.

PLANES DE CUENTA DE AHORRO PARA GASTOS MÉDICOS

Ayudándolo a ahorrar ahora y en el futuro.

Las cuentas de ahorro para gastos médicos (HSA) le permiten reservar dinero para cosas como gastos médicos, recetas y más. Están disponibles para planes de Cobertura catastrófica y Bronze, y para planes médicos con deducibles altos* que incluyan "HSA" en su nombre. Algunos de estos planes también incluyen un examen preventivo de la visión para los adultos cubiertos.**

* Un plan médico con deducible alto (HDHP) suele tener 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 cubrirlos. Los HDHP que califican a menudo se combinan con una cuenta de ahorros para gastos médicos.

** Vea la sección de Información importante de los beneficios en la página 46 para obtener más información del beneficio de examen preventivo de la visión para adultos.

PROGRAMA DE ATENCIÓN FÍSICA VIRTUAL (VIRTUAL PHYSICAL CARE PROGRAM) CON TECNOLOGÍA DE SWORD

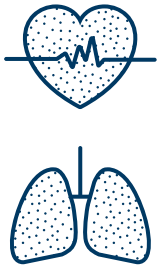
Atención física desde la comodidad de su casa.

Este programa digital personalizado de atención física lo ayuda a aliviar el dolor de espalda, articulaciones o músculos sin salir de casa.

MANEJO DE LA DIABETES

Apoyo para controlar la diabetes.

Ofrecemos programas para ayudarlo con el manejo de la diabetes. Los miembros elegibles con diabetes tipo 1 o 2 tienen acceso a herramientas de manejo, acompañamiento y apoyo clínico para mantener un mejor control de su salud.



MANEJO DE CHF Y EPOC

Orientador personalizado de salud para CHR y EPOC.

Mediante una aplicación y un sitio web fáciles de usar, este programa médico personalizado ofrece apoyo para el manejo de la insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

MANEJO DE LA ATENCIÓN DE LOS RIÑONES

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

Este programa de coordinación de la atención se centra en la detección precoz de enfermedades de los riñones y en ayudar a retrasar su avance.

¿Necesita ayuda con sus objetivos de salud?

Lo tenemos cubierto.

FITNESS

Ir al gimnasio nunca fue tan fácil.

Todos nuestros planes incluyen un beneficio de fitness con tarifas con descuento y acceso a más de 10,000 gimnasios en todo el país.* También recibirá descuentos en acupuntura, atención quiropráctica, orientación nutricional, entrenamiento personal y más. Visite **Highmark.com/FitnessSEPA** para encontrar un gimnasio cerca de usted.

* No se aplica a planes de fitness solo digitales.

BIENESTAR

Apoyo personalizado para alcanzar sus objetivos de salud.

¿Quiere bajar de peso? ¿Quiere dejar de fumar? ¿Quiere ser más activo? Usted tiene acceso a orientadores de bienestar con experiencia y a herramientas que lo ayudarán a tomar decisiones saludables según su estilo de vida. Después de inscribirse, visite **MyHighmark.com**.

BLUE365®

Descuentos que lo ayudarán a mantenerse sano y activo.

Con Blue365, obtiene descuentos exclusivos en viajes, alquileres de autos e incluso en ropa y calzado. Vea las ofertas exclusivas para miembros en **blue365deals.com**.

Tomemos un momento para repasar los conceptos básicos de los planes de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA).

Fechas de inscripción

Hay dos maneras en que puede inscribirse o cambiar su cobertura según 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 2025 – 15 de enero de 2026

Si se inscribe a más tardar el 15 de diciembre de 2025, su plan entrará en vigor el 1 de enero de 2026.

Si se inscribe entre el 16 de diciembre de 2025 y el 15 de enero de 2026, su plan entrará en vigor el 1 de febrero de 2026.

2 Período de inscripción especial

Pueden suceder en cualquier momento del año

Durante un Período de inscripción especial, solo puede inscribirse en un nuevo plan médico o cambiar su plan actual si ocurre un cambio en la vida que haga que califique. Algunos ejemplos incluyen perder su cobertura actual, tener o adoptar un hijo, casarse o mudarse a un área nueva donde no pueda conservar su plan actual. Muchos Períodos de inscripción especial duran solo 60 días desde el cambio en la vida que haga que califique.

Si cree que es elegible para un Período de inscripción especial, es posible que se le pida que presente documentos para comprobarlo. Puede ir a **HighmarkCatalog2026.com/SEPA** para obtener más información.

Niveles de metal

Los planes según la ACA* se dividen en cinco categorías según cómo usted y su plan compartan los costos de la atención médica. Para que lo tenga en cuenta, los niveles de metal reflejan únicamente las diferencias en el costo compartido**, lo que significa que recibirá la misma calidad de atención en cualquier nivel.

Bronze

60% de los costos cubiertos por su plan

40% de gastos de bolsillo

Si no usa muchos servicios de atención médica o quiere mantener una prima baja (la cantidad que paga cada mes), un plan Bronze puede ser una buena opción para usted.

Silver

70% de los costos cubiertos por su plan

30% de gastos de bolsillo

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

Gold

80% de los costos cubiertos por su plan

20% de gastos de bolsillo

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

Platinum

90% de los costos cubiertos por su plan

10% de gastos de bolsillo

Si usa los servicios de atención médica con frecuencia o quiere mantener bajos los gastos de bolsillo en todos los servicios, considere un plan Platinum.

Extra Savings Silver

73 – 94% de los costos cubiertos por su plan

6 – 27% de gastos de bolsillo

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

Consulte la página 18 para obtener información adicional sobre las CSR.

La ayuda económica mediante los créditos fiscales anticipados para las primas (APTC) o las reducciones de costos compartidos (CSR) está disponible únicamente para los planes adquiridos por medio de Pennie.

* Los planes de cobertura catastrófica están disponibles únicamente para personas menores de 30 años o que tienen dificultades económicas. Están diseñados para quienes no van con frecuencia al médico o solo lo hacen en caso de emergencia.

** Es la parte de los servicios de atención médica que usted paga directamente. Normalmente, incluye deducibles, coseguro y copagos.

Maneras de ahorrar

Buenas noticias: Hay dos maneras en que los miembros según ACA pueden ahorrar.
Aún mejores noticias: Casi el 90% de nuestros miembros según ACA califican para obtener estos ahorros.

Créditos fiscales anticipados para las primas (APTC)

Los APTC* pueden aplicarse por adelantado para reducir el monto que paga cada mes por su prima en cualquier plan adquirido por medio de Pennie, excepto los planes de cobertura catastrófica.

Reducciones de costos compartidos (CSR)

Las CSR reducen los gastos de bolsillo que podría pagar en el momento de recibir atención médica, como consultas, análisis de laboratorio, medicamentos y otros servicios cubiertos. Los planes con CSR ofrecen deducibles, copagos y coseguros más bajos. Solo puede acceder a estos ahorros si se inscribe en un plan Extra Savings Silver.

También puede calificar para un APTC y una CSR.

Las primas y los créditos fiscales anticipados para las primas (APTC) pueden variar según el condado. El APTC puede reducir la prima mensual.

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

Ayuda económica

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

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

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

¿Quién necesita la cobertura?	Elegible para Medicaid	Elegible para CSR y APTC			Elegible para APTC
	Rango de elegibilidad para Medicaid (100 – 138% del FPL)	Planes Extra Savings Silver 138 – 149% planes de CSR	150 – 199% planes de CSR	200 – 249% planes de CSR	Estándar 250 – 400%
Individual	Menos de $21,597	$21,598 – $23,474	$23,475 – $31,299	$31,300 – $39,124	$39,125 – $62,600
Familia de 2	Menos de $29,187	$29,188 – $31,724	$31,725 – $42,299	$42,300 – $52,874	$52,875 – $84,600
Familia de 3	Menos de $36,777	$36,778 – $39,974	$39,975 – $53,299	$53,300 – $66,624	$66,625 – $106,600
Familia de 4	Menos de $44,367	$44,368 – $48,224	$48,225 – $64,299	$64,300 – $80,374	$80,375 – $128,600
Familia de 5	Menos de $51,957	$51,958 – $56,474	$56,475 – $75,299	$75,300 – $94,124	$94,125 – $150,600
Familia de 6	Menos de $59,547	$59,548 – $64,724	$64,725 – $86,299	$86,300 – $107,874	$107,875 – $172,600
Familia de 7	Menos de $67,137	$67,138 – $72,974	$72,975 – $97,299	$97,300 – $121,624	$121,625 – $194,600
Familia de 8	Menos de $74,727	$74,728 – $81,224	$81,225 – $108,299	$108,300 – $135,374	$135,375 – $216,600

La mayoría de las personas y familias con ingresos del grupo familiar equivalentes o superiores al 100% del límite federal de pobreza (FPL) califican para los créditos fiscales para las primas. Estos créditos ayudan a reducir el costo de la cobertura de seguro médico y están basados en el segundo plan Silver de menos costo disponible en su área en **pennie.com**. El segundo plan Silver de menor costo también se conoce como el "plan de referencia". El crédito fiscal por las primas varía dependiendo de los ingresos.

Ingresos por debajo del 138% del FPL: Si sus ingresos están por debajo del 138% del FPL y su estado amplió la cobertura de Medicaid, usted califica para Medicaid basándose únicamente en sus ingresos.*

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

Esta tabla se aplica únicamente a la cobertura de 2026 en los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia. Para familias/grupos familiares con más de 8 personas, agregue $5,500 por cada persona adicional.

* Directrices de pobreza del HHS para 2025 (3 de marzo de 2025). Obtenido de https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines

Revise si califica para uno o los dos tipos de ayuda.
Llame al 855-948-4801.

Esta es su Lista de verificación para la inscripción.

Ahora que sabe más sobre Highmark y los planes según ACA, es momento de reunir todo lo que necesita para encontrar el plan adecuado para usted y su familia. Necesitará esta información para cada persona que estará cubierta por su plan.

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

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

Productos y planes de Highmark 2026

Vaya, eso fue mucha información útil.
Ahora, veamos los productos y planes disponibles en su área para 2026.

Una forma rápida de reducir sus opciones.

¿Prefiere hacerlo en línea? Responda tres preguntas fáciles en nuestro sitio web para obtener recomendaciones de planes. Visite Highmark.com/ComparePlansSEPA.

Obtiene todo lo esencial.

Tiene acceso a los 10 beneficios esenciales de salud, además de cobertura para condiciones preexistentes.

Estos incluyen:

1. **Atención de paciente ambulatorio**
2. **Servicios de emergencia**
3. **Hospitalización** (como operación y estancias durante la noche)
4. **Embarazo, maternidad, y atención del recién nacido**
5. **Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias**
6. **Medicamentos con receta**
7. **Servicios de laboratorio**
8. **Servicios de rehabilitación y habilitación, y dispositivos**
9. **Servicios preventivos y de bienestar, y manejo de enfermedades crónicas**
10. **Servicios pediátricos, incluyendo atención dental y de la visión**

Nuestras redes y productos

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

my Blue Access PPO

my Blue Access PPO le ofrece acceso dentro de la red a la red más amplia de médicos y hospitales de Highmark. Además, con el programa BlueCard,[1] también obtiene acceso dentro de la red a proveedores fuera de Pensilvania para atención de rutina, de emergencia y de urgencia.

Con un plan PPO, también tiene la flexibilidad de consultar a proveedores fuera de la red. Tenga en cuenta que pagará más si elige un proveedor fuera de la red para recibir atención de rutina.

- La atención de rutina con proveedores fuera de la red se cubre en dos niveles diferentes:
  - La atención de rutina que reciba de un proveedor fuera de la red en Pensilvania puede costar más que la atención de un proveedor dentro de la red.
  - La atención de rutina que reciba de un proveedor fuera de la red y fuera de Pensilvania puede costar más que la atención de un proveedor fuera de la red dentro del estado.

La atención de emergencia y de urgencia siempre estará cubierta con la misma tarifa dentro de la red, incluso si ve a un proveedor fuera de la red.

Ahorre más cuando use un Sitio de ahorros para miembros

- Los miembros ahorran cuando usan centros independientes, como Quest Diagnostics, en lugar de centros ubicados dentro de un hospital.
- Ahorre entre $25 – $50 en análisis de laboratorio y radiografías, y alrededor de $200 en diagnóstico por imágenes avanzado.
- Los Sitios de ahorros para miembros están claramente identificados en el directorio de proveedores en línea.

[1] El programa BlueCard conecta los planes Blue independientes en todo el país. Proporciona a los miembros de los planes Blue acceso a cobertura dentro de la red cuando se encuentran fuera del área de su plan. El nivel de cobertura depende del plan que haya elegido.

Cobertura del Programa BlueCard	Dentro de PA			Fuera de PA			
	Dentro de la red	Fuera de la red		Dentro de la red (red BlueCard PPO)		Fuera de la red (red BlueCard PPO)	
	Emergencia/ Atención de urgencia/ rutina	Emergencia/ Atención de urgencia	Rutina	Emergencia/ Atención de urgencia	Rutina	Emergencia/ Atención de urgencia	Rutina
my Blue Access PPO	Sí	Sí	Sí*	Sí	Sí	Sí	Sí**

* Se aplica costo compartido fuera de la red dentro del estado.

**Se aplica costo compartido fuera de la red fuera del estado.

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

Para saber si su proveedor está dentro de la red, visite **HighmarkCatalog2026.com/SEPAPro.**

Manejo de la diabetes

La diabetes lo pone en un mayor riesgo de tener condiciones graves, incluyendo enfermedades de los ojos, el corazón y los riñones. Sin embargo, manejar su diabetes puede ayudarlo a prevenir o retrasar estas condiciones. Medir la glucosa en la sangre, monitorear su dieta y tomar sus medicamentos según las indicaciones es clave. Su plan Highmark incluye beneficios y recursos que pueden hacerlo más fácil.

Herramientas y suministros para la diabetes*

- **Programas digitales de manejo para miembros elegibles**
- **Cobertura para medicamentos frecuentes****
  - **Metformin Hcl**
  - **Metformin Hcl Er**
  - **Jardiance**
  - **Basaglar Kwikpen U-100**
  - **Farxiga**
  - **Glimepiride**
  - **Glipizide Er**
- **Monitores continuos de glucosa**
- **Tiras de prueba**
- **Lancetas**

Los medicamentos y suministros específicos pueden cambiar durante el año de cobertura. Consulte siempre su formulario en **highmarkacaformulary.com** para saber en qué nivel se incluyen sus medicamentos y suministros.

* Los gastos de bolsillo por estos medicamentos y suministros variarán según la cobertura de recetas del plan que haya seleccionado.

** Los medicamentos preferidos pueden cambiar. Consulte el sitio web del formulario (highmarkacaformulary.com) para encontrar la información más actualizada.

Términos clave

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%.

COPAGO

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

DEDUCIBLE

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

SERVICIOS DE EMERGENCIA

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

FORMULARIO

Lista de medicamentos seleccionados por el plan basándose en ciertos factores clínicos. La lista de medicamentos está organizada por niveles. Los niveles más bajos suelen implicar copagos más bajos.

MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO

La cantidad máxima que usted pagaría por la atención cubierta en un período de beneficios o un año. Si alcanza esta cantidad, su plan cubrirá el 100% de los gastos a partir de ese momento.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

El profesional médico que lo atiende para la mayoría de sus necesidades básicas de atención médica, como las visitas preventivas y los exámenes anuales.

CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIA

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

VISITAS VIRTUALES

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

¿Está buscando información del plan?

Está en el lugar correcto.

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

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

Aquí puede ver los resúmenes de los planes. Si quiere la lista completa de beneficios de cualquier plan, visite **Highmarksbcs.com** o reciba una copia impresa llamando al **1-833-258-0188** (TTY/TDD: 711).

	Nivel de cobertura		
	Major Events 10600 3 visitas gratuitas[1] con el PCP	**Bronze 9200**[1]	**Bronze 3800**[1]
Disponibilidad del plan	my Blue Access Major Events PPO Catastrophic 10600 - 3 gratuitas[1] con el PCP	my Blue Access PPO Bronze 9200[1]	my Blue Access PPO Bronze 3800[1]
Deducible dentro de la red	Individual: $10,600 Familiar: $21,200	Individual: $9,200 Familiar: $18,400	Individual: $3,800 Familiar: $7,600
Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red	Individual: $10,600 Familiar: $21,200	Individual: $9,200 Familiar: $18,400	Individual: $9,900 Familiar: $19,800
Visita de atención primaria	Primeras 3 visitas gratuitas, luego $0 después del deducible	$0 después del deducible	$65 de copago
Visita con un especialista	$0 después del deducible	$0 después del deducible	$65 de copago
Visitas de salud mental y por abuso de sustancias como paciente ambulatorio	$0 después del deducible	$0 después del deducible	$65 de copago
Terapia física y ocupacional[2]	$0 después del deducible	$0 después del deducible	$65 de copago
Prueba de diagnóstico - Servicios de laboratorio **Centro de ahorros para miembros/Centro de ahorros para no miembros**[3]	$0 después del deducible	$0 después del deducible	$55 de copago/ $105 de copago
Prueba de diagnóstico - Radiografías **Centro de ahorros para miembros/Centro de ahorros para no miembros**[3]	$0 después del deducible	$0 después del deducible	$125 de copago/ $250 de copago
Atención de urgencia[4]	$0 después del deducible	$0 después del deducible	$100 de copago
Servicios de emergencia	$0 después del deducible	$0 después del deducible	50% después del deducible
Hospital, pacientes hospitalizados (incluyendo centro y profesional)	$0 después del deducible	$0 después del deducible	50% después del deducible
Resumen de farmacia[5]	$0 después del deducible	$0 después del deducible	$15 no sujeto al deducible/ 50% después del deducible/ 50% después del deducible/ 50% después del deducible
Opción dental y de la visión integrada para adultos[6]	No	No	Sí

[1] Este plan es elegible para una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA).

[2] Límite de 30 visitas de terapia física y ocupacional combinadas por período de beneficios. El límite no se aplica a los servicios de terapia para el tratamiento de salud mental o por abuso de sustancias.

[3] Si solo se muestra un costo, la responsabilidad del miembro es la misma tanto en los centros de ahorros para miembros como en los centros de ahorros para no miembros.

[4] El copago, si corresponde, no se aplica a los servicios de atención de urgencia indicados para el tratamiento de salud mental o abuso de sustancias.

[5] Visite **highmarkacaformulary.com** para ver nuestro Formulario y revisar si su medicamento está cubierto y en qué nivel.

[6] Vea las páginas 34 – 38 para obtener información de los beneficios de atención dental y de la visión para adultos.

	Nivel de cobertura			
	Silver 6000	**Silver 0[1]**	**Premier Silver 0**	**Gold 1700 HSA[2,3]**
Disponibilidad del plan	my Blue Access PPO Silver 6000	my Blue Access PPO Silver 0[1]	my Blue Access PPO Premier Silver 0	my Blue Access PPO Gold 1700 HSA[2,3]
Deducible dentro de la red	Individual: $6,000 Familiar: $12,000	Individual: $0 Familiar: $0	Individual: $0 Familiar: $0	Individual: $1,700 Familiar: $3,400
Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red	Individual: $8,600 Familiar: $17,200	Individual: $9,400 Familiar: $18,800	Individual: $9,700 Familiar: $19,400	Individual: $7,500 Familiar: $15,000
Visita de atención primaria	$55 de copago	$45 de copago	$45 de copago	$15 de copago después del deducible
Visita con un especialista	$55 de copago	$45 de copago	$45 de copago	$15 de copago después del deducible
Visitas de salud mental y por abuso de sustancias como paciente ambulatorio	$55 de copago	$45 de copago	$45 de copago	$15 de copago después del deducible
Terapia física y ocupacional[4]	$55 de copago	$45 de copago	$45 de copago	$15 de copago después del deducible
Prueba de diagnóstico – Servicios de laboratorio **Centro de ahorros para miembros/Centro de ahorros para no miembros[5]**	$50 de copago/ $75 de copago	$55 de copago/ $105 de copago	$55 de copago/ $105 de copago	$15 de copago después del deducible
Prueba de diagnóstico – Radiografías **Centro de ahorros para miembros/Centro de ahorros para no miembros[5]**	$90 de copago/ $150 de copago	$125 de copago/ $250 de copago	$125 de copago/ $250 de copago	$15 de copago después del deducible
Atención de urgencia[6]	$100 de copago	$90 de copago	$90 de copago	$30 de copago después del deducible
Servicios de emergencia	$750 de copago después del deducible	$1,250 de copago	$1,250 de copago	$250 de copago después del deducible
Hospital, pacientes hospitalizados (incluyendo centro y profesional)	$1,125 de copago después del deducible	$2,500 de copago	$2,500 de copago	$450 de copago después del deducible
Resumen de farmacia[7]	$10 no sujeto a deducible/ $30 no sujeto a deducible/ $250 después del deducible/ 50% después del deducible	$5/$30/$250/50%	$5/$30/$250/50%	$0 después del deducible/ $30 después del deducible/ $150 después del deducible/ 50% después del deducible
Opción dental y de la visión integrada para adultos[8]	No	Sí	Sí	No

[1] Estos planes están disponibles directamente en Highmark y no están disponibles en **Pennie**. No califican para obtener crédito fiscal anticipado por las primas ni para reducciones de costos compartidos.

[2] Este plan es elegible para una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA).

[3] Este plan tiene un deducible no integrado y un máximo de gastos de bolsillo integrado.

[4] Límite de 30 visitas de terapia física y ocupacional combinadas por período de beneficios. El límite no se aplica a los servicios de terapia para el tratamiento de salud mental o abuso de sustancias.

	Nivel de cobertura			
	Gold 1500	**Gold 0**	**Premier Gold 0**	**Premier Platinum 0[1]**
Disponibilidad del plan	my Blue Access PPO Gold 1500	my Blue Access PPO Gold 0	my Blue Access PPO Premier Gold 0	my Blue Access PPO Premier Platinum 0[1]
Deducible dentro de la red	Individual: $1,500 Familiar: $3,000	Individual: $0 Familiar: $0	Individual: $0 Familiar: $0	Individual: $0 Familiar: $0
Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red	Individual: $8,300 Familiar: $16,600	Individual: $7,500 Familiar: $15,000	Individual: $6,900 Familiar: $13,800	Individual: $5,000 Familiar: $10,000
Visita de atención primaria	$35 de copago	$20 de copago	$15 de copago	$0 de copago
Visita con un especialista	$35 de copago	$20 de copago	$15 de copago	$0 de copago
Visitas de salud mental y por abuso de sustancias como paciente ambulatorio	$35 de copago	$20 de copago	$15 de copago	$0 de copago
Terapia física y ocupacional[4]	$35 de copago	$20 de copago	$40 de copago	$0 de copago
Prueba de diagnóstico – Servicios de laboratorio **Centro de ahorros para miembros/Centro de ahorros para no miembros[5]**	$35 de copago/ $60 de copago	$30 de copago/ $55 de copago	$30 de copago/ $55 de copago	$0 de copago/ $0 de copago
Prueba de diagnóstico – Radiografías **Centro de ahorros para miembros/Centro de ahorros para no miembros[5]**	$35 de copago/ $60 de copago	$30 de copago/ $55 de copago	$80 de copago/ $130 de copago	$0 de copago/ $0 de copago
Atención de urgencia[6]	$70 de copago	$40 de copago	$30 de copago	$5 de copago
Servicios de emergencia	$450 de copago	$400 de copago	$350 de copago	$100 de copago
Hospital, pacientes hospitalizados (incluyendo centro y profesional)	$725 de copago después del deducible	$725 de copago	$525 de copago	$325 de copago
Resumen de farmacia[7]	$0/$30/$150/50%	$0/$30/$150/50%	$0/$25/$75/50%	$0/$10/$50/50%
Opción dental y de la visión integrada para adultos[8]	Sí	Sí	Sí	Sí

[5] Si solo se muestra un costo, la responsabilidad del miembro es la misma tanto en los sitios de ahorros para miembros como en los sitios de ahorros para no miembros.

[6] El copago, si corresponde, no se aplica a los servicios de atención de urgencia indicados para el tratamiento de salud mental o abuso de sustancias.

[7] Visite **highmarkacaformulary.com** para ver nuestro Formulario y revisar si su medicamento está cubierto y en qué nivel.

[8] Vea las páginas 34 – 38 para obtener información de los beneficios de atención dental y de la visión para adultos.

	Nivel de ingresos		
	138 – 149% del FPL		150 – 199% del FPL
	Nivel de cobertura		
	Extra Savings Silver 94% de los costos cubiertos por su plan — 6% gastos de bolsillo		Extra Savings Silver 87% de los costos cubiertos por su plan — 13% 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: $1,300 Familiar: $2,600	Individual: $1,250 Familiar: $2,500	Individual: $3,200 Familiar: $6,400
Visita de atención primaria	$1 de copago	$0 de copago	$15 de copago
Visita con un 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 física y ocupacional[1]	$1 de copago	$0 de copago	$15 de copago
Prueba de diagnóstico - Servicios de laboratorio **Centro de ahorros para miembros/Centro de ahorros para no miembros[2]**	$0 de copago/$5 de copago	$0 de copago/$0 de copago	$25 de copago/$50 de copago
Prueba de diagnóstico - Radiografías **Centro de ahorros para miembros/Centro de ahorros para no miembros[2]**	$0 de copago/$5 de copago	$0 de copago/$0 de copago	$50 de copago/$75 de copago
Atención de urgencia[3]	$5 de copago	$5 de copago	$30 de copago
Servicios de emergencia	$125 de copago	$125 de copago	$375 de copago
Hospital, pacientes hospitalizados (incluyendo centro y profesional)	$175 de copago	$175 de copago	$450 de copago
Resumen de farmacia[4]	$0/$1/$5/50%	$0/$1/$5/50%	$0/$10/$50/50%
Opción dental y de la vista integrada para adultos[5]	No	Sí	No

[1] Límite de 30 visitas de terapia física y ocupacional combinadas por período de beneficios. El límite no se aplica a los servicios de terapia para el tratamiento de salud mental o abuso de sustancias.

[2] Si solo se muestra un costo, la responsabilidad del miembro es la misma tanto en los centros de ahorros para miembros como en los centros de ahorros para no miembros.

	Nivel de ingresos		
	150 – 199% del FPL	200 – 249% del FPL	
	Nivel de cobertura		
	Extra Savings Silver 87% de los costos cubiertos por su plan / 13% de gastos de bolsillo	Extra Savings Silver 73% de los costos cubiertos por su plan / 27% gastos de bolsillo	
	Premier Silver 0	Silver 3000	Premier Silver 0
Disponibilidad del plan	my Blue Access PPO Premier Extra Savings Silver 0	my Blue Access PPO Extra Savings Silver 3000	my Blue Access PPO Premier Extra Savings Silver 0
Deducible dentro de la red	Individual: $0 Familiar: $0	Individual: $3,000 Familiar: $6,000	Individual: $0 Familiar: $0
Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red	Individual: $3,300 Familiar: $6,600	Individual: $7,000 Familiar: $14,000	Individual: $7,700 Familiar: $15,400
Visita de atención primaria	$0 de copago	$55 de copago	$45 de copago
Visita con un especialista	$0 de copago	$55 de copago	$45 de copago
Visitas de salud mental y por abuso de sustancias como paciente ambulatorio	$0 de copago	$55 de copago	$45 de copago
Terapia física y ocupacional[1]	$15 de copago	$55 de copago	$45 de copago
Prueba de diagnóstico – Servicios de laboratorio **Centro de ahorros para miembros/Centro de ahorros para no miembros[2]**	$55 de copago/$80 de copago	$50 de copago/$75 de copago	$55 de copago/$105 de copago
Prueba de diagnóstico – Radiografías **Centro de ahorros para miembros/Centro de ahorros para no miembros[2]**	$80 de copago/$130 de copago	$90 de copago/$150 de copago	$125 de copago/$250 de copago
Atención de urgencia[3]	$10 de copago	$100 de copago	$90 de copago
Servicios de emergencia	$500 de copago	$750 de copago después del deducible	$1,250 de copago
Hospital, pacientes hospitalizados (incluyendo centro y profesional)	$550 de copago	$1,125 de copago después del deducible	$2,500 de copago
Resumen de farmacia[4]	$0/$10/$50/50%	$10 no sujeto a deducible/ $30 no sujeto a deducible/ $250 después del deducible/50% después del deducible	$5/$30/$250/50%
Opción dental y de la visión integrada para adultos[5]	Sí	No	Sí

[3] El copago, si corresponde, no se aplica a los servicios de atención de urgencia indicados para el tratamiento de salud mental o por abuso de sustancias.

[4] Visite **highmarkacaformulary.com** para ver nuestro Formulario y revisar si su medicamento está cubierto y en qué nivel.

[5] Vea las páginas 34 – 38 para obtener información de los beneficios de atención dental y de la visión para adultos.

Beneficios dentales y de la visión

Planes que incluyen atención dental y de la visión

Highmark está haciendo que la atención dental y de la visión 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 dentales y de la visión se incluyen automáticamente en cada plan.

Puede encontrar los beneficios dentales y de la visión para adultos en las páginas 36 – 38 y los beneficios pediátricos dentales y de la visión en las páginas 40 – 44.

Cobertura de la visión

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

Cobertura dental

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

Es beneficioso tener cobertura dental

Servicio	Costo promedio con cobertura dental	Costo promedio sin cobertura dental (tarifa normal)
Exámenes, limpiezas y radiografías	$0 – 37	Hasta $400[1]
Empaste compuesto	$71	$170[2]
Extracción simple	$33	$163[3]
Tratamiento de conductos	$400	$1,250[4]

* Tres limpiezas por año.

[1] https://www.dentaly.org/us/oral-hygiene/teeth-cleaning/#How_much_does_a_dental_cleaning_cost, último acceso 8 de mayo de 2025; https://www.dentaly.org/us/panoramic-dental-xray/, último acceso 8 de mayo de 2025

[2] https://www.dentaly.org/us/tooth-filling/#How_much_do_fillings_cost, último acceso 8 de mayo de 2025

[3] https://www.dentaly.org/us/tooth-extraction/#How_much_does_tooth_removal_cost_in_the_US, último acceso 8 de mayo de 2025

[4] https://www.webmd.com/oral-health/guide/dental-root-canals, último acceso 8 de mayo de 2025

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

Dentro de la red

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

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

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

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

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

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

[2] La colección está disponible en la mayoría de los consultorios de los proveedores participantes independientes. La colección está sujeta a cambios. La colección incluye ciertos lentes tóricos y multifocales.

Incluye garantía de un año por rotura de anteojos.

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

Para encontrar un proveedor en la red de Davis Vision, visite **HighmarkCatalog2026.com/SEPA**.

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

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

El porcentaje que aparece en la columna "La póliza paga" indica el porcentaje de la cantidad establecida que la póliza cubrirá por los servicios incluidos y prestados por un dentista participante. Los dentistas participantes aceptan la asignación del plan como pago total.

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

Nuestros planes dentales usan la red Concordia Advantage. Para encontrar dentistas dentro de la red, visite **HighmarkCatalog2026.com/SEPA**.

Notas

Todos los planes tienen cobertura de atención pediátrica de la visión — estos son sus beneficios de la visión.

Dentro de la red

Beneficio de la red (Independientes y Visionworks)[1]	Frecuencia – una vez cada:	Miembros menores de 19 años[2]
Examen de la visión incluyendo la dilatación (cuando esté indicada por un profesional)*	12 meses	$0 de copago
Lentes para anteojos[3]**	12 meses	$0 de copago
Montura**	12 meses	$0 de copago
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)**	12 meses	$0 de copago

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

Beneficio en anteojos - montura[5]	Costo para los miembros
Colección exclusiva de Davis Vision (en lugar de la asignación)	
Fashion/Designer/Premier - costo para el miembro (si corresponde)	$0/$0/$0
Asignación para monturas que no sean de la colección (precio de venta)	Hasta $150 más 20% de descuento sobre cualquier excedente

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

[1] Los beneficios de la visión usan la red de Davis Vision. No hay cobertura fuera de la red. Davis Vision es una compañía independiente que administra los beneficios de atención de la visión de Highmark. Visionworks, también una compañía independiente, es un proveedor de la red de Davis Vision.

[2] La cobertura de la visión terminará para los dependientes a finales del mes en que cumplan 19 años.

[3] Incluye lentes de vidrio, de plástico o de gran tamaño.

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

[5] Las monturas de colección se cubrirán al 100%. Si se elige una montura que no sea de la colección, se aplicará una asignación de $150. Por cualquier cantidad superior a $150 en una montura que no sea de la colección, el miembro será responsable de pagar el 20% del costo del excedente.

[6] Las personas que usen lentes de contacto desechables recibirán cuatro paquetes múltiples de lentes. Las personas que usen lentes de contacto de reemplazo planificado recibirán dos paquetes múltiples de lentes.

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

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

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

Este plan pagará los beneficios por los servicios cubiertos que se muestran abajo sujetos a exclusiones y otros términos de la Póliza.
El pago está basado en la asignación del plan para el servicio cubierto específico.
No hay período de espera para los servicios cubiertos.

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

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

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

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

Los dentistas participantes aceptan la asignación del plan contratado como el pago total por los servicios. **No hay cobertura 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 **HighmarkCatalog2026.com/SEPA**.

Beneficios pediátricos dentales (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, empleando un juicio clínico prudente, prestaría a un paciente con el propósito de evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o sus síntomas, y que:

1. Estén de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica/dental.

2. Sean clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, alcance, lugar y duración, y se consideren eficaces para la enfermedad o lesión del paciente.

3. No sean principalmente para la conveniencia del paciente o del médico/dentista, y no sean más costosos que un servicio alternativo o una secuencia de servicios con al menos la misma probabilidad de producir resultados terapéuticos o diagnósticos equivalentes para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente.

Según lo dispuesto en el subapartado 1 arriba, "estándares generalmente aceptados de la práctica médica/dental" se refiere a:

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

Un servicio de ortodoncia médicamente necesario es un procedimiento ortodóntico que forma parte de un plan de ortodoncia aprobado y que tiene como propósito tratar dificultades funcionales graves, anomalías del desarrollo de los huesos faciales o de las estructuras bucales, traumatismos faciales que causen dificultades funcionales, o se base en la documentación de un diagnóstico psicológico/psiquiátrico emitido por un profesional de salud mental que indique que el tratamiento ortodóntico mejorará la condición mental/psicológica del menor.

Cobertura de ortodoncia médicamente necesaria

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

   a) daños irreversibles en los dientes del asegurado o en sus estructuras de soporte, y

   b) restaurar la salud y la función de la estructura bucal del asegurado.

2. El asegurado debe tener una dentición permanente completamente erupcionada para ser elegible para los servicios integrales de ortodoncia médicamente necesarios por maloclusiones incapacitantes de la dentición adulta.

3. Otros servicios de ortodoncia cubiertos incluyen la visita de tratamiento preortodóntico para completar el formulario HLD (NJ-Mod2), fotos diagnósticas y radiografías panorámicas; tratamiento limitado para la dentición primaria, de transición y adulta; tratamiento interceptivo para la dentición de transición primaria; tratamiento menor para controlar hábitos perjudiciales; continuación de casos transferidos o iniciados antes de la fecha de entrada en vigor del asegurado; casos de operación ortognática con tratamiento ortodóntico integral; colocación y retiro de aparatos ortodónticos; reparación de aparatos ortodónticos; reemplazo de retenedores perdidos o rotos; recementado o recolocación de brackets o bandas; y retiro de aparatos por parte de un proveedor que no haya iniciado el caso, cuando así se solicite mediante reporte.

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

Notas

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

Información importante de los beneficios

Deducible familiar no incorporado: Para un acuerdo que cubra a más de un (1) familiar, se debe satisfacer el deducible familiar antes de que el plan comience a pagar los beneficios por los servicios cubiertos de cualquier miembro cubierto. Una vez satisfecho el deducible familiar, se considerará satisfecho para todos los familiares, y el plan comenzará a pagar los beneficios por los servicios cubiertos de todos los familiares cubiertos durante el resto del período de beneficios (1 de enero de 2026 – 31 de diciembre de 2026). El deducible familiar lo puede satisfacer un familiar o una combinación de familiares.

Planes con deducible familiar agregado/incorporado: Para un Acuerdo que cubra a más de un (1) familiar, a medida que cada Miembro satisfaga su Deducible individual, el Plan comenzará a pagar los beneficios por los servicios cubiertos para ese Miembro durante el resto del Período de beneficios (1 de enero de 2026 – 31 de diciembre de 2026), independientemente de que se haya satisfecho o no el Deducible familiar completo. Una vez satisfecho el deducible familiar, se considerará satisfecho para todos los familiares cubiertos restantes. No todos los miembros individuales deben alcanzar el deducible individual para que se cumpla el deducible familiar y ningún miembro individual puede cubrir todo el deducible familiar.

Usted es responsable de los gastos de bolsillo en cada período de beneficios (1 de enero de 2026 – 31 de diciembre de 2026) hasta la cantidad máxima indicada. 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 que excedan la asignación del plan.

Los servicios de laboratorio de diagnóstico incluyen laboratorio y patología. Estos servicios requieren un copago (o, en algunos planes, un coseguro después del deducible) por fecha y tipo de servicio. El copago, si corresponde, no se aplica a los servicios de diagnóstico indicados para el tratamiento de salud mental o abuso de sustancias.

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

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

Los servicios de atención preventiva incluyen atención de rutina, como exámenes y chequeos médicos, que lo ayudan a mantenerse sano. Consulte el Programa de atención preventiva de Highmark para ver la lista de servicios incluidos.

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

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

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

Debe confirmar que el proveedor esté dentro de la red antes de recibir los servicios. Puede llamar al 1-888-BLUE-428 para confirmar si un médico o centro estará dentro de la red en 2026.

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

Si compra cobertura por medio de un agente o un bróker, ellos pueden recibir una comisión. También puede aplicarse una bonificación o una compensación por incentivos. Para obtener más información, visite Highmark.com y escriba su código postal. Seleccione Plans (Planes) y luego 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 (Compensación de bróker del mercado individual de Highmark).

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

Para obtener más información sobre los beneficios y los procedimientos operativos de Highmark, como consultar el formulario de medicamentos o usar proveedores dentro de la red, visite https://www.highmark.com/transparency-in-coverage. Para obtener una copia en papel de las Políticas de pago de reclamos y otra información, llame al 1-855-873-4108 (TTY/TDD: 711).

Más declaraciones

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

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

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

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

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

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

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

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

Todas las referencias a "Highmark" en este documento se refieren a la empresa Highmark que proporciona los beneficios médicos o la administración de beneficios médicos del miembro, o a una o más de sus compañías Blue afiliadas.

Highmark Blue Shield es una aseguradora de planes médicos calificados en el Mercado de Seguros de Pensilvania. Un Plan médico calificado (QHP) es un plan que tiene la certificación del Mercado de seguros médicos y cumple todos los requisitos de la ACA. Esto incluye dar los 10 beneficios médicos esenciales y mantenerse dentro de los límites de deducibles, copagos y máximos de gastos de bolsillo.

La discriminación es ilegal

El administrador de reclamos/aseguradora cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de 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 motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo asignado al nacer, identidad de género o género registrado. Además, el administrador de reclamos/aseguradora no negará ni limitará la cobertura de ningún servicio médico basándose en el hecho de que el sexo asignado al nacer, la identidad de género o el género registrado de una persona sea diferente de aquel para el que dicho servicio médico normalmente está disponible. El administrador de reclamos/aseguradora no negará ni limitará la cobertura de un servicio médico específico relacionado con la transición de género si dicha negación o limitación da como resultado la discriminación contra una persona transgénero. El administrador de reclamos/aseguradora:

- Da ayuda y servicios gratuitos para que las personas con discapacidad puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - La información escrita está disponible en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos).
- Presta servicios gratuitos de idiomas para 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 alguna otra manera por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, incluyendo estereotipos sexuales y de identidad de género, puede presentar una queja formal a:

Civil Rights Coordinator
P.O. Box 22492
Pittsburgh, PA 15222

Teléfono: 1-866-286-8295 (TTY: 711), Fax: 412-544-2475

Email: CivilRightsCoordinator@highmarkhealth.org

Puede presentar una queja formal en persona, por correo, fax o email. 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 (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Teléfono: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede encontrar los formularios de quejas en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

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

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

ATTENTION: If you speak English, free language translation and interpretation services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services (such as large print, audio, and Braille) to provide information in accessible formats are also available free of charge.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de traducción e interpretación de idiomas. También hay disponibles ayudas y servicios auxiliares adecuados (como letra grande, audio y Braille) para proporcionar información en formatos accesibles sin cargo.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Übersetzungs- und Dolmetscherdienste zur Verfügung. Außerdem sind kostenlos entsprechende Hilfsmittel und Dienstleistungen (wie Großdruck, Audio und Blindenschrift) zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten erhältlich.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis tradiksyon ak entèpretasyon aladispozisyon w gratis nan lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye (tèlke gwo lèt, odyo, Braille) pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou.

ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите на русском языке, Вам доступны бесплатные услуги перевода на другой язык. Также предоставляется дополнительная бесплатная помощь и услуги отображения информации в доступных форматах (например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи).

ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili servizi gratuiti di traduzione e interpretariato. Sono inoltre disponibili gratuitamente adeguati supporti e servizi ausiliari (ad esempio caratteri grandi, audio e Braille) per fornire informazioni in formati accessibili.

ATTENTION : si vous parlez français, des services de traduction et d'interprétation gratuits sont à votre disposition. Vous pouvez aussi bénéficier gratuitement de l'accès à des outils et services auxiliaires appropriés (affichage en gros caractères, audio et le braille) dans des formats accessibles.

ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá nsọ èdè Yorùbá, àwọn iṣẹ ìtumọ ati ògbufọ èdè wà ní àrọwọtó lọ́fẹ̀ẹ́ fún ọ. Awọn iṣẹ ìtójú ati ìrànlọ́wọ́ tó yẹ (bíi titẹwé nla, gbigbọ ohùn, ati ìwé afọ́jú) lati pèsè iwifúnni ni awọn ọna ìrááyè si wà pẹlu lọ́fẹ̀ẹ́.

אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, קענט איר באקומען שפראך איבערזעצונג און דאלמעטשונג סערוויסעס פרײ פון אפצאל. געהעריגע הילפסמיטלען און סערוויסעס (אזויווי גרויסע דרוק, אודיא און ברעיל) צו צושטעלן אינפארמאציע אין צוגענגליכע פארמאטן זענען אויך דא צו באקומען פרײ פון אפצאל.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات الترجمة التحريرية والترجمة الفورية مجانًا. تتوفر أيضًا الوسائل والخدمات المساعدة المناسبة (مثل الطباعة الكبيرة، والوسائل الصوتية، وطريقة برايل) لتقديم المعلومات بتنسيقاتٍ يمكن الوصول إليها من دون أي تكلفة.

注意：如果您说中文，我们将为您提供免费的语言翻译和口译服务。此外，我们还免费提供相应的辅助工具和服务（如大字体、音频和盲文），以便您获取无障碍格式的信息。

ધ્યાન આપશો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હોવ, તો તમારા માટે નિઃશુલ્ક ભાષા અનુવાદ અને ઇન્ટરપ્રિટેશન સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટે યોગ્ય સહાયક સાધનસામગ્રી અને સેવાઓ (જેમ કે મોટી પ્રિન્ટ, ઓડિયો અને બ્રેઇલ) પણ નિઃશુલ્ક ઉપલબ્ધ છે.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ biên dịch và phiên dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Chúng tôi cũng cung cấp miễn phí các dịch vụ và hỗ trợ bổ sung thích hợp (như chữ in lớn, tệp âm thanh và chữ nổi) để cung cấp thông tin ở các định dạng dễ tiếp cận.

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, तपाईलाई निःशुल्क भाषा अनुवाद र दोभासे सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायक प्रविधि र सेवाहरू (जस्तै ठूलो प्रिन्ट, अडियो र ब्रेल) पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्।

कृपया ध्यान दें: यदि आप हिंदी भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ़्त भाषा अनुवाद और व्याख्या संबंधी सेवाएं उपलब्ध हैं। एक्सेस करने योग्य फ़ॉर्मेट में सूचना उपलब्ध कराने के लिए उपयुक्त सहायक सामग्री और सेवाएं (जैसे बड़े प्रिंट, ऑडियो और ब्रेल) भी निःशुल्क उपलब्ध हैं।

주의: 한국어를 사용하는 경우 무료 언어 번역 및 통역 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공받을 수 있는 적절한 보조 수단 및 서비스(예: 큰 활자, 오디오, 점자)도 무료로 이용할 수 있습니다. 도움이

¿Está listo para inscribirse?

Bien. Aquí le decimos cómo hacerlo:

- Por teléfono: 1-855-948-4801
- En línea: HighmarkCatalog2026.com/SEPA
- Comunicándose con su agente o bróker

HIGHMARK.

Because Life.™