

Health Options Program



Guía de inscripción
para inscritos
elegibles de Medicare

2026



Cobertura de salud para jubilados de PSERS elegibles



¿Tiene más de 65 años y sigue trabajando?

Sí

No

Puede elegir un Medicare Supplement plan

Medicare Supplement plans

HOP Medical Plan

- \$50 de deducible anual.
- Cobertura en cualquier lugar de los EE. UU. y en el extranjero, durante viajes.
- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®, sin costo adicional.
- Cobertura adicional si excede los beneficios máximos de Medicare.

Value Medical Plan

- Prima mensual más baja.
- Debe pagar el deducible anual de la Parte B de Medicare (\$257 en 2025).
- Cobertura en el extranjero durante viajes, limitada a servicios cubiertos por Medicare.
- Sin programa de acondicionamiento SilverSneakers.
- Sin cobertura adicional si se agotan los beneficios de Medicare.

¿Quiere más cobertura?

Cobertura dental de MetLife y de la visión de EyeMed (debe inscribirse en el plan médico)

Cobertura para medicamentos recetados (con o sin plan médico)

Medicare Plus Rx Option

- Debe pagar el deducible anual de \$200.
- Pague menos por ciertos medicamentos.
- Cubre la mayoría de los medicamentos.
- Use el Formulario personalizado con la Lista de medicamentos bonificados.

Medicare Standard Rx Option

- Debe pagar el deducible anual de la Parte D de Medicare (\$615 en 2026).
- Prima mensual más baja.
- Protección financiera para gastos de medicamentos recetados de alto costo imprevistos.
- Usa el Formulario Gold5.



El plan médico de su empleador seguirá ofreciendo cobertura de salud primaria hasta su jubilación. Comuníquese con la HOP Administration Unit cuando tenga planes de jubilarse y solicite un kit de información.

Medicare se convierte en su cobertura primaria para gastos de hospital y médicos.

¿Desea tener más cobertura que la que ofrece Medicare Original?

No

Procure comprender qué cubre y qué no cubre Medicare. Visite medicare.gov.

Sí. Debe estar inscrito en las Partes A y B de Medicare antes de inscribirse en el Health Options Program.

o un Medicare Advantage plan.

Medicare Advantage plans



Aetna Medicare P01 PPO
(PA, DE, FL, MD, NJ, NY)

Capital Blue Cross PPO
(PA, fuera del estado)

Highmark Freedom Blue PPO
(PA, fuera del estado)

Independence Blue Cross Personal Choice 65 PPO
(sureste de PA)

UPMC PSERS HOP Custom PPO (PA)

Los Medicare Advantage plans incluyen cobertura médica y de medicamentos recetados; algunos incluyen cobertura dental y de la visión.

Nota: No todos los planes están disponibles en todos los condados.

¿Necesita cubrir a su cónyuge en el Health Options Program?*

- Si su cónyuge no es jubilado de PSERS y es elegible para Medicare, debe inscribirse en el mismo plan que usted.
- Si su cónyuge no es jubilado de PSERS y no es elegible para Medicare, debe inscribirse en el mismo tipo de plan que usted (p. ej., HOP Pre-65 Medical Plan si usted se inscribe en HOP Medical Plan o en Value Medicare Plan, o un Pre-65 Medicare Advantage Plan ofrecido por la misma aseguradora si elige un Medicare Advantage plan).
Nota: Si tiene planes de inscribir a su cónyuge, elija opciones de plan que sean adecuadas para ambos. Su próxima oportunidad para cambiar de opciones será durante el período de selección de opciones en octubre.
- Si su cónyuge también es jubilado de PSERS, puede inscribirse en cualquier opción.

*Pueden aplicarse restricciones.

Asistencia para pagar la prima: solo disponible con el Health Options Program

Los inscritos elegibles que se inscriben en la cobertura médica reciben hasta \$100 por mes como ayuda para pagar las primas. Durante su vida, en promedio, los inscritos podrían ahorrar \$24,000 o más.

Public School Employees' Retirement System (PSERS) patrocina el Health Options Program para el beneficio únicamente de jubilados y pensionados sobrevivientes de PSERS, así como para sus respectivos cónyuges, cónyuges sobrevivientes y dependientes. PSERS es una agencia del Estado de Pensilvania con la principal responsabilidad de administrar el sistema de jubilación de todos los empleados de escuelas públicas del Estado.

El Health Options Program es un programa voluntario de beneficios financiado por las contribuciones de los participantes. Cada jubilado y pensionado sobreviviente y sus respectivos cónyuges y dependientes deben decidir si quieren participar o no. Las organizaciones de atención médica privadas, los administradores externos y las aseguradoras ofrecen cobertura y servicios de atención médica disponibles a través del Health Options Program. Ni PSERS ni el Estado de Pensilvania son aseguradoras.

PSERS o el Estado de Pensilvania no serán responsables, en ningún caso, por ningún acto u omisión de alguna aseguradora, administrador externo, organización de atención médica privada o proveedor que tengan una función en este programa. Si hubiera alguna discrepancia entre la información presentada en este documento y lo que realmente ofrece el programa, regirán los documentos legales del plan.

Contenido

Le damos la bienvenida al Health Options Program	2	Opciones del plan de medicamentos recetados de Medicare.....	11
Ventajas del Health Options Program	2	Medicare Plus Rx Option	11
Decisiones importantes cuando pasa a ser elegible para Medicare	3	Medicare Standard Rx Option.....	11
Elegibilidad e inscripción	4	Un vistazo a los planes	12
Cobertura comparable.....	4	MetLife Dental y EyeMed Vision Option.....	13
Eventos calificados	4	Cobertura dental de MetLife.....	13
Dependientes elegibles	4	Cobertura de la visión de EyeMed.....	15
Asistencia para pagar la prima: un incentivo especial.....	5	Medicare Advantage plans	17
Cómo inscribirse.....	6	Recursos e información de contacto.....	23
Medicare Supplement plans.....	8	Primas mensuales para Medicare Supplement plans, cobertura de medicamentos recetados de Medicare, y cobertura dental y de la visión	27
HOP Medical Plan	8	Primas mensuales para los Medicare Advantage plans.....	34
Un vistazo al plan	9		
Value Medical Plan	10		
Un vistazo al plan	10		

BUSQUE NUESTRO LOGOTIPO

HOP
HEALTH OPTIONS PROGRAM



Si no ve nuestro nombre, la cobertura no es ofrecida por PSERS. El probable que también reciba información de AARP, su sede de Blue Cross Blue Shield, y de otras organizaciones que le ofrecerán cobertura de salud y de medicamentos recetados de Medicare (Parte D). Estos planes no están patrocinados por PSERS, lo que significa que no ofrecen los beneficios y las ventajas descritos en este manual.

Le damos la bienvenida al Health Options Program

El Health Options Program ofrece cobertura médica integral, de medicamentos recetados, dental y de la visión a tarifas competitivas.

Este manual describe el programa para los participantes elegibles de Medicare.

Para obtener información acerca de cobertura médica para participantes no elegibles de Medicare inscritos al Health Options Program, llame a la HOP Administration Unit al 1-800-773-7725.

La mayoría de los inscritos del Health Options Program se inscriben cuando cumplen 65 años y pasan a ser elegibles para Medicare. A los 65 años, a menos que siga trabajando, Medicare pasa a ser su cobertura principal para abordar gastos médicos y hospitalarios. Consulte la página 3 para saber lo que debe tener en cuenta cuando se inscribe en Medicare.

Muchas personas sienten que el nivel básico de Medicare (llamado Medicare Original) que ofrece el gobierno no es suficiente para cubrir sus necesidades. Hay dos opciones para mejorar su cobertura:

- Un **Medicare Supplement plan** (a veces llamado póliza Medigap) que paga todos los deducibles o coseguro, o parte de ellos, que tendría que pagar si solo tuviera Medicare Original.
- Un **Medicare Advantage plan** (también conocido como plan de la Parte C de Medicare) que reemplaza a Medicare Original por completo.

Ambas opciones están disponibles con el Health Options Program y para cada una hay opciones de planes disponibles. Si elige un Medicare Supplement plan, puede añadir un plan dental y de la visión voluntario (consulte la página 13) o cobertura de medicamentos recetados (consulte la página 11). Cada una de estas opciones implica una prima adicional. La cobertura de medicamentos recetados también está disponible de forma independiente.

Si elige un Medicare Advantage plan, la cobertura de medicamentos recetados está incluida. Los beneficios dentales y de la visión también están incluidos con algunos Medicare Advantage plans.

Ventajas del Health Options Program

- Si es elegible para recibir asistencia para pagar la prima y se inscribe en un Medicare Supplement plan o un Medicare Advantage plan, podrá recibir hasta **\$100 por mes** para ayudarlo a pagar su seguro médico.
- El programa ofrece **una selección de coberturas**. Puede elegir entre dos Medicare Supplement plans, dos planes de medicamentos recetados y la cobertura dental y de la visión. Según su lugar de residencia, varios Medicare Advantage plans también pueden estar disponibles.
- En la mayoría de los casos, sus primas mensuales se **deducirán automáticamente** del pago de su beneficio de jubilación (siempre que su pensión supere la prima).
- Puede **cambiar su elección** cada año a partir de octubre durante el período de selección de opciones. También se puede inscribir, añadir dependientes o cambiar sus opciones si a usted o a un dependiente se les presenta un evento calificado.
- Tiene acceso a **información de atención médica** que lo ayudará a tomar decisiones informadas acerca de su atención médica y a llevar un estilo de vida más saludable. Recibirá boletines informativos y manuales que lo ayudarán a sacar el máximo provecho de su participación. Los representantes de Atención al Cliente en la HOP Administration Unit están especialmente capacitados y dedicados a ayudar a los participantes. Puede comunicarse con uno de ellos llamando al 1-800-773-7725 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-498-5428), los días de semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este. Puede visitar su sitio en línea **HOPbenefits.com** las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Decisiones importantes cuando pasa a ser elegible para Medicare

- **Puede optar por abandonar la Parte B de Medicare.** A los 65 años o al comenzar su elegibilidad para Medicare, se lo inscribirá automáticamente en las Partes A y B de Medicare, siempre que haya comenzado a recibir los beneficios del Seguro Social para ese momento. No paga nada por la Parte A, pero, para la Parte B, se le solicita el pago de una prima que se deduce de sus beneficios del Seguro Social. Si opta por abandonar la Parte B la primera vez que pasa a ser elegible y quiere inscribirse más adelante, puede que tenga que esperar hasta que inicie un período de inscripción de Medicare y que tenga que pagar una prima más alta. Recuerde que, para participar en el Health Options Program, debe estar inscrito tanto en la Parte A como en la Parte B.
- **Puede inscribirse en la Parte D de Medicare,** que cubre medicamentos recetados y requiere del pago de una prima adicional. El Health Options Program ofrece una selección para los planes de la Parte D: Medicare Plus Rx Option, Medicare Standard Rx Option y los planes de la Parte D que forman parte de los Medicare Advantage plans. Si no se inscribe en un plan de la Parte D cuando pasa a ser elegible para Medicare por primera vez y no participa en un plan que se considera que ofrece cobertura acreditable, en caso de que decida inscribirse en la Parte D más adelante, pagará una prima más alta.
- **De estar disponible, puede tener la oportunidad de inscribirse en un Medicare Supplement plan o en un Medicare Advantage plan ofrecido por el distrito o el empleador de su escuela.** Si se inscribe, será elegible para recibir asistencia para pagar la prima a través de PSERS. Sin embargo, no podrá pasarse de ese plan al Health Options Program sin un evento calificado (a menos que el Health Options Program lleve a cabo una inscripción abierta). Un aumento en el costo del plan del empleador de su escuela no cuenta como evento calificado.



El Health Options Program, patrocinado por Pennsylvania Public School Employees' Retirement System (PSERS), opera para el beneficio exclusivo de nuestros jubilados y sus familias.

Elegibilidad e inscripción

Para ser elegible para un Medicare Supplement plan o para un Medicare Advantage plan, debe inscribirse en las Partes A y B de Medicare y pagar la prima de la Parte B.

Cobertura comparable

Si su cónyuge no está inscrito actualmente, considere cuándo podrá jubilarse. Los jubilados y sus dependientes deben estar inscritos en el mismo plan, que se determina según el que se inscriba primero. Si su cónyuge pasará a ser elegible en el próximo año, pero después de que usted tome su decisión en este período de selección de opciones, quizás desee considerar cuáles opciones darán resultados para los dos. De otra manera, no tendrá la oportunidad de cambiar de cobertura (para ambos) hasta el período de selección de opciones del próximo otoño. Por ejemplo, si usted elige el HOP Medical Plan, cuando su cónyuge se jubile, también debe elegir el HOP Medical Plan (si es elegible para Medicare) o el HOP Pre-65 Medical Plan (si no es elegible para Medicare). Sin embargo, si tanto usted como su cónyuge son pensionados de PSERS, pueden elegir diferentes opciones de planes.

Eventos calificados

Puede inscribirse en el Health Options Program o cambiar de beneficio si experimenta un evento calificado. Sin embargo, no espere demasiado. Se aplican determinados plazos. Comuníquese con la HOP Administration Unit al 1-800-773-7725 para obtener los detalles.

Se presenta un evento calificado cuando sucede lo siguiente:

- Se jubila y pierde la cobertura de atención médica bajo el plan de salud del empleador de la escuela. La cobertura bajo el plan de salud del empleador de la escuela incluye cualquier cobertura de continuación COBRA que pueda elegir bajo ese plan de salud de empleador de escuela.
- Pierde de forma involuntaria la cobertura bajo un plan de salud del empleador que no sea de escuela, incluyendo cualquier cobertura de continuación COBRA que

pueda elegir bajo ese plan de salud de empleador que no sea de escuela.

- Usted o su cónyuge cumplen 65 años o pasan a ser elegibles para Medicare.
- Hay un cambio en el estado de su familia, que incluye: divorcio; fallecimiento de un cónyuge; adición de un dependiente por nacimiento, adopción o casamiento; o pérdida de elegibilidad de un dependiente. (El fallecimiento de un jubilado no cuenta como evento calificado a menos que el cónyuge o dependiente vaya a recibir una pensión por parte de PSERS luego del fallecimiento del jubilado).
- Pasa a ser elegible para recibir la asistencia para pagar la prima por un cambio en la legislación.
- Su plan actual finaliza o se muda fuera del área de servicio de su plan actual.

Los eventos calificados aplican para usted y pueden aplicar para su cónyuge y sus dependientes.

Dependientes elegibles

Los dependientes elegibles para inscribirse en el Health Options Program incluyen los siguientes:

- Su cónyuge.
- Sus hijos no casados menores de 19 años, incluyendo hijos biológicos, hijastros, hijos legalmente adoptados e hijos entregados en adopción.
- Sus hijos no casados de entre 19 y 23 años inscritos como estudiantes de tiempo completo en una escuela o universidad acreditada o en una escuela técnica o especializada; o bien, que no estén empleados de forma regular por tiempo completo por uno o más empleadores.
- Sus hijos no casados con alguna incapacidad mental o física antes de los 17 años que:
 - No puedan tener un empleo que les permita mantenerse a sí mismos.
 - Dependan de su apoyo.
 - Vivan con usted.

Asistencia para pagar la prima: un incentivo especial

Participar en el Health Options Program puede otorgarle el derecho de recibir un incentivo financiero especial que no está disponible con un programa comercial como AARP o Blue Cross Blue Shield. PSERS ofrece asistencia para pagar la prima para ayudar a los jubilados elegibles a pagar su cobertura médica a través del Health Options Program u otro plan de salud de empleador de escuela pública o de distrito del Estado.

Si es elegible para recibir esta asistencia y se inscribe en un Medicare Supplement plan o a un Medicare Advantage plan a través del Health Options Program, PSERS le pagará hasta \$100 por mes para su prima mensual. Como participante del Health Options Program, a lo largo de su vida puede ahorrar, en promedio, hasta \$24,000 o más. El monto del beneficio de la asistencia para pagar la prima está determinado por la legislatura de Pensilvania y está sujeto a cambios.

Usted puede recibir asistencia con las primas si está jubilado y cumple con uno de los siguientes requisitos de jubilación:

Para las clases T-C, T-D, T-E, T-F, T-G y T-H:

- Todas las clases con al menos 24½ puntos de elegibilidad independientemente de la edad.
- Clases T-C y T-D: Finaliza su empleo en una escuela a la edad de 62 años o más con al menos 15 puntos de elegibilidad.
- Clases T-E y T-F: Finaliza su empleo en una escuela a la edad de 65 años o más con al menos 15 puntos de elegibilidad.
- Clases T-G y T-H: Finaliza su empleo en una escuela a la edad de 67 años o más con al menos 15 puntos de elegibilidad.
- Recibe un beneficio de jubilación por discapacidad por parte de PSERS.

Para la clase DC:

- Tiene al menos 24½ puntos de elegibilidad, finaliza su empleo en una escuela, es elegible para Medicare y recibe la totalidad o parte de su distribución.

- Tiene al menos 15 puntos de elegibilidad, finaliza su empleo en una escuela cuando llega a la edad de 67 años o después y recibe la totalidad o parte de su distribución.

Si cumple con los requisitos de elegibilidad, podrá recibir asistencia para pagar la prima solo si tiene una prima de gastos de bolsillo de un plan médico ofrecido a través del Health Options Program o si continúa participando en el plan aprobado por su anterior empleador de escuela. La asistencia para pagar la prima no paga lo siguiente:

- Planes dentales, de la visión o medicamentos recetados separados, incluidas las opciones independientes de cobertura de medicamentos recetados ofrecidas a través del Health Options Program.
- Primas de gastos de bolsillo para cónyuges o dependientes de jubilados.
- Si su empleador de escuela ofrece la cobertura sin cargo o con contribuciones no gravables.

La asistencia para pagar la prima es un ingreso no gravable. Si recibe asistencia para pagar la prima para la cobertura del plan de empleador de su escuela, y esta cobertura finaliza, **debe inscribirse en el Health Options Program para conservar su asistencia para pagar la prima.**



Cómo inscribirse

Inscribirse es fácil. Solo siga los siguientes pasos.

Paso 1:	Revise las opciones y los costos disponibles. Asegúrese de leer toda la información que reciba por parte del Health Options Program que describa sus opciones. Para obtener más información, también puede visitar HOPbenefits.com o llamar a la HOP Administration Unit al 1-800-773-7725. Elija la mejor opción para usted.
Paso 2:	Asegúrese de tener el formulario de inscripción correcto. La <i>solicitud para el Health Options Program de PSERS</i> se utiliza solo para la inscripción en uno o más de los siguientes: • HOP Medical Plan • Value Medical Plan • Medicare Plus Rx Option • Medicare Standard Rx Option • MetLife Dental y EyeMed Vision Option Si quiere un formulario de inscripción o información de un Medicare Advantage plan ofrecido a través del Health Options Program, llame a la HOP Administration Unit al 1-800-773-7725. Para inscribirse en un Medicare Advantage plan, debe solicitar y presentar el formulario de inscripción correcto.
Paso 3:	Complete la solicitud de inscripción. Complete y firme la solicitud de inscripción para el plan al que quiera inscribirse dentro de un plazo de tres meses antes de la fecha de entrada en vigencia deseada. No firme ni entregue su solicitud más de tres meses antes de esa fecha.
Paso 4:	Entregue su solicitud completa a la HOP Administration Unit, incluso si su elección es un Medicare Advantage plan. Todos los formularios de inscripción deben entregarse a la HOP Administration Unit, P.O. Box 1764, Lancaster, PA 17608-1764. Esto garantiza que esté inscrito en el plan correcto y que recibirá la asistencia para pagar la prima, en caso de que sea elegible. No envíe ningún formulario de solicitud completo directamente a un Medicare Advantage plan.

Medicare Supplement plans

- HOP Medical Plan
 - Value Medical Plan
-

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare

- Medicare Plus Rx
 - Medicare Standard Rx
-

Cobertura dental y de la visión



Medicare Supplement plans

Usted y su cónyuge, si él o ella es elegible para Medicare, pueden inscribirse en un Medicare Supplement plan y conservar los beneficios de Medicare Original.

El Health Options Program ofrece dos Medicare Supplement plans: el **HOP Medical Plan** y el **Value Medical Plan**. Su prima mensual con el Value Medical Plan es inferior a la prima del HOP Medical Plan, pero sus pagos de bolsillo son mayores cuando tiene gastos médicos. Si se inscribe en un Medicare Advantage plan, no podrá inscribirse en el HOP Medical Plan ni en el Value Medical Plan.

HOP Medical Plan

Cuando tiene Medicare Original y se inscribe en el HOP Medical Plan, tiene **un deducible de \$50 para los servicios de la Parte B de Medicare**. Después de alcanzar el deducible, la cobertura combinada paga el 100% de los gastos médicos y hospitalarios cubiertos, a excepción de algunos copagos: \$10 por una cita con un proveedor de atención primaria, \$40 por una consulta en una sala de emergencia, \$25 por una resonancia magnética (RM) o una tomografía computarizada (TC) y 10% (hasta \$100 por artículo) para equipo médico duradero. Además, el HOP Medical Plan ofrece cobertura adicional si excede sus beneficios máximos de Medicare o si necesita servicios al viajar al exterior.

Así mismo, si se inscribe en el HOP Medical Plan, tiene programas de acondicionamiento **SilverSneakers®** sin ningún costo adicional. SilverSneakers incluye clases grupales de acondicionamiento, eventos sociales, piscinas de natación y una red de más de 13,000 centros de acondicionamiento. Todo incluido en su membresía básica de acondicionamiento. Para encontrar un centro cercano, visite el sitio en línea **silversneakers.com**.



Si se inscribe en el HOP Medical Plan dentro de los tres meses antes o después del mes en el que cumple 65 años, pagará una prima con descuento. Si permanece inscrito en el HOP Medical Plan, recibirá un descuento en su prima cada año hasta que cumpla 70 años. Si se jubila después de los 65 años y se inscribe en el HOP Medical Plan, puede calificar para un descuento inferior.

Un vistazo al plan

CUÁNTO PAGARÁ EN 2026		HOP MEDICAL PLAN
PLAN MÉDICO		
Deducible anual		\$50
Máximo anual de gastos de bolsillo		Solo se aplica a los beneficios médicos complejos (ver a continuación)
Internaciones		\$0
Visitas médicas		\$10, PCP; \$20, especialista
Atención preventiva		\$0 (servicios cubiertos por Medicare)
Sala de emergencia		\$40 (eximido si lo admiten)
Centro de atención de urgencia		\$15
Cirugía ambulatoria		\$0
Pruebas diagnósticas		\$0 (radiografía y laboratorio); \$25 (imágenes; p. ej., RM y TC)
Terapia ambulatoria		\$0
Equipo médico duradero		10% hasta \$100/artículo
Salud mental ambulatoria		\$10/visita (visitas al consultorio) o \$0 (otros servicios)
Salud mental para pacientes hospitalizados		\$0
Exámenes físicos		Sin cobertura (a menos que esté aprobado por Medicare)
Exámenes ginecológicos/obstétricos		\$10/examen
Mamografías		\$0
Centro de enfermería especializada		\$0/día para los días del 1 al 100 (beneficios médicos complejos para más de 101 días)
Audífonos		Sin cobertura
Atención dental		Sin cobertura
Exámenes de la vista/audición		Sin cobertura
Anteojos recetados		Sin cobertura
Procedimientos médicos complejos (una vez superados los beneficios de Medicare)		
Todos los gastos cubiertos		\$250 de deducible; luego, el 20%
Máximo anual de gastos de bolsillo		\$1,000
Máximo de por vida pagado por el plan para beneficios médicos complejos		\$1,000,000

Consulte la *Descripción resumida de HOP Medical Plan* para ver una lista completa de servicios cubiertos, exclusiones y limitaciones, según corresponda.

Value Medical Plan

El Value Medical Plan es para jubilados que quieren una prima mensual baja y gastos de bolsillo superiores al momento de obtener servicios. Está diseñado para ofrecer protección financiera en caso de que se presenten importantes gastos médicos u hospitalarios inesperados. Si ingresa al hospital, el plan paga el 100% de los deducibles y copagos diarios del hospital de Medicare, **pero usted debe pagar los primeros \$300**. Cuando tenga gastos médicos, el plan limita su parte del costo compartido, pero solo después de que **pague el deducible anual (\$257 en 2025)**. El

deducible anual para el **Value Medical Plan** de PSERS se suma al deducible de la Parte B de Medicare. Significa que, cada octubre, como el gobierno federal ajusta el deducible estándar para la Parte B de Medicare, el **Value Medical Plan** de PSERS ajusta su deducible en consecuencia.

A diferencia del HOP Medical Plan, el Value Medical Plan no ofrece cobertura adicional en caso de que supere los beneficios de Medicare, así como tampoco incluye la membresía de SilverSneakers. La cobertura del Value Medical Plan para servicios prestados en el exterior se limita a los servicios cubiertos por Medicare.

Un vistazo al plan

CUÁNTO PAGARÁ EN 2026	VALUE MEDICAL PLAN
PLAN MÉDICO	
Deducible anual	\$257 (en 2025)
Máximo anual de gastos de bolsillo	\$5,000
Internaciones	\$300/ingreso
Visitas médicas	20% a un máximo de \$20/visita
Atención preventiva	\$0 (servicios cubiertos por Medicare)
Sala de emergencia	\$50 (eximido si lo admiten)
Centro de atención de urgencia	20% a un máximo de \$20/visita
Cirugía ambulatoria	20% a un máximo de \$100/procedimiento
Pruebas diagnósticas	20% (a un máximo de \$100/procedimiento de RM y TC)
Terapia ambulatoria	20%
Equipo médico duradero	20%
Salud mental ambulatoria	20% a un máximo de \$20/visita
Salud mental para pacientes hospitalizados	\$300/ingreso
Exámenes físicos	Sin cobertura (a menos que esté aprobado por Medicare)
Exámenes ginecológicos/obstétricos	20% a un máximo de \$20/visita
Mamografías	\$0
Centro de enfermería especializada	\$0/día para los días del 1 al 20; \$50/día para los días del 21 al 100; no cubierto para más de 101 días
Audífonos	Sin cobertura
Atención dental	Sin cobertura
Exámenes de la vista/audición	Sin cobertura
Anteojos recetados	Sin cobertura
Procedimientos médicos complejos (una vez superados los beneficios de Medicare)	Sin cobertura

Consulte la *Descripción resumida de Value Medical Plan* para ver una lista completa de servicios cubiertos, exclusiones y limitaciones, según corresponda.

Opciones del plan de medicamentos recetados de Medicare

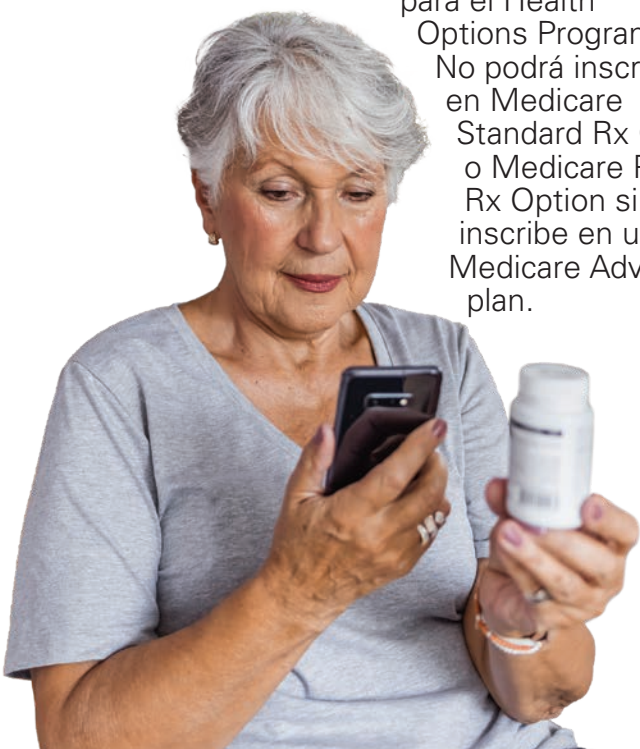
Usted y su cónyuge, si él o ella es elegible para Medicare, pueden inscribirse en un plan calificado de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare (con un complemento de Medicare o sin él). Sin embargo, si elige un plan de medicamentos recetados de forma independiente (sin complemento de Medicare), **no será elegible para recibir la asistencia para pagar la prima.**

El Health Options Program ofrece dos planes de medicamentos recetados de Medicare: **Medicare Plus Rx Option y Medicare Standard Rx Option.** Su prima mensual para Medicare Standard Rx Option es inferior a la prima para Medicare Plus Rx Option; sin embargo, tendrá que cumplir con el deducible anual antes de que Medicare Standard Rx Option pague cualquier gasto de sus medicamentos recetados.

Los planes de medicamentos recetados de Medicare son administrados por OptumRx (1-888-239-1301)

para el Health Options Program.

No podrá inscribirse en Medicare Standard Rx Option o Medicare Plus Rx Option si se inscribe en un Medicare Advantage plan.



Medicare Plus Rx Option

Con Medicare Plus Rx Option, tiene **un deducible de \$200 para medicamentos de marca preferidos, no preferidos o de especialidad** (medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5). No hay deducible para los medicamentos genéricos de Nivel 1 y Nivel 2. Medicare Plus Rx Option también cubre ciertos medicamentos no cubiertos por Medicare Standard Rx Option ni los programas de medicamentos recetados de Medicare ofrecidos por aseguradoras comerciales. Medicare Plus Rx Option tiene un formulario diferente de Medicare Standard Rx Option.

Medicare Standard Rx Option

Medicare Standard Rx Option es para jubilados que quieren pagar el **deducible anual de \$615 (en 2026) para medicamentos recetados por medicamentos de marca preferidos, no preferidos o de especialidad** (medicamentos de Niveles 3, 4 y 5) por una prima mensual más baja. No hay deducible para los medicamentos genéricos de Nivel 1 y Nivel 2. Está diseñado para ofrecer protección financiera en caso de que se presenten gastos importantes e inesperados de medicamentos recetados. Medicare Standard Rx Option tiene un formulario diferente que Medicare Plus Rx Option. El formulario de Medicare Standard Rx Option se llama Formulario Gold5.

El deducible para **Medicare Standard Rx Option** de PSERS se suma al deducible estándar de la Parte D de Medicare. Significa que, cada septiembre, como el gobierno federal ajusta el deducible estándar para la Parte D de Medicare, **Medicare Standard Rx Option** de PSERS ajusta su deducible en consecuencia.

Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados sin cobertura médica, no será elegible para recibir asistencia para pagar la prima.

Un vistazo a los planes

Presentamos una comparación directa de cuánto pagará con cada opción de cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más detalles sobre lo que está cubierto y las limitaciones de los beneficios, consulte la *Evidencia de cobertura para Medicare Plus Rx Option y Medicare Standard Rx Option*.

	MEDICARE PLUS Rx OPTION		MEDICARE STANDARD Rx OPTION	
MEDICAMENTOS RECETADOS	Farmacia minorista	Pedido por correo	Farmacia minorista	Pedido por correo
Deducible anual	\$200 (excluye los medicamentos genéricos de los Niveles 1 y 2)		\$615 (excluye los medicamentos genéricos de los Niveles 1 y 2)	
Cobertura inicial hasta un límite de gastos de bolsillo de \$2,100*				
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1), no sujetos al deducible anual	Máximo de \$4 por un suministro para hasta 30 días; \$12 por un suministro para 31 a 90 días	\$12 por un suministro para 31 a 90 días	Máximo de \$6 por un suministro para hasta 30 días; \$18 por un suministro para 31 a 90 días	\$18 por un suministro para 31 a 90 días
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2), no sujetos al deducible anual	Máximo de \$10 por un suministro para hasta 30 días; \$30 por un suministro para 31 a 90 días	\$30 por un suministro para 31 a 90 días	Máximo de \$15 por un suministro para hasta 30 días; \$45 por un suministro para 31 a 90 días	\$45 por un suministro para 31 a 90 días
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	20%	20%	25%	25%
Medicamentos no preferidos (Nivel 4)	25%	25%	30%	30%
Medicamentos de especialidad (Nivel 5; limitado a un suministro para 30 días)	30%	30%	25%	25%
Cobertura catastrófica**				
Medicamentos genéricos***	\$0		\$0	
Medicamentos de marca***	\$0		\$0	

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

** En Medicare Plus Rx Option, puede que tenga costos compartidos por los medicamentos cubiertos en nuestra Lista de medicamentos bonificados.

*** Incluye los medicamentos de especialidad.

Mejoras en los beneficios previstas en la Ley para la Reducción de la Inflación. Llame a OptumRx para obtener más información.

Insulina: no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por las opciones de cobertura para medicamentos recetados de Medicare, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Vacunas: las opciones de cobertura para medicamentos recetados de Medicare cubren la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible anual.

Puede encontrar una lista de todos los medicamentos cubiertos en el *Formulario integral de medicamentos recetados para Medicare Plus Rx Option* y en el *Formulario integral de medicamentos recetados Gold5* disponible en línea en **HOPbenefits.com** por solicitud a la HOP Administration Unit.

MetLife Dental y EyeMed Vision Option

Bajo MetLife Dental y EyeMed Vision Option, una sola elección le brinda dos tipos de cobertura; no puede inscribirse en la cobertura dental y de la visión por separado. La cobertura dental y de la visión incluye atención preventiva y le ofrece descuentos para ciertos servicios si acude a proveedores de la red. Consulte las secciones siguientes para obtener más detalles sobre cómo funcionan los beneficios, cómo encontrar proveedores de la red y cualquier limitación o restricción.

Debe inscribirse en el HOP Medical Plan o en el Value Medical Plan para ser elegible para la cobertura dental y de la visión. No está disponible de forma independiente o si se inscribe en un Medicare Advantage plan. Si no se inscribe en la cobertura dental y de la visión cuando sea elegible por primera vez, o se inscribe pero cancela su cobertura en una fecha posterior, no podrá volver a inscribirse en menos que haya una inscripción abierta o le ocurra un evento calificado.

* Los ahorros que reciba por inscribirse en el Programa de dentistas preferidos de MetLife dependerán de varios factores, entre ellos, con qué frecuencia consulta al dentista y los costos de los servicios prestados.

Cobertura dental de MetLife

Además de ayudarlo a mantener una buena salud bucal a un precio razonable,* el plan dental le ofrece una variedad de importantes ventajas:

- Al unirse, no necesita cambiar de dentista. Puede visitar a cualquier dentista que quiera, pero elegir uno que forme parte de la red de MetLife (un dentista dentro de la red) le ahorra dinero.*
- Si acude a un dentista de la red, no hay deducible anual, lo que significa que comienza a ahorrar en atención dental la primera vez que visita a un dentista.
- Con un dentista de la red, no paga nada por atención preventiva (estudios o limpiezas) y paga menos de la mitad del costo por cualquier otro servicio.
- Cada año usted puede recibir hasta \$1,400 en servicios de restauración básicos y complejos. Los servicios preventivos no cuentan para el beneficio anual máximo.
- Si consulta a un dentista de la red después de recibir el máximo beneficio anual, continuará pagando las tarifas con descuento.



Un vistazo a la cobertura

Aquí le brindamos una descripción general de cuánto paga por atención dental dentro y fuera de la red. Para obtener más información sobre el uso de dentistas de la red y las limitaciones del plan, revise *el folleto de MetLife Dental y EyeMed Vision Option* que se encuentra en **HOPbenefits.com**.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED*
Servicios preventivos (no cuentan para el beneficio anual máximo)		
Deducible	\$0	\$0
Estudios bucales, limpiezas, radiografías de boca completa o panorámicas, radiografías interproximales, radiografías intraorales, periapicales y extraorales, tratamiento con flúor (para hijos dependientes de hasta 14 años)	0%	20% de la tarifa con descuento de MetLife más 100% de la diferencia entre las tarifas original y la que tiene descuento.
Servicios de restauración básicos y complejos		
Deducible	\$0	\$100
Servicios básicos (pruebas de vitalidad pulpar, moldes de diagnóstico, estudios bacteriológicos, selladores, mantenedores de espacios, cuidados paliativos, empastes sedantes, empastes, mantenimiento periodontal, recubrimiento pulpar, pulpotomía terapéutica, periodoncia, extracciones no quirúrgicas simples, extracciones quirúrgicas/cirugía bucal)	30% de la tarifa con descuento de MetLife	50% de la tarifa con descuento de MetLife más 100% de la diferencia entre las tarifas original y la que tiene descuento.
Servicios complejos (recementación y reparaciones, rebasado y relleno, anestesia general, consultas, inserciones/recubrimiento, coronas, reconstrucción de corona, dentadura postiza, puentes, endodoncia/conducto radicular, periodoncia, colocación quirúrgica de implantes)	40% de la tarifa con descuento de MetLife	50% de la tarifa con descuento de MetLife más 100% de la diferencia entre las tarifas original y la que tiene descuento.

* Estos niveles de reembolso fuera de la red no se aplican en Texas, Mississippi, Luisiana, Montana, Massachusetts o Alaska. Si vive en uno de estos estados, llame a la HOP Administration Unit (1-800-773-7725) para conocer los niveles de reembolso.

Cobertura de la visión de EyeMed

La cobertura de la visión incluye atención preventiva y le ofrece descuentos para ciertos servicios si acude a un proveedor de la red. Consulte las secciones siguientes para obtener más detalles sobre cómo funcionan los beneficios, cómo encontrar proveedores de la red y cualquier limitación o restricción.

El plan de la visión le ofrece una serie de ventajas importantes:

- Los exámenes de la vista, armazones y lentes graduados o lentes de contacto médicamente necesarios están cubiertos una vez cada dos años calendario.
- Tiene la opción de consultar a un proveedor en la red de EyeMed Insight o un proveedor fuera de la red; sin embargo, siempre pagará menos por servicios dentro de la red.
- Si visita a un proveedor PLUS (por ej., LensCrafters y Target Optical), será elegible para una asignación adicional de \$50 para armazones.
- La atención fuera de la red se reembolsará hasta los límites del plan (indicados en la tabla a continuación) después de que envíe una reclamación por el monto total del servicio.
- El programa de bienestar HealthyEyes mantiene el enfoque en la salud de sus ojos con herramientas, artículos y videos en línea.

Un vistazo a la cobertura

Esto es lo que pagaría por la atención de la visión dentro y fuera de la red.

SERVICIOS CUBIERTOS (UNA VEZ CADA DOS AÑOS CALENDARIO)	SU COSTO DENTRO DE LA RED	SU REEMBOLSO FUERA DE LA RED
Examen de la vista	\$0	Hasta \$30
Armazón	20% de descuento sobre el saldo que supere la asignación de \$100	Hasta \$50
Armazón de un proveedor PLUS	20% de descuento sobre el saldo que supere la asignación de \$150	Hasta \$50
Lentes de plástico estándar (en lugar de lentes de contacto médicamente necesarios)		
Monofocales	\$0	Hasta \$25
Bifocales	\$0	Hasta \$36
Trifocales	\$0	Hasta \$46
Lenticulares	\$0	Hasta \$46
Progresivos, estándar	\$55	Hasta \$36
Lentes de contacto médicamente necesarios (en lugar de lentes)	\$0	Hasta \$210

Medicare Advantage plans disponibles con el Health Options Program:

- Aetna Medicare P01 PPO
- Capital Blue Cross PPO
- Highmark Freedom Blue PPO
- Independence Blue Cross
Personal Choice 65 PPO
- UPMC PSERS HOP
Custom PPO



Medicare Advantage plans

Puede elegir un Medicare Advantage plan (también conocido como plan de la Parte C de Medicare) en lugar de Medicare Original y el HOP Medical Plan o el Value Medical Plan. Un Medicare Advantage plan combina los beneficios médicos y de medicamentos recetados (también conocido como plan de la Parte D de Medicare) en un solo programa. No puede inscribirse en una cobertura médica sin cobertura para medicamentos recetados, o viceversa. Por lo tanto, si elige esta opción, no puede inscribirse en ningún otro plan de medicamentos recetados de Medicare.

Los Medicare Advantage plans disponibles a través del Health Options Program son ofrecidos por Aetna, Capital Blue Cross, Highmark, Independence Blue Cross y UPMC.

Estas aseguradoras tienen contrato con el gobierno federal para ofrecer beneficios de Medicare. Cada aseguradora establece sus propios beneficios y tarifas para inscritos. Además, dado que cada Medicare

Advantage plan sirve solo a ciertas áreas, los planes disponibles para usted dependen del lugar donde viva. Si se inscribe en un Medicare Advantage plan, debe usar su red de proveedores para recibir los beneficios máximos.

En las siguientes páginas, se brinda una descripción general de cada Medicare Advantage plan, qué planes están disponibles donde vive y cuánto cuestan.



Cada aseguradora establece sus propios beneficios y primas para los Medicare Advantage plans que ofrece a través del Health Options Program. Puede que estos beneficios y primas sean diferentes a los ofrecidos por la misma aseguradora por fuera del Health Options Program.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2026	AETNA MEDICARE P01 PPO*	
PLAN MÉDICO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$0	\$0
Máximo anual de gastos de bolsillo	\$4,200	\$6,200
Internaciones	\$0	15%
Visitas médicas	\$15	15%
Atención preventiva	\$0	15%
Sala de emergencia	\$50 (eximido si lo admiten)	\$50 (eximido si lo admiten)
Centro de atención de urgencia	\$15	\$15
Cirugía ambulatoria	\$0	15%
Pruebas diagnósticas	\$15	15%
Terapia ambulatoria	\$15; \$25 para rehabilitación pulmonar	15%
Equipo médico duradero	15%	15%
Salud mental ambulatoria	\$15	15%
Salud mental para pacientes hospitalizados	\$0	15%
Exámenes físicos	\$0	15%
Exámenes ginecológicos/obstétricos	\$0	15%
Mamografías	\$0	15%
Centro de enfermería especializada	Copago de \$0 por día, para los días del 1 al 20; \$75 por día, para los días del 21 al 100	15%
Audífonos	Asignación de \$500 una vez cada 36 meses	
Atención dental	\$15 (si está cubierto por Medicare)	15% (si está cubierto por Medicare)
Exámenes de la vista/audición	\$0 (una vez cada 12 meses)	15% (una vez cada 12 meses)
Anteojos recetados (una vez cada 24 meses)	Asignación de \$100	
MEDICAMENTOS RECETADOS	Farmacia minorista (suministro para 30 días)	Pedido por correo (suministro para 90 días)
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura inicial hasta un límite de gastos de bolsillo de \$2,100**		
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$4 en farmacia preferida; \$5 en farmacia estándar	\$8 en farmacia preferida; \$10 en farmacia estándar
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$25***	\$50***
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	\$50***	\$100***
Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	33%***	33%*** (limitado a un suministro para un mes)
Cobertura catastrófica		
Medicamentos genéricos	\$0	
Medicamentos de marca	\$0	

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

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

*** Incluye algunos medicamentos genéricos de alto costo.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2026	CAPITAL BLUE CROSS PPO	
PLAN MÉDICO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$0	\$0
Máximo anual de gastos de bolsillo	\$3,400 combinado	
Internaciones	\$0	\$0
Visitas médicas	\$5, PCP; \$15 ,especialista	\$5, PCP; \$15 ,especialista
Atención preventiva	\$0	\$0
Sala de emergencia	\$50 (eximido si lo admiten)	\$50 (eximido si lo admiten)
Centro de atención de urgencia	\$20	\$20
Cirugía ambulatoria	\$0	30%
Pruebas diagnósticas	\$0 por servicios de laboratorio; de \$0 a \$25 por imágenes de alta tecnología; 15% por radiología terapéutica; todo lo demás, \$0	30%
Terapia ambulatoria	\$15	\$15
Equipo médico duradero	20%	20%
Salud mental ambulatoria	\$15	\$15
Salud mental para pacientes hospitalizados	\$0	\$0
Exámenes físicos	\$0 (examen anual de bienestar)	\$0 (examen anual de bienestar)
Exámenes ginecológicos/obstétricos	\$0 por exámenes de detección preventivos	\$0 por exámenes de detección preventivos
Mamografías	\$0 por exámenes de detección preventivos	\$0 por exámenes de detección preventivos
Centro de enfermería especializada	\$0 para los días del 1 al 20; \$30 para los días del 21 al 100	20% para los días del 1 al 100
Audífonos (una vez cada 12 meses)	Copago de \$499/\$699/\$999 por audífono, por año; debe usar un proveedor y audífonos de TruHearing	
Atención dental	\$0 por visita al consultorio, limpieza y hasta 8 radiografías panorámicas interproximales cubiertas dos veces por año; \$1,500 máximo por año calendario (dentro y fuera de la red combinados)	60% por visita al consultorio, limpieza y hasta 8 radiografías panorámicas interproximales cubiertas dos veces por año; \$1,500 máximo por año calendario (dentro y fuera de la red combinados)
Exámenes de la vista/audición (una vez cada año calendario)	Plan de la visión: \$0 para examen de la vista de rutina Audición: \$0 para examen de audición de rutina con un proveedor de TruHearing	Plan de la visión: 50% para examen de la vista de rutina Audición: \$0 para examen de audición de rutina con un proveedor de TruHearing
Anteojos recetados (una vez cada 12 meses)	100% después de la asignación de \$150 para armazones y anteojos o lentes de contacto	
MEDICAMENTOS RECETADOS	Farmacia minorista (suministro para 30 días)	Pedido por correo (suministro para 100 días)
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura inicial hasta un límite de gastos de bolsillo de \$2,100*		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	\$0	\$0
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	\$4	\$12
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	\$30	\$90
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4)	\$55	\$165
Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	33% (suministro para 30 días)	Sin cobertura
Cobertura catastrófica		
Medicamentos genéricos	\$0	
Medicamentos de marca	\$0	

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

CUÁNTO PAGARÁ EN 2026	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO	
PLAN MÉDICO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$0	\$0
Máximo anual de gastos de bolsillo	\$3,400 (combinado)	
Internaciones	\$0	\$0
Visitas médicas	\$5, PCP; \$15 ,especialista	\$5, PCP; \$15 ,especialista
Atención preventiva	\$0	\$0
Sala de emergencia	\$40 (eximido si lo admiten)	\$40 (eximido si lo admiten)
Centro de atención de urgencia	\$25	\$25
Cirugía ambulatoria	\$0	\$0
Pruebas diagnósticas	\$0	\$0
Terapia ambulatoria	\$15	\$15
Equipo médico duradero	15%	20%
Salud mental ambulatoria	\$15	\$15
Salud mental para pacientes hospitalizados	\$0	\$0
Exámenes físicos	\$0 (puede aplicarse un copago de visita al consultorio)	\$0 (puede aplicarse un copago de visita al consultorio)
Exámenes ginecológicos/obstétricos	\$0 (puede aplicarse un copago de visita al consultorio)	\$0 (puede aplicarse un copago de visita al consultorio)
Mamografías	\$0	\$0
Centro de enfermería especializada	\$0 hasta 100 días por período de beneficios de Medicare	\$0 hasta 100 días por período de beneficios de Medicare
Audífonos (una vez cada 12 meses)	Por año, copago de \$499 por audífono para TruHearing Advanced; \$799 por audífono para TruHearing Premium; asignación de \$500 por año para otros dispositivos a través de TruHearing	Asignación de \$500 para audífonos cada tres años de cualquier proveedor o de TruHearing
Atención dental (sujeto a limitaciones de frecuencia)	\$20 para examen y limpieza y \$20 para radiografías cada 6 meses; 50% para servicios de restauración y dentaduras postizas	50% para exámenes periódicos, limpiezas, radiografías y empastes según sea necesario, y dentaduras postizas
Exámenes de la vista/audición	\$0 para vista; \$15 para audición	\$50 para vista; \$15 para audición
Anteojos recetados (una vez cada 12 meses)	\$150 de beneficio máximo por año calendario para armazones de anteojos estándar, lentes de anteojos o lentes de contacto; los armazones y lentes estándar de Davis Vision Fashion Collection cubiertos en su totalidad	\$150 de beneficio máximo por año calendario para armazones de anteojos estándar, lentes de anteojos o lentes de contacto; los armazones y lentes estándar de Davis Vision Fashion Collection cubiertos en su totalidad
MEDICAMENTOS RECETADOS	Farmacia minorista*	Pedido por correo*
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura inicial hasta un límite de gastos de bolsillo de \$2,100**		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	\$5 en farmacia preferida; \$10 en farmacia estándar	\$12.50 en farmacia preferida; \$25 en farmacia estándar
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	\$5 en farmacia preferida; \$10 en farmacia estándar	\$12.50 en farmacia preferida; \$25 en farmacia estándar
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	\$25 en farmacia preferida; \$30 en farmacia estándar	\$62.50 en farmacia preferida; \$75 en farmacia estándar
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4)	\$55 en farmacia preferida; \$60 en farmacia estándar	\$137.50 en farmacia preferida; \$150 en farmacia estándar
Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	33%	33%
Cobertura catastrófica		
Medicamentos genéricos	\$0	
Medicamentos de marca	\$0	

* Debe obtener el suministro de pedido por correo usando Express Scripts/ESI. Durante la cobertura inicial y el período sin cobertura: Suministro para 100 días para medicamentos del Nivel 1 y el Nivel 2; suministro para 90 días para medicamentos del Nivel 3 y el Nivel 4; suministro para 31 días para medicamentos del Nivel 5.

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

CUÁNTO PAGARÁ EN 2026		INDEPENDENCE BLUE CROSS–PERSONAL CHOICE 65 PPO	
PLAN MÉDICO		Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual		\$0	\$0
Máximo anual de gastos de bolsillo		\$3,400	\$10,000 (dentro y fuera de la red combinados)
Internaciones		\$50/estadía (para los días del 1 al 6)	30%
Visitas médicas		\$0, PCP; \$15 ,especialista	30%
Atención preventiva		\$0	30%
Sala de emergencia		\$90	\$90
Centro de atención de urgencia		\$40	\$40
Cirugía ambulatoria		\$75	30%
Pruebas diagnósticas		\$0	30%
Terapia ambulatoria		\$15; \$5 para rehabilitación pulmonar/ cardíaca	30%
Equipo médico duradero		20%; \$0 para suministros para la diabetes	30%
Salud mental ambulatoria		\$15	30%
Salud mental para pacientes hospitalizados (máximo de por vida de 190 días combinados)		\$50/estadía (para los días del 1 al 6); máximo de por vida de 190 días en un centro aprobado por Medicare	30%
Exámenes físicos		\$0	30%
Exámenes ginecológicos/obstétricos		\$0 (de rutina cada dos años)	30%
Mamografías		\$0	30%
Centro de enfermería especializada		\$0 para los días del 1 al 20; \$188 para los días del 21 al 100	30%
Audífonos (una vez cada 12 meses)		\$0 después del copago anual de \$499 por audífono para TruHearing Advanced; \$799 por audífono para TruHearing Premium	\$0 después del copago anual de \$499 por audífono para TruHearing Advanced; \$799 por audífono para TruHearing Premium
Atención dental		Sin cobertura	Sin cobertura
Exámenes de la vista/audición		\$15	30%
Anteojos recetados (una vez cada 24 meses)		\$0 para lentes y armazones estándar o lentes de contacto; 100% después de la asignación de \$100 para armazones que no sean estándar y lentes de contacto de especialidad	30%
MEDICAMENTOS RECETADOS		Farmacia minorista (suministro para 30 días)	Pedido por correo (suministro para 90 días)
Deducible anual		\$0	\$0
Cobertura inicial hasta un límite de gastos de bolsillo de \$2,100*			
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)		\$2 en farmacia preferida; \$10 en farmacia estándar	\$4 en farmacia preferida
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)		\$10 en farmacia preferida; \$20 en farmacia estándar	\$20 en farmacia preferida
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)		\$30	\$60 en farmacia preferida
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4)		\$60	\$120 en farmacia preferida
Medicamentos de especialidad (Nivel 5)		33%	33% en farmacia preferida
Cobertura catastrófica			
Medicamentos genéricos			\$0
Medicamentos de marca			\$0

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

CUÁNTO PAGARÁ EN 2026		UPMC PSERS HOP CUSTOM PPO*	
PLAN MÉDICO		Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual		\$0	\$500
Máximo anual de gastos de bolsillo		\$3,400	\$5,100
Internaciones		\$0	20%
Visitas médicas		\$0, PCP; \$20 ,especialista	20%
Atención preventiva		\$0	20%, sin deducible
Sala de emergencia		\$120 (eximido si lo admiten dentro de los 3 días)	\$120 (eximido si lo admiten dentro de los 3 días), sin deducible
Centro de atención de urgencia		\$20	Copago de \$20, sin deducible
Cirugía ambulatoria		\$0	20%
Pruebas diagnósticas		\$0 para laboratorios; \$10 para radiografías; \$30 para imágenes avanzadas	20%
Terapia ambulatoria		\$20	20%
Equipo médico duradero		15%	50%
Salud mental ambulatoria		\$20	20%
Salud mental para pacientes hospitalizados		\$0	20%
Exámenes físicos		\$0 para exámenes anuales de bienestar Exámenes físicos anuales: sin cobertura	20% para exámenes anuales de bienestar, sin deducible Exámenes físicos anuales: sin cobertura
Exámenes ginecológicos/obstétricos		\$0 de rutina	20%, sin deducible
Mamografías		\$0 de rutina	20%, sin deducible
Centro de enfermería especializada		\$0 por día para los días del 1 al 15; \$50 por día para los días del 16 al 100	20%
Audífonos (una vez cada 12 meses)		\$690 - \$1,890	\$690 - \$1,890, sin deducible
Atención dental		Exámenes dentales: \$0 para limpieza; \$20 para examen bucal	Exámenes dentales: 50%, sin deducible
Exámenes de la vista/audición (una vez cada año)		\$0 para la vista de rutina; \$20 para audición de rutina	\$50 para la vista de rutina, sin deducible; 50% para audición de rutina, sin deducible
Anteojos recetados (una vez cada 12 meses)		Asignación de \$175 (dentro y fuera de la red combinados)	
MEDICAMENTOS RECETADOS		Farmacia minorista (suministro para 30 días)**	Farmacia minorista/pedido por correo (suministro para 100 días)**
Deducible anual		\$0	\$0
Cobertura inicial hasta un límite de gastos de bolsillo de \$2,100***			
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)		\$0 en farmacia preferida; \$15 en farmacia estándar	\$0 en farmacia preferida; \$30 en farmacia estándar
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)		\$10 en farmacia preferida; \$20 en farmacia estándar	\$20 en farmacia preferida; \$40 en farmacia estándar
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)		25% en farmacia preferida o estándar	25% en farmacia preferida o estándar
Medicamentos no preferidos (Nivel 4)		50% en farmacia preferida o estándar	50% en farmacia preferida o estándar
Medicamentos de especialidad (Nivel 5)		33% en farmacia preferida o estándar	33% en farmacia preferida o estándar (limitado a un suministro para 30 días)
Cobertura catastrófica			
Medicamentos genéricos		\$0	
Medicamentos de marca		\$0	

* UPMC está disponible en todos los condados del sureste, sur y oeste de Pensilvania, y en algunos condados del centro y norte de Pensilvania.

** También hay disponibles suministros para 60 días.

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

Recursos e información de contacto



Recursos para participantes



HOPbenefits.com

El sitio web del Health Options Program **HOPbenefits.com** incluye información, herramientas y videos para inscritos actuales y futuros. Describe las opciones de atención médica disponibles para los inscritos elegibles y no elegibles para Medicare, y cubre temas como elegibilidad y asistencia para pagar la prima. Herramientas de búsqueda fáciles de usar lo ayudarán a sacarle el mayor provecho a sus beneficios, como Find a Plan (Buscar un plan), Find a Drug (Buscar un medicamento) y Find a Pharmacy (Buscar una farmacia). La sección Resources (Recursos) del sitio presenta muchos documentos útiles, como el *Formulario integral de medicamentos recetados (Comprehensive Prescription Drug Formulary) para Medicare Plus Rx Option* y el *Formulario integral de medicamentos recetados Gold5 (Comprehensive Gold5 Prescription Drug Formulary)*, boletines informativos y materiales educativos para pacientes. El Área para inscritos segura ofrece información personalizada adicional para cada inscrito, incluyendo una versión electrónica de su *Declaración personalizada (Personalized Statement)*. Otras funciones del sitio les permiten a los inscritos inscritos en el HOP o Value Medical Plan verificar el estado de una reclamación o solicitar una tarjeta de identificación.

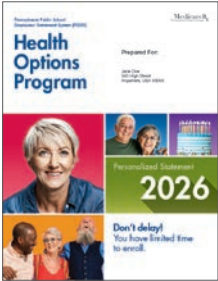


Materiales de inscripción para el período de selección de opciones

Cada otoño, el Health Options Program envía a los inscritos un paquete de información por correo para ayudarlos a tomar decisiones para el siguiente año. El paquete incluye una *Declaración personalizada* que muestra su cobertura actual, y su cobertura y tarifas de primas disponibles para el próximo año. De acuerdo a lo requerido por Medicare, los inscritos inscritos en Medicare Plus o Medicare Standard Rx Option reciben la siguiente información adicional. Nota: La versión que recibe es para su plan actual. Si desea una versión diferente para comparar los beneficios, la puede solicitar de la HOP Administration Unit. Los materiales de inscripción pueden incluir los siguientes:

- Una *Notificación anual de cambios*, que explica los cambios en la cobertura y en las primas que entrarán en vigencia el año siguiente.
- Un *Formulario de medicamentos recetados abreviado*, que es una lista de los medicamentos recetados más comunes cubiertos por Medicare Plus y Medicare Standard Rx Options.
- Un folleto de *Evidencia de cobertura*, en el que encontrará una descripción detallada de Medicare Plus y Medicare Standard Rx Options, está disponible en **HOPbenefits.com**.

Recursos para participantes

	Envíos a jubilados que cumplen 65 años Dos veces al año, el Health Options Program envía un paquete de información para los jubilados de PSERS que están por cumplir 65 años. El paquete contiene una descripción de los beneficios médicos, dentales y de la visión, y de medicamentos recetados disponibles bajo el Health Options Program. Además, incluye una <i>Declaración personalizada</i> que tiene información personalizada sobre cobertura y primas.
	Boletines informativos Varias veces en el año, el Health Options Program les envía un boletín informativo a los inscritos y a otros jubilados de PSERS. Cada boletín contiene noticias, consejos y actualizaciones del programa. También incluye información sobre salud general y bienestar orientada a adultos mayores. Los boletines también están disponibles en línea en HOPbenefits.com.
	Encuestas El Health Options Program está interesado en saber lo que piensan los inscritos y periódicamente distribuye encuestas para saber si el programa está cumpliendo con sus necesidades de seguro y comunicación.

Para más información

Tipo de pregunta	Llame a	O haga una visita en línea
HOP Medical Plan Value Medical Plan Health Options Program en general	HOP Administration Unit 1-800-PSEERS25 (1-800-773-7725) TTY: 1-800-498-5428 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, días de semana	HOPbenefits.com
Medicare Plus Rx Option Medicare Standard Rx Option	OptumRx 1-888-239-1301 TTY: 1-800-498-5428 Disponibile las 24 horas del día, los 7 días de la semana	HOPbenefits.com
Cobertura dental	MetLife 1-855-700-7997 8:00 a.m. a 11:00 p.m., hora del este, días de semana	metlife.com/dental
Cobertura de la visión	EyeMed 1-855-663-7444 Lunes a sábado: 7:30 a.m. a 11:00 p.m., hora del este Domingo: 11:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este	eyemed.com
Asistencia para pagar la prima	Oficina de asistencia para pagar la prima 1-866-483-5509 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, días de semana	HOPbenefits.com
Medicare	Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY: 1-877-486-2048	medicare.gov

Primas mensuales

- HOP Medical Plan
- Value Medical Plan
- Cobertura dental y de la visión
- Cobertura de medicamentos
recetados de Medicare



Costos mensuales para 2026 en Pensilvania

(sin incluir la asistencia para pagar la prima)

Nota: Todas las primas son tarifas estándar pagadas por la mayoría de los inscritos. Sus tarifas pueden ser diferentes, según las circunstancias de su inscripción.

Centro y norte de Pensilvania

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en el centro o el norte de Pensilvania, que incluye los siguientes condados:

Adams • Armstrong • Beaver • Bedford • Berks • Blair • Bradford • Butler • Cambria • Cameron • Carbon
Centre • Clarion • Clearfield • Clinton • Columbia • Crawford • Cumberland • Dauphin • Elk • Erie • Forest
Franklin • Fulton • Huntingdon • Jefferson • Juniata • Lackawanna • Lancaster • Lawrence • Lebanon
Lehigh • Luzerne • Lycoming • McKean • Mercer • Mifflin • Monroe • Montour • Northampton
Northumberland • Perry • Pike • Potter • Schuylkill • Snyder • Somerset • Sullivan • Susquehanna • Tioga
Union • Venango • Warren • Wayne • Wyoming • York

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$216
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$358
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$275
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$257
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$399
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$316
Medicare Plus Rx Option	\$142
Medicare Standard Rx Option	\$59
Value Medical Plan solamente	\$102
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$244
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$161
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$143
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$285
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$202



Costos mensuales para 2026 en Pensilvania

(sin incluir la asistencia para pagar la prima)

Sudoeste de Pensilvania

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en el sudoeste de Pensilvania, que incluye los siguientes condados:

Allegheny • Fayette • Greene • Indiana • Washington • Westmoreland

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$229
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$371
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$288
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$270
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$412
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$329
Medicare Plus Rx Option	\$142
Medicare Standard Rx Option	\$59
Value Medical Plan solamente	\$115
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$257
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$174
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$156
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$298
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$215

Sudeste de Pensilvania

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en el sudeste de Pensilvania, que incluye los siguientes condados:

Bucks • Chester • Delaware • Montgomery • Filadelfia

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$239
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$381
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$298
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$280
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$422
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$339
Medicare Plus Rx Option	\$142
Medicare Standard Rx Option	\$59
Value Medical Plan solamente	\$117
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$259
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$176
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$158
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$300
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$217

Costos mensuales para 2026 fuera de Pensilvania (sin incluir la asistencia para pagar la prima)

Nota: Todas las primas son tarifas estándar pagadas por la mayoría de los inscritos. Sus tarifas pueden ser diferentes, según las circunstancias de su inscripción.

Florida

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en uno de estos condados en Florida:

Alachua • Bay • Bradford • Brevard • Broward • Calhoun • Charlotte • Citrus • Clay • Collier • Dixie • Duval
Gilchrist • Glades • Gulf • Hamilton • Hendry • Hernando • Highlands • Hillsborough • Indian River
Lafayette • Levy • Liberty • Martin • Miami-Dade • Monroe • Nassau • Okaloosa • Orange • Palm Beach
Pinellas • Putnam • St. Johns • Seminole • Sumter • Union • Walton

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$239
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$381
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$298
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$280
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$422
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$339
Medicare Plus Rx Option	\$142
Medicare Standard Rx Option	\$59
Value Medical Plan solamente	\$117
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$259
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$176
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$158
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$300
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$217

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en uno de estos condados en Florida:

Baker • Columbia • DeSoto • Escambia • Flagler • Franklin • Gadsden • Hardee • Holmes • Jackson
Jefferson • Lake • Lee • Leon • Madison • Manatee • Marion • Okeechobee • Osceola • Pasco • Polk
Saint Lucie • Santa Rosa • Sarasota • Suwannee • Taylor • Volusia • Wakulla • Washington

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$229
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$371
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$288
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$270
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$412
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$329
Medicare Plus Rx Option	\$142
Medicare Standard Rx Option	\$59
Value Medical Plan solamente	\$115
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$257
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$174
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$156
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$298
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$215

Costos mensuales para 2026 fuera de Pensilvania

(sin incluir la asistencia para pagar la prima)

Nueva Jersey

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en uno de estos condados en Nueva Jersey:

Burlington • Camden • Cumberland • Essex • Gloucester • Hunterdon • Mercer • Ocean • Salem • Warren

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$229
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$371
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$288
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$270
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$412
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$329
Medicare Plus Rx Option	\$142
Medicare Standard Rx Option	\$59
Value Medical Plan solamente	\$115
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$257
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$174
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$156
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$298
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$215

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en uno de estos condados en Nueva Jersey:

Atlantic • Bergen • Cape May • Hudson • Middlesex • Monmouth • Morris • Passaic • Somerset
Sussex • Union

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$239
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$381
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$298
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$280
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$422
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$339
Medicare Plus Rx Option	\$142
Medicare Standard Rx Option	\$59
Value Medical Plan solamente	\$117
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$259
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$176
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$158
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$300
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$217

Costos mensuales para 2026 fuera de Pensilvania

(sin incluir la asistencia para pagar la prima)

Nueva York

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en uno de estos condados en Nueva York:

Kings (Brooklyn) • Nassau • Orange • Putnam • Queens • Rockland • Suffolk • Sullivan • Ulster • Westchester

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$239
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$381
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$298
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$280
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$422
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$339
Medicare Plus Rx Option	\$142
Medicare Standard Rx Option	\$59
Value Medical Plan solamente	\$117
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$259
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$176
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$158
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$300
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$217

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en cualquier otro condado en Nueva York:

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$229
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$371
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$288
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$270
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$412
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$329
Medicare Plus Rx Option	\$142
Medicare Standard Rx Option	\$59
Value Medical Plan solamente	\$115
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$257
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$174
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$156
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$298
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$215

Costos mensuales para 2026 fuera de Pensilvania

(sin incluir la asistencia para pagar la prima)

Otros estados	
A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en uno de estos estados: Alabama • Alaska • Arizona • Arkansas • California • Colorado • Connecticut • Delaware • Georgia Guam • Hawái • Idaho • Illinois • Indiana • Iowa • Kansas • Kentucky • Luisiana • Maine • Maryland Massachusetts • Michigan • Minnesota • Mississippi • Missouri • Montana • Nebraska • Nevada Nuevo Hampshire • Nuevo México • Carolina del Norte • Dakota del Norte • Ohio • Oklahoma • Oregón • Puerto Rico Rhode Island • Carolina del Sur • Dakota del Sur • Tennessee • Texas • Utah • Vermont • Virginia • Islas Vírgenes Washington • Washington, D.C. • Virginia Occidental • Wisconsin • Wyoming	
Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$229
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$371
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$288
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$270
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$412
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$329
Medicare Plus Rx Option	\$142
Medicare Standard Rx Option	\$59
Value Medical Plan solamente	\$115
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$257
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$174
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$156
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$298
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$215

Primas mensuales para los Medicare Advantage plans



Costos mensuales para 2026 en Pensilvania

(sin incluir la asistencia para pagar la prima)

CENTRO Y NORTE DE PENNSILVANIA	COBERTURA PARA UNA SOLA PERSONA	COBERTURA PARA 2 PERSONAS
Highmark Freedom Blue PPO	\$263	\$526
Capital Blue Cross PPO	\$253	\$506
Aetna Medicare P01 PPO	\$429	\$858
UPMC PSERS HOP Custom PPO	\$262	\$524

SUDOESTE DE PENNSILVANIA	COBERTURA PARA UNA SOLA PERSONA	COBERTURA PARA 2 PERSONAS
Highmark Freedom Blue PPO	\$263	\$526
Capital Blue Cross PPO	\$253	\$506
Aetna Medicare P01 PPO	\$555	\$1,110
UPMC PSERS HOP Custom PPO	\$262	\$524

SUDESTE DE PENNSILVANIA	COBERTURA PARA UNA SOLA PERSONA	COBERTURA PARA 2 PERSONAS
Highmark Freedom Blue PPO	\$365	\$730
Capital Blue Cross PPO	\$253	\$506
Aetna Medicare P01 PPO	\$605	\$1,210
UPMC PSERS HOP Custom PPO	\$262	\$524
Independence Blue Cross Personal Choice 65 PPO	\$330	\$660

Costos mensuales para 2026 fuera de Pensilvania

(sin incluir la asistencia para pagar la prima)

	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO		AETNA MEDICARE P01 PPO		CAPITAL BLUE CROSS PPO	
	Cobertura para una sola persona	Cobertura para 2 personas	Cobertura para una sola persona	Cobertura para 2 personas	Cobertura para una sola persona	Cobertura para 2 personas
Delaware						
Kent	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
New Castle	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Sussex	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Florida						
Alachua	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Baker	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Bay	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Bradford	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Brevard	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Broward	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Calhoun	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Charlotte	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Citrus	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Clay	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Collier	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Columbia	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
DeSoto	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Dixie	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Duval	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Escambia	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Flagler	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Franklin	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Gadsden	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Gilchrist	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Glades	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Gulf	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Hamilton	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Hardee	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Hendry	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Hernando	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Highlands	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Hillsborough	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Holmes	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Indian River	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Jackson	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Jefferson	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Lafayette	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Lake	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Lee	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Leon	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506

continúa en la página siguiente

Costos mensuales para 2026 fuera de Pensilvania

(sin incluir la asistencia para pagar la prima)

	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO		AETNA MEDICARE P01 PPO		CAPITAL BLUE CROSS PPO	
	Cobertura para una sola persona	Cobertura para 2 personas	Cobertura para una sola persona	Cobertura para 2 personas	Cobertura para una sola persona	Cobertura para 2 personas
Florida						
Levy	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Liberty	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Madison	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Manatee	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Marion	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Martin	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Miami-Dade	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Monroe	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Nassau	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Okaloosa	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Okeechobee	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Orange	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Osceola	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Palm Beach	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Pasco	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Pinellas	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Polk	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Putnam	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
St. Johns	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
St. Lucie	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Santa Rosa	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Sarasota	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Seminole	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Sumter	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Suwannee	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Taylor	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Union	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Volusia	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Wakulla	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Walton	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Washington	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Maryland						
Alleghany	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Anne Arundel	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Baltimore County	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Baltimore City	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Calvert	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Caroline	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Carroll	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Cecil	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506

continúa en la página siguiente

Costos mensuales para 2026 fuera de Pensilvania

(sin incluir la asistencia para pagar la prima)

	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO		AETNA MEDICARE P01 PPO		CAPITAL BLUE CROSS PPO	
	Cobertura para una sola persona	Cobertura para 2 personas	Cobertura para una sola persona	Cobertura para 2 personas	Cobertura para una sola persona	Cobertura para 2 personas
Maryland						
Charles	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Dorchester	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Frederick	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Garrett	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Harford	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Howard	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Kent	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Montgomery	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Prince George	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Queen Anne	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Saint Mary	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Somerset	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Talbot	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Washington	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Wicomico	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Worcester	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Nueva Jersey						
Atlantic	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Bergen	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Burlington	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Camden	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Cape May	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Cumberland	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Essex	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Gloucester	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Hudson	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Hunterdon	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Mercer	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Middlesex	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Monmouth	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Morris	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Ocean	\$328	\$656	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Passaic	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Salem	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Somerset	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Sussex	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Union	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506
Warren	\$365	\$730	\$623	\$1,246	\$253	\$506

continúa en la página siguiente

Costos mensuales para 2026 fuera de Pensilvania

(sin incluir la asistencia para pagar la prima)

	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO		AETNA MEDICARE P01 PPO		CAPITAL BLUE CROSS PPO	
	Cobertura para una sola persona	Cobertura para 2 personas	Cobertura para una sola persona	Cobertura para 2 personas	Cobertura para una sola persona	Cobertura para 2 personas
Nueva York						
Albany	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Allegany	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Bronx	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Broome	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Cattaraugus	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Cayuga	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Chautauqua	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Chemung	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Chenango	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Clinton	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Columbia	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Cortland	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Delaware	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Dutchess	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Erie	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Essex	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Franklin	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Fulton	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Genesee	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Greene	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Hamilton	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Herkimer	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Jefferson	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Kings (Brooklyn)	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Lewis	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Livingston	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Madison	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Monroe	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Montgomery	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Nassau	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Nueva York	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Niagara	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Oneida	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Onondaga	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Ontario	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Orange	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506

continúa en la página siguiente

Costos mensuales para 2026 fuera de Pensilvania

(sin incluir la asistencia para pagar la prima)

	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO		AETNA MEDICARE P01 PPO		CAPITAL BLUE CROSS PPO	
	Cobertura para una sola persona	Cobertura para 2 personas	Cobertura para una sola persona	Cobertura para 2 personas	Cobertura para una sola persona	Cobertura para 2 personas
Nueva York						
Orleans	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Oswego	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Otsego	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Putnam	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Queens	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Rensselaer	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Richmond	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Rockland	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
St. Lawrence	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Saratoga	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Schenectady	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Schoharie	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Schuyler	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Seneca	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Steuben	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Suffolk	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Sullivan	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Tioga	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Tompkins	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Ulster	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Warren	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Washington	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Wayne	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506
Westchester	\$365	\$730	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Wyoming	\$328	\$656	\$503	\$1,006	\$253	\$506
Yates	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506

Costos mensuales para 2026 fuera de Pensilvania

(sin incluir la asistencia para pagar la prima)

	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO		AETNA MEDICARE P01 PPO		CAPITAL BLUE CROSS PPO	
	Cobertura para una sola persona	Cobertura para 2 personas	Cobertura para una sola persona	Cobertura para 2 personas	Cobertura para una sola persona	Cobertura para 2 personas
Todos los demás						
Alabama • Alaska Arizona • Arkansas California • Colorado Connecticut Georgia Illinois Indiana Kansas • Kentucky Michigan Minnesota Mississippi Nebraska • Nevada Ohio • Oklahoma Carolina del Sur Tennessee Wyoming	\$365	\$730	No disponible		\$253	\$506
Distrito de Columbia Guam • Hawái Idaho • Iowa Luisiana • Maine Massachusetts Missouri • Montana Nuevo Hampshire Nuevo México Carolina del Norte Dakota del Norte Oregón • Puerto Rico Rhode Island Dakota del Sur Texas Islas Vírgenes de EE. UU. Utah • Vermont Virginia Washington Virginia Occidental Wisconsin	\$328	\$656	No disponible		\$253	\$506



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services (45 CFR § 92.11)

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-773-7725 or speak to your provider.

Spanish – Español: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-773-7725 o hable con su proveedor.

Chinese Simplified – 中文：注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-773-7725 或咨询您的服务提供商。

Chinese Traditional – 台語：注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-773-7725 或與您的提供者討論。

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga librong serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-773-7725 o makipag-usap sa iyong provider.

French – Français: ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-773-7725 ou parlez à votre fournisseur.

Vietnamese – Việt: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-773-7725 hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

German – Deutsch: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-773-7725 an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Korean – 한국어: 주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-773-7725 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Russian – РУССКИЙ: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-773-7725 или обратитесь к своему поставщику услуг.

Hindi – हिंदी: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-773-7725 पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italian – Italiano: ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-800-773-7725 o parla con il tuo fornitore.

Portuguese – Português do Brasil: ATENÇÃO: Se você fala Português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-773-7725 ou fale com seu provedor.

French Creole – Kreyòl Fransè: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Fransè, sèvis asistans lengwistik gratis yo disponib pou ou. Gen èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib ki disponib tou gratis. Rele 1-800-773-7725 oswa pale ak founisè w la.

Polish – POLSKI: UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-773-7725 lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Japanese – 日本語: 注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-773-7725 までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Pennsylvania Dutch – Pennsilfaanisch Deutsch: UFFGEPASS! Wann du Pennsylvanisch-Deutsch schwetzscht, gebbt's fer dich gratis Hilf mit die Schprooch. Aagmessiche Hilfsmittel un Dienscht, die Information in zugängliche Formate gebbe kenne, sin aa gratis verfügbar. Ruf aa bei 1-800-773-7725 oder schwetz mit dei Versorger.

