



Comienza aquí  
para tener una vida  
más saludable.

**Planes individuales y familiares**

 **Jefferson  
Health Plans**

1-844-257-8382  
(TTY 711)

[JeffersonHealthPlans.com/Individuals-Families](https://JeffersonHealthPlans.com/Individuals-Families)

# Planes económicos para alcanzar tu mejor salud.

## ¿Buscas cobertura médica de bajo costo?

Con Jefferson Health Plans, puedes elegir entre una variedad de planes que ofrecen cobertura de calidad y grandes ahorros.

Ofrecemos planes en tu área, incluidos los condados de **Lehigh** y **Northampton**.

¡Sigue leyendo para obtener más información!



## ¿Por qué elegir Jefferson Health Plans?

Construidos sobre una base que abarca casi 40 años, nos comprometemos a brindarte una cobertura asequible y de calidad. Te ponemos en contacto con los mejores médicos y especialistas, y te proporcionamos beneficios que van más allá de lo básico.

### Cuenta con nosotros para:

#### Planes asequibles

Ofrecemos una variedad de planes individuales y familiares Bronze, Silver y Gold que se adaptan a todos los presupuestos, incluidos planes con deducibles médicos de \$0 en todos los niveles de metal.

#### Acceso a cientos de proveedores de confianza

Elige entre nuestra amplia red de proveedores, que incluye Jefferson, Lehigh Valley Health Network y otros proveedores de confianza situados cerca de donde vives.

#### Visitas sin remisión

Evite las molestias y encuentra un especialista que satisfaga tus necesidades, sin necesidad de remisión.

#### Atención integral

Nuestros planes cubren lo esencial: citas con el médico, visitas al hospital, servicios de laboratorio y más:

- **Atención virtual a través de JeffConnect**, para que tengas acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a visitas virtuales con un proveedor de Jefferson.
- **Cobertura de medicamentos recetados** para medicamentos genéricos y de marca de bajo costo.
- ¡Primera visita **GRATUITA** al proveedor de atención primaria (PCP)!\*

*\*Para los planes HMO, se aplica la primera visita gratis al consultar a un proveedor del Nivel 1.*

¿Tienes alguna pregunta?  
¿Estás listo para inscribirte?

Llama al **1-844-257-8382 (TTY 711)**

Visita [JeffersonHealthPlans.com/Individuals-Families](https://JeffersonHealthPlans.com/Individuals-Families)

Trabaja con un corredor autorizado para obtener ayuda para elegir e inscribirte en un plan.

# ¿Cuál es el plan adecuado para ti?

Ofrecemos planes en tres niveles de metal: Bronze, Silver y Gold. Elige un plan en un nivel de metal que mejor se adapte a tus necesidades de atención médica y presupuesto. Independientemente del plan y nivel que elijas, puedes contar con la misma calidad de cobertura.

## BRONZE

**COSTOS DE LA PRIMA: \$**

**GASTOS DE BOLSILLO: \$\$\$**

✓ Créditos fiscales anticipados para primas\*

✗ Reducciones de costos compartidos\*

★ **MEJOR SI:** No vas al médico con frecuencia y quieres primas más bajas

## SILVER

**COSTOS DE LA PRIMA: \$\$**

**GASTOS DE BOLSILLO: \$\$**

✓ Créditos fiscales anticipados para primas\*

✓ Reducciones de costos compartidos\*

★ **MEJOR SI:** Deseas pagar una prima más baja y mantener los costos de bolsillo más bajos

## GOLD

**COSTOS DE LA PRIMA: \$\$\$**

**GASTOS DE BOLSILLO: \$**

✓ Créditos fiscales anticipados para primas\*

✗ Reducciones de costos compartidos\*


★ **MEJOR SI:** Visitas al médico con frecuencia y deseas costos de bolsillo más bajos

\*Si eres elegible para créditos fiscales para primas y/o reducciones de costos compartidos. Consulta la **página 4** para más detalles.

## HMO o PPO: ¿Cómo elijo?

Decidir entre un plan de organización para el mantenimiento de la salud (HMO) y un plan de organización de proveedores preferidos (PPO) puede resultar abrumador, pero estamos aquí para ayudarte. Consulta el cuadro a continuación para obtener un desglose de las diferencias entre HMO y PPO para ayudarte a elegir el tipo de plan adecuado. Independientemente del plan que elijas, obtendrás una cobertura asequible y de calidad.

### HMO:

 **Proveedor de atención primaria (PCP):**  
Elige tu PCP (o te asignaremos uno) para que te a coordinar tu atención

 **Primas mensuales y costos de bolsillo: COSTO MENOR \$**

✗ **Cobertura fuera de la red:**  
No incluye cobertura fuera de la red, a menos que sea una verdadera emergencia médica

#### MEJOR SI:

Te preocupas más por la asequibilidad o prefieres usar un PCP para administrar tu atención

### PPO:

 **Proveedor de atención primaria (PCP):**  
Se sugiere elegir un PCP, pero no es obligatorio

 **Primas mensuales y costos de bolsillo: COSTO MÁS ALTO \$\$**

✓ **Cobertura fuera de la red:**  
Permite la flexibilidad de visitas a proveedores fuera de la red, pero a un costo más alto

#### MEJOR SI:

Te importa más la flexibilidad y más opciones de proveedores dentro y fuera de la red.

## HMO y PPO

- No se requieren remisiones.
- Consulta a los principales médicos de Jefferson y Lehigh Valley Health Network y a otros proveedores de confianza.

# Formas de ahorrar

## ¿Necesitas ayuda para pagar el seguro médico? ¡Tenemos buenas noticias!

Hay dos tipos de asistencia financiera disponibles para aquellos que califican cuando compras uno de nuestros planes a través de Pennie®, el Mercado Oficial de Seguros Médicos de Pennsylvania<sup>1</sup>:

- Créditos fiscales anticipados para primas.
- Reducciones de costos compartidos.

Aún mejor, **9 de cada 10 personas califican para ahorros.**<sup>2</sup>

### Comprueba si cumples los requisitos

Los ingresos y el tamaño de tu unidad familiar determinan si eres elegible para ahorrar en tu seguro médico. Verifica tu elegibilidad llamándonos al **1-844-257-8382** o visitando [www.pennie.com](http://www.pennie.com).



# Comprensión de los costos: te tenemos cubierto.



### Primas

Pagos mensuales para mantener tu cobertura.



### Deducibles

Monto fijo que pagas por los servicios médicos cubiertos antes de que tu seguro entre en acción.



### Coseguro

Porcentaje de gastos médicos cubiertos que pagas una vez que has alcanzado tu deducible.



### Copagos

Monto fijo que pagas por visitas al médico, recetas u otros servicios médicos.



### Créditos fiscales anticipados para primas

Crédito fiscal que reduce tu prima mensual si calificas.<sup>3</sup>



### Reducciones de costos compartidos

Reduce tus costos de bolsillo y puede combinarse con un crédito fiscal anticipado para la prima para ahorrar más.<sup>3</sup>

1. Obtén más información en [www.pennie.com](http://www.pennie.com) o llama al **1-844-844-8040** para obtener ayuda.

2. Comunicado de prensa de [www.cms.gov](http://www.cms.gov) "Histórico: 21.3 millones de personas eligen cobertura de la ACA"; 24 de enero de 2024

3. La asistencia financiera federal solo puede aplicarse a la compra de un plan de salud calificado (QHP), que es un plan de seguro certificado por Health Insurance Marketplace®, proporciona beneficios de salud esenciales, sigue límites establecidos en los costos compartidos (como deducibles, copagos y montos máximos de bolsillo) y cumple con otros requisitos en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

**Jefferson Health Plans + Deducible de \$0 + Bronze + HMO**

		<b>Nivel 1</b>	<b>Nivel 2</b>
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>		\$0/\$0	\$2,000/\$4,000
<b>Deducible de medicamentos</b>		\$5,000/\$10,000	\$5,000/\$10,000
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>		\$9,200/\$18,400	\$9,200/\$18,400
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>		1/Año de beneficios	0
<b>Visita al PCP</b>		\$95 sin deducible	\$150 sin deducible
<b>Visita a un especialista</b>		\$150 sin deducible	\$175 sin deducible
<b>Atención virtual (JeffConnect)</b>		Sin cargo	N/C
<b>Atención virtual: visita de atención primaria</b>		\$95 sin deducible	\$150 sin deducible
<b>Atención virtual: visita al especialista</b>		\$150 sin deducible	\$175 sin deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b>	\$2,000 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$3,000 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Salud mental/conductual/trastorno por consumo de sustancias (SUD)</b>	\$2,000 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$3,000 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	\$2,000 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$3,000 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
<b>Equipos médicos duraderos</b>		50% de coseguro sin deducible	50% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de laboratorio</b>		\$150 sin deducible	\$250 sin deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>		\$1,200 sin deducible	\$1,200 después del deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>		\$600 sin deducible	\$750 después del deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>		\$150 sin deducible	\$250 sin deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>		\$150 sin deducible	\$175 sin deducible
<b>Atención para afirmación de género</b>		\$2,000 sin deducible	\$3,000 después del deducible
<b>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo	Sin cargo
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$35 sin deducible	\$35 sin deducible
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$35 sin deducible	\$35 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	\$150 sin deducible	\$150 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	\$250 después del deducible	\$250 después del deducible
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible

**Jefferson Health Plans + Total + Bronze + HMO**

		<b>Nivel 1</b>	<b>Nivel 2</b>
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>		\$7,900/\$15,800	\$19,200/\$18,400
<b>Deducible de medicamentos</b>		Combinado	Combinado
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>		\$9,200/\$18,400	\$9,200/\$18,400
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>		1/Año de beneficios	0
<b>Visita al PCP</b>		\$60 sin deducible	\$95 sin deducible
<b>Visita a un especialista</b>		\$95 sin deducible	\$150 sin deducible
<b>Atención virtual (JeffConnect)</b>		Sin cargo	N/C
<b>Atención virtual (otra): visita de atención primaria</b>		\$60 sin deducible	\$95 sin deducible
<b>Atención virtual (otra): visita al especialista</b>		\$95 sin deducible	\$150 sin deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b>	\$850 por día después del deducible (Máximo de 5 copagos por admisión)	\$1,000 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Salud mental/conductual/trastorno por consumo de sustancias (SUD)</b>	\$850 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$1,000 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	\$850 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$1,000 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
<b>Equipos médicos duraderos</b>		50% de coseguro después del deducible	0% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de laboratorio</b>		\$75 sin deducible	\$150 sin deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>		50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>		\$300 sin deducible	\$350 sin deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>		\$135 sin deducible	\$150 sin deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>		\$95 sin deducible	\$150 sin deducible
<b>Atención para afirmación de género</b>		\$850 después del deducible	\$1,000 después del deducible
<b>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo	Sin cargo
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$35 sin deducible	\$35 sin deducible
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$35 sin deducible	\$35 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	\$150 sin deducible	\$150 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible

**Jefferson Health Plans + Value + Bronze + HMO**

		<b>Nivel 1</b>	<b>Nivel 2</b>
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>		\$8,500/\$17,000	\$9,200/\$18,400
<b>Deducible de medicamentos</b>		Combinado	Combinado
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>		\$9,200/\$18,400	\$9,200/\$18,400
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>		1/Año de beneficios	0
<b>Visita al PCP</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Visita a un especialista</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Atención virtual (JeffConnect)</b>		Sin cargo	N/C
<b>Atención virtual (otra): visita de atención primaria</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Atención virtual (otra): visita al especialista</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b>	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Salud mental/conductual/trastorno por consumo de sustancias (SUD)</b>	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
<b>Equipos médicos duraderos</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Servicios de laboratorio</b>		0% de coseguro después del deducible	0% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Atención para afirmación de género</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo	Sin cargo
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$35 sin deducible	\$35 sin deducible
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$35 sin deducible	\$35 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	0% después del deducible	0% después del deducible
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	0% después del deducible	0% después del deducible
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	0% después del deducible	0% después del deducible

**Jefferson Health Plans + Deducible de \$0 + Silver + HMO**

		<b>Nivel 1</b>	<b>Nivel 2</b>
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>		\$0/\$0	\$2,000/\$4,000
<b>Deducible de medicamentos</b>		\$5,000/\$10,000	\$5,000/\$10,000
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>		\$9,200/\$18,400	\$9,200/\$18,400
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>		1/Año de beneficios	0
<b>Visita al PCP</b>		\$50 sin deducible	\$95 sin deducible
<b>Visita a un especialista</b>		\$95 sin deducible	\$130 sin deducible
<b>Atención virtual (JeffConnect)</b>		Sin cargo	N/C
<b>Atención virtual: visita de atención primaria</b>		\$50 sin deducible	\$95 sin deducible
<b>Atención virtual: visita al especialista</b>		\$95 sin deducible	\$130 sin deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b>	\$595 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$1,000 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Salud mental/conductual/trastorno por consumo de sustancias (SUD)</b>	\$595 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$1,000 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	\$595 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$1,000 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
<b>Equipos médicos duraderos</b>		50% de coseguro sin deducible	50% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de laboratorio</b>		\$60 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>		\$975 sin deducible	\$975 sin deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>		\$350 sin deducible	\$500 sin deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>		\$100 sin deducible	\$130 sin deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>		\$95 sin deducible	\$130 sin deducible
<b>Atención para afirmación de género</b>		\$595 sin deducible	\$1,000 después del deducible
<b>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo	Sin cargo
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$5 sin deducible	\$5 sin deducible
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$20 sin deducible	\$20 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	\$100 sin deducible	\$100 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible



**Jefferson Health Plans + Balanced + Silver + HMO**

		<b>Nivel 1</b>	<b>Nivel 2</b>
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>		\$2,500/\$5,000	\$6,900/\$13,800
<b>Deducible de medicamentos</b>		\$600/\$1,200	\$600/\$1,200
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>		\$9,200/\$18,400	\$9,200/\$18,400
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>		1/Año de beneficios	0
<b>Visita al PCP</b>		\$45 sin deducible	\$90 sin deducible
<b>Visita a un especialista</b>		\$90 sin deducible	\$130 sin deducible
<b>Atención virtual (JeffConnect)</b>		Sin cargo	N/C
<b>Atención virtual: visita de atención primaria</b>		\$45 sin deducible	\$90 sin deducible
<b>Atención virtual: visita al especialista</b>		\$90 sin deducible	\$130 sin deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b>	\$550 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$850 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Salud mental/conductual/trastorno por consumo de sustancias (SUD)</b>	\$550 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$850 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	\$550 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$850 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
<b>Equipos médicos duraderos</b>		50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de laboratorio</b>		\$50 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>		\$950 sin deducible	\$950 sin deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>		\$300 sin deducible	\$450 sin deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>		\$100 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>		\$90 sin deducible	\$130 sin deducible
<b>Atención para afirmación de género</b>		\$550 después del deducible	\$850 después del deducible
<b>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo	Sin cargo
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$5 sin deducible	\$5 sin deducible
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$20 sin deducible	\$20 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible

**Jefferson Health Plans + Total + Silver + HMO**

		<b>Nivel 1</b>	<b>Nivel 2</b>
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>		\$4,900/\$9,800	\$8,000/\$16,000
<b>Deducible de medicamentos</b>		\$600/\$1,200	\$600/\$1,200
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>		\$9,200/\$18,400	\$9,200/\$18,400
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>		1/Año de beneficios	0
<b>Visita al PCP</b>		\$40 sin deducible	\$85 sin deducible
<b>Visita a un especialista</b>		\$85 sin deducible	\$125 sin deducible
<b>Atención virtual (JeffConnect)</b>		Sin cargo	N/C
<b>Atención virtual: visita de atención primaria</b>		\$40 sin deducible	\$85 sin deducible
<b>Atención virtual: visita al especialista</b>		\$85 sin deducible	\$125 sin deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b>	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$800 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Salud mental/conductual/trastorno por consumo de sustancias (SUD)</b>	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$800 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$800 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
<b>Equipos médicos duraderos</b>		50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de laboratorio</b>		\$50 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>		\$950 sin deducible	\$950 sin deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>		\$300 sin deducible	\$450 sin deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>		\$100 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>		\$85 sin deducible	\$125 sin deducible
<b>Atención para afirmación de género</b>		\$500 después del deducible	\$800 después del deducible
<b>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo	Sin cargo
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$5 sin deducible	\$5 sin deducible
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$20 sin deducible	\$20 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible

**Jefferson Health Plans + Deducible de \$0 + Gold + HMO**

		<b>Nivel 1</b>	<b>Nivel 2</b>
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>		\$0/\$0	\$500/\$1,000
<b>Deducible de medicamentos</b>		Combinado	Combinado
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>		\$9,200/\$18,400	\$9,200/\$18,400
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>		2/Año de beneficios	0
<b>Visita al PCP</b>		\$25 sin deducible	\$75 sin deducible
<b>Visita a un especialista</b>		\$75 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Atención virtual (JeffConnect)</b>		Sin cargo	N/C
<b>Atención virtual: visita de atención primaria</b>		\$25 sin deducible	\$75 sin deducible
<b>Atención virtual: visita al especialista</b>		\$75 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b>	\$350 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$550 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Salud mental/conductual/trastorno por consumo de sustancias (SUD)</b>	\$350 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$550 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	\$350 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$550 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
<b>Equipos médicos duraderos</b>		50% de coseguro sin deducible	50% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de laboratorio</b>		\$5 sin deducible	\$65 sin deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>		\$450 sin deducible	\$550 sin deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>		\$120 sin deducible	\$150 sin deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>		\$75 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>		\$75 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Atención para afirmación de género</b>		\$350 después del deducible	\$550 después del deducible
<b>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo	Sin cargo
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$5 sin deducible	\$5 sin deducible
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$20 sin deducible	\$20 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	\$100 sin deducible	\$100 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible

**Jefferson Health Plans + Total + Gold+ HMO**

		<b>Nivel 1</b>	<b>Nivel 2</b>
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>		\$100/\$500	\$1,000/\$2,000
<b>Deducible de medicamentos</b>		\$1,000/\$2,000	\$1,000/\$2,000
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>		\$9,200/\$18,400	\$9,200/\$18,400
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>		2/Año de beneficios	0
<b>Visita al PCP</b>		\$20 sin deducible	\$60 sin deducible
<b>Visita a un especialista</b>		\$65 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Atención virtual (JeffConnect)</b>		Sin cargo	N/C
<b>Atención virtual: visita de atención primaria</b>		\$20 sin deducible	\$60 sin deducible
<b>Atención virtual: visita al especialista</b>		\$65 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b>	\$300 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Salud mental/conductual/trastorno por consumo de sustancias (SUD)</b>	\$300 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	\$300 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
<b>Equipos médicos duraderos</b>		50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de laboratorio</b>		0%	20% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>		\$400 sin deducible	\$400 sin deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>		\$110 sin deducible	\$150 sin deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>		\$65 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>		\$65 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Atención para afirmación de género</b>		\$300 después del deducible	\$500 después del deducible
<b>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo	Sin cargo
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$0 sin deducible	\$0 sin deducible
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$20 sin deducible	\$20 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	\$100 sin deducible	\$100 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible

**Jefferson Health Plans + Value + Gold+ HMO**

		<b>Nivel 1</b>	<b>Nivel 2</b>
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>		\$1,500/\$3,000	\$2,000/\$4,000
<b>Deducible de medicamentos</b>		\$500/\$1,000	\$1,000/\$2,000
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>		\$9,200/\$18,400	\$9,200/\$18,400
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>		2/Año de beneficios	0
<b>Visita al PCP</b>		\$15 sin deducible	\$60 sin deducible
<b>Visita a un especialista</b>		\$60 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Atención virtual (JeffConnect)</b>		Sin cargo	N/C
<b>Atención virtual: visita de atención primaria</b>		\$15 sin deducible	\$60 sin deducible
<b>Atención virtual: visita al especialista</b>		\$60 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b>	\$250 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Salud mental/conductual/trastorno por consumo de sustancias (SUD)</b>	\$60 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$60 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	\$250 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
<b>Equipos médicos duraderos</b>		50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de laboratorio</b>		\$0	\$50 sin deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>		\$300 sin deducible	\$500 sin deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>		\$100 sin deducible	\$150 sin deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>		\$60 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>		\$60 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Atención para afirmación de género</b>		\$250 después del deducible	\$500 después del deducible
<b>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo	Sin cargo
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$0 sin deducible	\$0 sin deducible
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$20 sin deducible	\$20 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	\$100 sin deducible	\$100 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible

**Jefferson Health Plans + Deducible de \$0 + Bronze + PPO**

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>		\$0/\$0	\$10,000/\$20000
<b>Deducible de medicamentos</b>		\$5,000/\$10,000	N/C
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>		\$9,200/\$18,400	\$18,400/\$36,800
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>		1/Año de beneficios	No está cubierto
<b>Visita al PCP</b>		\$100 sin deducible	50% después del deducible
<b>Visita a un especialista</b>		\$150 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención virtual (JeffConnect)</b>		Sin cargo	No está cubierto
<b>Atención virtual: visita de atención primaria</b>		\$100 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención virtual: visita al especialista</b>		\$150 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b>	\$2,000 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Salud mental/conductual/trastorno por consumo de sustancias (SUD)</b>	\$2,000 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	\$2,000 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
<b>Equipos médicos duraderos</b>		50% de coseguro sin deducible	50% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de laboratorio</b>		\$100 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>		\$1,500 sin deducible	\$1,500
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>		\$600 sin deducible	50% después del deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>		\$150 sin deducible	50% después del deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>		\$150 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención para afirmación de género</b>		No está cubierto	No está cubierto
<b>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo	No está cubierto
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$35 sin deducible	No está cubierto
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$35 sin deducible	No está cubierto
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	\$200 después del deducible	No está cubierto
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	\$250 después del deducible	No está cubierto
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	50% después del deducible	No está cubierto

		Jefferson Health Plans + Total + Bronze + PPO	
		Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible médico: individual/familiar		\$7,450/\$14,900	\$14,900/\$29,800
Deducible de medicamentos		Combinado	N/C
Desembolso máximo: individual/familiar		\$9,200/\$18,400	\$18,400/\$36,800
Visita al PCP sin costo compartido		1/Año de beneficios	No está cubierto
Visita al PCP		\$60	50% después del deducible
Visita a un especialista		\$95 sin deducible	50% después del deducible
Atención virtual (JeffConnect)		Sin cargo	No está cubierto
Atención virtual (otra): visita de atención primaria		\$60 sin deducible	50% después del deducible
Atención virtual (otra): visita al especialista		\$95 sin deducible	50% después del deducible
Servicios para paciente hospitalizado	Estadías agudas	\$850 por día después del deducible (Máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Salud mental/conductual/trastorno por consumo de sustancias (SUD)	\$850 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad	\$850 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
Equipos médicos duraderos		50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
Servicios de laboratorio		\$75 sin deducible	50% después del deducible
Servicios de la sala de emergencias		50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		\$300 sin deducible	50% después del deducible
Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)		\$135 sin deducible	50% después del deducible
Centros o instituciones de atención de urgencia		\$95 sin deducible	50% después del deducible
Atención para afirmación de género		No está cubierto	No está cubierto
Servicios de farmacia	Medicamentos preventivos	Sin cargo	No está cubierto
	Nivel 1 de medicamentos genéricos	\$35 sin deducible	No está cubierto
	Nivel 2 de medicamentos genéricos	\$35 sin deducible	No está cubierto
	Medicamentos de marcas preferidas	\$150 sin deducible	No está cubierto
	Medicamentos de marcas no preferidas	50% de coseguro después del deducible	No está cubierto
	Especialidades farmacéuticas	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible

**Jefferson Health Plans + Value + Bronze + PPO**

		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>		\$8,000/\$16,000	\$16,000/\$32,000
<b>Deducible de medicamentos</b>		Combinado	N/C
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>		\$8,000/\$16,000	\$16,000/\$32,000
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>		1/Año de beneficios	No está cubierto
<b>Visita al PCP</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Visita a un especialista</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Atención virtual (JeffConnect)</b>		Sin cargo	No está cubierto
<b>Atención virtual (otra): visita de atención primaria</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Atención virtual (otra): visita al especialista</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b>	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Salud mental/conductual/trastorno por consumo de sustancias (SUD)</b>	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
<b>Equipos médicos duraderos</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Servicios de laboratorio</b>		0% de coseguro después del deducible	0% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Atención para afirmación de género</b>		0% después del deducible	0% después del deducible
<b>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo	No está cubierto
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$35 sin deducible	No está cubierto
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$35 sin deducible	No está cubierto
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	0% después del deducible	No está cubierto
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	0% después del deducible	No está cubierto
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	0% después del deducible	No está cubierto



**Jefferson Health Plans + Deducible de \$0 + Silver + PPO**

		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>		\$0/\$0	\$5,000/\$10,000
<b>Deducible de medicamentos</b>		\$5,000/\$10,000	N/C
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>		\$9,200/\$18,400	\$18,400/\$36,800
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>		1/Año de beneficios	No está cubierto
<b>Visita al PCP</b>		\$55 sin deducible	50% después del deducible
<b>Visita a un especialista</b>		\$95 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención virtual (JeffConnect)</b>		Sin cargo	No está cubierto
<b>Atención virtual: visita de atención primaria</b>		\$55 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención virtual: visita al especialista</b>		\$95 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b>	\$595 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Salud mental/conductual/trastorno por consumo de sustancias (SUD)</b>	\$595 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	\$595 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
<b>Equipos médicos duraderos</b>		50% de coseguro sin deducible	50% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de laboratorio</b>		\$60 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>		\$975 sin deducible	\$975 sin deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>		\$350 sin deducible	50% después del deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>		\$100 sin deducible	50% después del deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>		\$95 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención para afirmación de género</b>		\$595 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo	No está cubierto
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$10 sin deducible	No está cubierto
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$30 sin deducible	No está cubierto
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	\$100 sin deducible	No está cubierto
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	50% de coseguro después del deducible	No está cubierto
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	50% de coseguro después del deducible	No está cubierto

**Jefferson Health Plans + Balanced + Silver + PPO**

		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>		\$2,900/\$5,800	\$10,000/\$20000
<b>Deducible de medicamentos</b>		\$600/\$1,200	N/C
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>		\$9,200/\$18,400	\$18,400/\$36,800
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>		1/Año de beneficios	No está cubierto
<b>Visita al PCP</b>		\$45 sin deducible	50% después del deducible
<b>Visita a un especialista</b>		\$90 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención virtual (JeffConnect)</b>		Sin cargo	No está cubierto
<b>Atención virtual: visita de atención primaria</b>		\$45 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención virtual: visita al especialista</b>		\$90 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b>	\$550 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Salud mental/conductual/trastorno por consumo de sustancias (SUD)</b>	\$550 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	\$550 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
<b>Equipos médicos duraderos</b>		50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de laboratorio</b>		\$60 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>		\$900 sin deducible	\$900 sin deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>		\$300 sin deducible	50% después del deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>		\$100 sin deducible	50% después del deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>		\$90 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención para afirmación de género</b>		\$550 después del deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo	No está cubierto
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$5 sin deducible	No está cubierto
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$20 sin deducible	No está cubierto
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	50% de coseguro después del deducible	No está cubierto
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	50% de coseguro después del deducible	No está cubierto
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	50% de coseguro después del deducible	No está cubierto

**Jefferson Health Plans + Total + Silver + PPO**

		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>		\$4,900/\$9,800	\$10,000/\$20000
<b>Deducible de medicamentos</b>		\$600/\$1,200	N/C
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>		\$9,200/\$18,400	\$18,400/\$36,800
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>		1/Año de beneficios	No está cubierto
<b>Visita al PCP</b>		\$40 sin deducible	50% después del deducible
<b>Visita a un especialista</b>		\$90 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención virtual (JeffConnect)</b>		Sin cargo	No está cubierto
<b>Atención virtual: visita de atención primaria</b>		\$40 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención virtual: visita al especialista</b>		\$90 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b>	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Salud mental/conductual/trastorno por consumo de sustancias (SUD)</b>	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
<b>Equipos médicos duraderos</b>		50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de laboratorio</b>		\$50 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>		\$900 sin deducible	\$900 sin deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>		\$250 sin deducible	50% después del deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>		\$100 sin deducible	50% después del deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>		\$90 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención para afirmación de género</b>		\$500 después del deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo	No está cubierto
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$5 sin deducible	No está cubierto
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$20 sin deducible	No está cubierto
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	50% de coseguro después del deducible	No está cubierto
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	50% de coseguro después del deducible	No está cubierto
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	50% de coseguro después del deducible	No está cubierto

**Jefferson Health Plans + Deducible de \$0 + Gold + PPO**

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>		\$0/\$0	\$5,000/\$10,000
<b>Deducible de medicamentos</b>		Combinado	N/C
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>		\$9,200/\$18,400	\$15,000/\$30,000
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>		1/Año de beneficios	No está cubierto
<b>Visita al PCP</b>		\$25 sin deducible	50% después del deducible
<b>Visita a un especialista</b>		\$65 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención virtual (JeffConnect)</b>		Sin cargo	No está cubierto
<b>Atención virtual: visita de atención primaria</b>		\$25 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención virtual: visita al especialista</b>		\$65 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b>	\$600 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Salud mental/conductual/trastorno por consumo de sustancias (SUD)</b>	\$600 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	\$600 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
<b>Equipos médicos duraderos</b>		50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de laboratorio</b>		\$25 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>		\$350 sin deducible	\$350 sin deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>		\$200 sin deducible	50% después del deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>		\$75 sin deducible	50% después del deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>		\$65 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención para afirmación de género</b>		\$600 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo	No está cubierto
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$0 sin deducible	No está cubierto
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$20 sin deducible	No está cubierto
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	\$50 sin deducible	No está cubierto
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	50% de coseguro después del deducible	No está cubierto
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	50% de coseguro después del deducible	No está cubierto

**Jefferson Health Plans + Total + Gold + PPO**

		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>		\$500/\$1,000	\$10,000/\$20,000
<b>Deducible de medicamentos</b>		\$1,000/\$2,000	N/C
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>		\$9,200/\$18,400	\$18,400/\$36,800
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>		2/Año de beneficios	No está cubierto
<b>Visita al PCP</b>		\$20 sin deducible	50% después del deducible
<b>Visita a un especialista</b>		\$50 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención virtual (JeffConnect)</b>		Sin cargo	No está cubierto
<b>Atención virtual: visita de atención primaria</b>		\$20 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención virtual: visita al especialista</b>		\$50 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b>	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Salud mental/conductual/trastorno por consumo de sustancias (SUD)</b>	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
<b>Equipos médicos duraderos</b>		50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de laboratorio</b>		\$20 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>		\$300 sin deducible	\$300 sin deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>		\$125 sin deducible	50% después del deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>		\$60 sin deducible	50% después del deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>		\$50 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención para afirmación de género</b>		\$500 después del deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo	No está cubierto
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$0 sin deducible	No está cubierto
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$20 sin deducible	No está cubierto
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	\$50 sin deducible	No está cubierto
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	50% de coseguro después del deducible	No está cubierto
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	50% de coseguro después del deducible	No está cubierto

**Jefferson Health Plans + Value + Gold + PPO**

		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>		\$1,500/\$3,000	\$10,000/\$20000
<b>Deducible de medicamentos</b>		\$500/\$1,000	N/C
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>		\$9,200/\$18,400	\$18,400/\$36,800
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>		2/Año de beneficios	No está cubierto
<b>Visita al PCP</b>		\$15 sin deducible	50% después del deducible
<b>Visita a un especialista</b>		\$45 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención virtual (JeffConnect)</b>		Sin cargo	No está cubierto
<b>Atención virtual: visita de atención primaria</b>		\$15 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención virtual: visita al especialista</b>		\$45 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b>	\$400 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Salud mental/conductual/trastorno por consumo de sustancias (SUD)</b>	\$400 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	\$400 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
<b>Equipos médicos duraderos</b>		50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
<b>Servicios de laboratorio</b>		\$0 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>		\$250 sin deducible	\$250 sin deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>		\$100 sin deducible	50% después del deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>		\$50 sin deducible	50% después del deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>		\$45 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención para afirmación de género</b>		\$400 después del deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo	No está cubierto
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$0 sin deducible	No está cubierto
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$20 sin deducible	No está cubierto
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	\$50 sin deducible	No está cubierto
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	50% de coseguro después del deducible	No está cubierto
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	50% de coseguro después del deducible	No está cubierto



## Cómo inscribirse

¡Inscribirse es simple! Estamos aquí para ayudarte en cada paso del camino. Aquí te mostramos cómo ponerte en contacto:

Llama al 1-844-257-8382  
(TTY 711)



para hablar con nuestro amable y experimentado equipo de representantes autorizados

**Estamos disponibles:**

**Del 1.º de noviembre  
al 31 de enero,  
de 8 a.m. a 8 p.m.,  
los 7 días de la semana**

**Del 1.º de febrero  
al 31 de octubre,  
de 8 a.m. a 6 p.m.,  
de lunes a viernes**



O ponte en contacto  
con tu corredor local.



Visita [JeffersonHealthPlans.com/Individuals-Families](https://JeffersonHealthPlans.com/Individuals-Families)

Jefferson Health Plans está suscrito por Health Partners Plans, Inc. y Partners Insurance Company, Inc., que tienen licencias de Pennsylvania como Organización para el Mantenimiento de la Salud, aseguradora, y Organización de Proveedores Preferentes, aseguradora, respectivamente, y Emisores Calificados de Planes de Salud en el Mercado de Seguros Médicos de Pennsylvania.

JHP-810MG-5743.A

 **Jefferson  
Health Plans**