

Distrito Escolar de Allentown – Resumen de beneficios de PPO de \$250

Número(s) de grupo: 029259-13, -14, -15, -33, -34

En la siguiente tabla, verá lo que su plan paga por servicios específicos. Usted puede ser responsable de una tarifa de instalación, cargo de clínica o tarifa o cargo similar (además de los honorarios profesionales) si su visita al consultorio o servicio se brinda en un lugar que califica como un departamento hospitalario o un edificio satélite de un hospital.

Beneficio	En red	Fuera de la red
Disposiciones generales		
Fecha de entrada en vigor	1 de enero de 2024	
Período de beneficios (1)	Año natural	
Deducible (por período de beneficios)		
Individual	\$250	\$250
Familia	\$500	\$750
El plan paga: pago basado en la asignación del plan	100% después del deducible	80% después del deducible
Límite de gastos de bolsillo (incluye coseguro. Una vez cumplido, el plan paga el 100% del coseguro por el resto del período de beneficios)		
Individual	Ninguno	\$2,000
Familia	Ninguno	\$6,000
Desembolso máximo total (incluye deducible, coseguro, copagos, costos compartidos de medicamentos recetados y otros gastos médicos calificados, solo de la red) (2) Una vez alcanzado, el plan paga el 100% de los servicios cubiertos por el resto del período de beneficios.		
Individual	\$9,450	No aplicable
Familia	\$18,900	No aplicable
Visitas al consultorio/clínica/atención de urgencia		
Visitas a clínicas minoristas y visitas virtuales	100% después de un copago de \$20	80% después del deducible
Visitas al consultorio y visitas virtuales del proveedor de atención primaria (PCP)	100% después de un copago de \$20	80% después del deducible
Visitas al consultorio de especialistas y visitas virtuales	100% después de un copago de \$20	80% después del deducible
Tarifa del sitio de origen del proveedor de visitas virtuales	100% después del deducible	80% después del deducible
Visitas a centros de atención de urgencia	100% después de un copago de \$20	80% después del deducible
Servicios de Telemedicina (3)	100% después de un copago de \$15	No cubierto
Cuidados Preventivos (4)		
Rutina Adulto		
Exámenes físicos	100% (no aplica deducible)	80% después del deducible
Vacunas para adultos	100% (no aplica deducible)	80% después del deducible
Exámenes ginecológicos de rutina, incluida una prueba de Papanicolaou	100% (no aplica deducible)	80% (no aplica deducible)
Mamografías de rutina anual	100% (no aplica deducible)	80% (no aplica deducible)
Servicios y procedimientos de diagnóstico	100% (no aplica deducible)	80% después del deducible
Pediátrico de rutina		
Exámenes físicos	100% (no aplica deducible)	80% después del deducible
Inmunizaciones pediátricas	100% (no aplica deducible)	80% (no aplica deducible)
Servicios y procedimientos de diagnóstico	100% (no aplica deducible)	80% después del deducible
Servicios de Emergencia		
Servicios de Urgencias (5)	100% después de un copago de \$35 (no se aplica si se admite)	
Ambulancia - Emergencia (6)	100% (no aplica deducible)	
Ambulancia - No Emergencia (6)	100% después del deducible	80% después del deducible
Gastos Hospitalarios y Médicos/Quirúrgicos (incluyendo maternidad) (5)		
Pacientes hospitalizados	100% después del deducible	80% después del deducible
Paciente ambulatorio hospitalario	100% después del deducible	80% después del deducible
Maternidad (servicios profesionales no preventivos) incluyendo a la hija dependiente	100% después del deducible	80% después del deducible
Atención médica (incluidas visitas y consultas de pacientes hospitalizados)	100% después del deducible	80% después del deducible
Servicios de Terapia y Rehabilitación		
Medicina Física	100% después de un copago de \$20	80% después del deducible
Terapia de lenguaje	100% después de un copago de \$20	80% después del deducible
	Límite: 12 visitas/período de beneficios: el límite no se aplica cuando los servicios de terapia se prescriben para el tratamiento de la salud mental o el abuso de sustancias	

Beneficio	En red	Fuera de la red
Terapia ocupacional	100% después de un copago de \$20	80% después del deducible
	Límite: 12 visitas/periodo de beneficios: el límite no se aplica cuando los servicios de terapia se prescriben para el tratamiento de la salud mental o el abuso de sustancias	
Terapia respiratoria	100% (no aplica deducible)	80% después del deducible
Manipulaciones de la columna vertebral	100% después de un copago de \$20	80% después del deducible
Otros servicios de terapia (rehabilitación cardíaca, terapia de infusión, quimioterapia, radioterapia y diálisis)	100% después del deducible	80% después del deducible
Salud Mental / Abuso de Sustancias		
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	100% después del deducible	80% después del deducible
Desintoxicación / Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados	100% después del deducible	80% después del deducible
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios (incluye visitas virtuales de salud conductual)	100% después de un copago de \$20	80% después del deducible
Servicios ambulatorios de abuso de sustancias	100% después de un copago de \$20	80% después del deducible
Otros servicios		
Extractos e inyecciones para alergias	100% después del deducible	80% después del deducible
Análisis Conductual Aplicado para el Trastorno del Espectro Autista (7)	100% después del deducible	80% después del deducible
Procedimientos de Fertilización Asistida	No cubierto	No cubierto
Servicios dentales relacionados con lesiones accidentales	No cubierto	No cubierto
Servicios de diagnóstico		
Imágenes avanzadas (resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, etc.)	100% después del deducible	80% después del deducible
Servicios básicos de diagnóstico (diagnóstico por imágenes estándar, diagnóstico médico, laboratorio/patología, pruebas de alergia)	100% después del deducible	80% después del deducible
Mamografías médicamente necesarias	100% (no aplica deducible)	80% (no aplica deducible)
Equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos y prótesis	100% después del deducible	80% después del deducible
Cuidado de la salud en el hogar	100% después del deducible	80% después del deducible
Límite: 90 visitas/periodo de beneficios agregado con enfermera visitante		
Hospicio	100% después del deducible	80% después del deducible
Consejería, pruebas y tratamiento de la infertilidad (8)	100% después del deducible	80% después del deducible
Enfermería Privada	100% después del deducible	80% después del deducible
Límite: 240 horas/periodo de beneficio		
Atención en un centro de enfermería especializada	100% después del deducible	80% después del deducible
Límite: 100 días/periodo de beneficio		
Servicios de trasplante	100% después del deducible	80% después del deducible
Requisitos de precertificación/autorización (9)	Sí	Sí
Medicamentos recetados		
Deducible de medicamentos recetados	ninguno	
Individual	ninguno	
Familia	ninguno	
Programa de Medicamentos Recetados (10)	Venta al por menor de medicamentos (suministro para 31/60/90 días)	
Definido por la Red Nacional de Farmacias, no por la Red de Médicos. Las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red no están cubiertas.	Copago genérico de \$8	
	Copago de \$25 de la marca del formulario	
	Copago de marca no incluido en el formulario de \$55	
Su plan utiliza el Formulario Integral con un Diseño de Incentivo y Beneficio	Medicamentos de mantenimiento a través de pedidos por correo (suministro para 90 días)	
	Copago genérico de \$8	
	Copago de \$25 de la marca del formulario	
	Copago de marca no incluido en el formulario de \$55	

Esto no es un contrato. Este resumen de beneficios presenta solo los aspectos más destacados del plan. Consulte los documentos de la póliza/plan, ya que se aplican limitaciones y exclusiones. La póliza/plan documenta el control en caso de conflicto con este resumen de beneficios.

- (1) El período de beneficios de su grupo se basa en un año calendario que va del 1 de enero al 31 de diciembre.
- (2) El desembolso máximo total de la red (TMOOP, por sus siglas en inglés) es un mandato del gobierno federal. TMOOP debe incluir el deducible, el coseguro, los copagos, el costo compartido de los medicamentos recetados y cualquier gasto médico calificado.
- (3) Los servicios de telemedicina (atención aguda para enfermedades menores disponibles a pedido las 24 horas del día, los 7 días de la semana) deben ser realizados por un proveedor de telemedicina designado por Highmark. Los servicios adicionales prestados por un proveedor de telemedicina designado se pagan de acuerdo con la categoría de beneficios en la que se encuentran (por ejemplo, el PCP es elegible bajo el beneficio de visita al consultorio del PCP, la salud conductual es elegible bajo el beneficio de servicios de salud mental para pacientes ambulatorios).
- (4) Los servicios se limitan a los enumerados en el Programa Preventivo de Highmark (puede aplicarse el Programa Preventivo de Salud de la Mujer).
- (5) Los beneficios por servicios de atención de emergencia prestados por un proveedor fuera de la red se pagarán a nivel de servicios de la red. Los beneficios por servicios hospitalarios o servicios de atención médica prestados por un proveedor fuera de la red a un miembro que requiera una hospitalización u observación inmediatamente después de recibir los servicios de atención de emergencia se pagarán a nivel de servicios de la red. El miembro no será responsable de ningún monto facturado por el proveedor fuera de la red que exceda la asignación del plan para dichos servicios.

- (6) Los servicios de ambulancia aérea prestados por proveedores fuera de la red estarán cubiertos en el nivel más alto de beneficios de la red.
- (7) Después de la evaluación inicial, se cubrirá el Análisis de Comportamiento Aplicado como se especifica anteriormente. Todos los demás servicios cubiertos para el tratamiento de los trastornos del espectro autista estarán cubiertos de acuerdo con la categoría de beneficios (por ejemplo, terapia del habla, servicios de diagnóstico). El tratamiento para los trastornos del espectro autista no reduce los límites de visitas/día.
- (8) El tratamiento incluye cobertura para la corrección de un problema físico o médico asociado con la infertilidad. La terapia con medicamentos para la infertilidad puede o no estar cubierta según el programa de medicamentos recetados de su grupo.
- (9) Si recibe servicios de un proveedor fuera del área o de un proveedor fuera de la red, debe comunicarse con Highmark Utilization Management antes de una admisión planificada como paciente hospitalizado, antes de recibir ciertos servicios ambulatorios o dentro de las 48 horas posteriores a una emergencia o admisión hospitalaria no planificada para obtener cualquier certificación previa requerida. Si no se obtiene la precertificación y posteriormente se determina que la totalidad o parte de los servicios recibidos no eran médicamente necesarios o apropiados, usted será responsable del pago de cualquier costo no cubierto por su plan de salud.
- (10) El formulario Highmark es una extensa lista de medicamentos recetados aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) seleccionados por su calidad, seguridad y eficacia. El formulario fue desarrollado por Highmark Pharmacy Services y aprobado por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Highmark, compuesto por farmacéuticos clínicos y médicos. Todos los formularios de los planes incluyen productos en todas las categorías terapéuticas principales. Los formularios de los planes varían según la cantidad de medicamentos diferentes que cubren y los requisitos de costos compartidos. Su programa incluye cobertura para medicamentos del formulario y no incluidos en el formulario con los montos de copago o coseguro indicados anteriormente. Su plan requiere que use una farmacia especializada específica para los medicamentos para la hemofilia. Póngase en contacto con el servicio de atención al cliente para obtener más detalles. El programa Copay Armor ayuda a los miembros a pagar medicamentos de alto costo (en su mayoría especializados) aprovechando los dólares de los cupones del fabricante. Los miembros no tendrán que cambiar el lugar donde se surten las recetas y Pillar Rx se comunicará con ellos para ahorrar costos. Su plan ofrece el programa Free Market Health para ciertos medicamentos especializados. Una de las farmacias especializadas de la red se comunicará con usted y le brindará un servicio, atención y coordinación de calidad para surtir y entregar sus recetas especializadas. No es necesario inscribirse.

Highmark Blue Shield es un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

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>.

Insurance or benefit/claims administration may be provided by Highmark, Highmark Choice Company, Highmark Coverage Advantage, Highmark Health Insurance Company, First Priority Life Insurance Company, First Priority Health, Highmark Benefits Group, Highmark Select Resources, Highmark Senior Solutions Company or Highmark Senior Health Company, all of which are independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield plans.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame al número en la parte posterior de su tarjeta de identificación (TTY: 711).

请注意：如果您说中文，可向您提供免费语言协助服务。
请拨打您的身份证背面的号码（TTY：711）。

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Xin gọi số điện thoại ở mặt sau thẻ ID của quý vị (TTY: 711).

알림: 한국어를 사용하시는 분들을 위해 무료 통역이 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 번호로 전화하십시오 (TTY: 711).

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may makukuha kang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Tawagan ang numero sa likod ng iyong ID card (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки. Позвоните по номеру, указанному на обороте вашей идентификационной карты (номер для тект-телефонных устройств (TTY): 711).

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فهناك خدمات المساعدة في اللغة المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم الموجود خلف بطاقة هويتك (جهاز الاتصال لذوي صعوبات السمع والنطق: 711).

Kominike : Si se Kreyòl Ayisyen ou pale, gen sèvis entèprèt, gratis-ticheri, ki la pou ede w. Rele nan nimewo ki nan do kat idantite w la (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, les services d'assistance linguistique, gratuitement, sont à votre disposition. Appelez le numéro au dos de votre carte d'identité (TTY: 711).

UWAGA: Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń pod numer podany na odwrocie karty ubezpieczenia zdrowotnego (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se a sua língua é o português, temos atendimento gratuito para você no seu idioma. Ligue para o número no verso da sua identidade (TTY: 711).

ATTENZIONE: se parla italiano, per lei sono disponibili servizi di assistenza linguistica a titolo gratuito. Contatti il numero riportato sul retro della sua carta d'identità (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen unsere fremdsprachliche Unterstützung kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie dazu die auf der Rückseite Ihres Versicherungsausweises (TTY: 711) aufgeführte Nummer an.

注：日本語が母国語の方は言語アシスタンス・サービスを無料でご利用いただけます。ID カードの裏に明記されている番号に電話をおかけください (TTY: 711)。

توجه: اگر شما به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان، به صورت رایگان، در دسترس شماست. با شماره واقع در پشت کارت شناسایی خود (TTY: 711) تماس بگیرید.