



AÑO DEL PLAN 2026

Comienza aquí para una
vida más saludable.

Planes individuales y familiares

 **Jefferson**
Health Plans

1-877-436-1596
(TTY 711)

JeffersonHealthPlans.com/individuals-families

Planes económicos para que tengas la mejor salud.

Con Jefferson Health Plans, obtienes atención de alta calidad a un precio asequible.

¡Sigue leyendo para encontrar el plan adecuado para ti!



Planes disponibles en los siguientes condados: Bucks, Carbon, Delaware, Lehigh, Monroe, Montgomery, Northampton, Philadelphia, Schuylkill



¿Por qué elegir Jefferson Health Plans?

Con una trayectoria de casi 40 años, estamos comprometidos a ofrecerte una cobertura de calidad a un precio asequible. Te conectamos con los mejores médicos y especialistas, y te brindamos beneficios que van más allá de lo básico.

Cuenta con nosotros para:

Planes asequibles

Ofrecemos una gama de planes Bronze, Silver y Gold que se adaptan a cada presupuesto, incluidos planes con deducible médico de \$0 en todos los niveles de metal.

Acceso a miles de proveedores

Elige de nuestra amplia red de proveedores, incluido Jefferson Health y otros proveedores cerca de ti.

Visitas sin derivación

¿Necesitas un especialista? Elige el que se adapte a tus necesidades; no se requiere derivación.

Cobertura de calidad

Nuestros planes te brindan acceso a atención de alta calidad:

- **\$0** en la primera visita al proveedor de atención primaria (PCP)*
- **\$0 en** atención virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana con JeffConnect, y visitas virtuales de atención primaria disponibles con proveedores de Jefferson
- **Cobertura** de medicamentos recetados de bajo costo para medicamentos de marca y genéricos

*Cuando consultas a un proveedor de Nivel 1 para planes HMO y un proveedor dentro de la red para planes PPO. Una visita de \$0 por año del plan.

¿Tienes alguna pregunta?
¿Estás listo para inscribirte?

- Llama al **1-877-436-1596 (TTY 711)**.
- Visita 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 se adapte mejor a tus necesidades de atención médica y a tu presupuesto. Independientemente del plan y nivel que elijas, puedes contar con la misma calidad de cobertura.

BRONZE

COSTOS DE LAS PRIMAS: \$

GASTOS DE BOLSILLO: \$\$\$

- ✓ Créditos tributarios anticipados para primas*
- ✗ Reducciones de costos compartidos*

★ **MEJOR SI:** No visitas al médico con frecuencia y deseas primas más bajas

SILVER

COSTOS DE LAS PRIMAS: \$\$

GASTOS DE BOLSILLO: \$\$

- ✓ Créditos tributarios 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 LAS PRIMAS: \$\$\$

GASTOS DE BOLSILLO: \$

- ✓ Créditos tributarios 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 tributarios para primas 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 parecer abrumador, pero estamos aquí para ayudarte. Consulta el cuadro a continuación para obtener un detalle de las diferencias entre los planes HMO y PPO para ayudarte a elegir el tipo de plan adecuado. Independientemente del plan que elijas, obtienes una cobertura asequible y de calidad.

HMO:

-  **Proveedor de atención primaria (PCP):**
Elige tu PCP (o te asignaremos uno) para ayudar a coordinar tu atención.
-  **Primas mensuales y los gastos de bolsillo: MÁS BAJA \$**
-  **Cobertura fuera de la red:**
Deberás consultar a un médico de nuestra red para la mayoría de los servicios, excepto en el caso de una 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 recomienda elegir un PCP, pero no es obligatorio.
-  **Primas mensuales y los gastos de bolsillo: MÁS ALTA \$\$**
- ✓ **Cobertura fuera de la red:**
Tienes la flexibilidad de consultar a médicos fuera de la red, pero costará más.

MEJOR SI:

Te preocupas más por la flexibilidad y más opciones de proveedores tanto dentro como fuera de la red.



Encontrar un médico cerca de ti

Explora nuestra red de más de 13,000 médicos y más de 45 hospitales.* Para ver si tu médico está cubierto, visita nuestro directorio de proveedores: [JeffersonHealthPlans.com/findproviders](https://jeffersonhealthplans.com/findproviders).

*Según Jefferson Health Plans, se informaron datos de la red a julio de 2025.

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 Pennsylvania¹:

- Créditos tributarios anticipados para primas
- Reducciones de costos compartidos

Ve si calificas

Tus ingresos y el tamaño de tu hogar determinan si eres elegible para ahorrar en tu seguro médico. Verifica tu elegibilidad llamándonos al **1-877-436-1596** o visitando **www.pennie.com**.



Comprensión de los costos, te tenemos cubierto.



Primas

Pagos mensuales para mantener tu cobertura.



Deducible

Monto fijo que pagas para servicios médicos cubiertos antes de que tu seguro comience a cubrir los gastos.



Coseguro

Porcentaje de los gastos médicos cubiertos que pagas una vez que alcanzaste tu deducible.



Copago

Este es el monto fijo que pagas por visitas al médico, recetas u otros servicios médicos.



Crédito tributario anticipado para primas (APTC)

Crédito tributario que reduce tu prima mensual si calificas.²



Reducciones de costo compartido (CSR)

Reduce el monto que pagas por deducibles, copagos y coseguro.²

1. Obtén más información en **www.pennie.com** o llama al **1-844-844-8040** para obtener ayuda.

2. 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

		Nivel 1	Nivel 2
Deducible médico: individual/familiar		\$0/\$0	\$8,000/\$16,000
Deducible de medicamentos		\$5,000/\$10,000	\$5,000/\$10,000
Desembolso máximo: individual/familiar		\$10,600/\$21,200	\$10,600/\$21,200
Visita al PCP sin costo compartido		1/Año de beneficios	0
Visita al PCP		\$95 sin deducible	\$150 sin deducible
Visita a un especialista		\$150 sin deducible	\$175 sin deducible
Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)		Sin cargo	N/C
Atención virtual: visita de atención primaria		\$95 sin deducible	\$150 sin deducible
Atención virtual: visita al especialista		\$150 sin deducible	\$175 sin deducible
Servicios para paciente hospitalizado	Estadías agudas	\$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)
	Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias	\$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)
	Parto y todos los servicios hospitalarios para atención de maternidad	\$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)
Equipos médicos duraderos		50% de coseguro sin deducible	50% de coseguro después del deducible
Servicios de laboratorio		\$150 sin deducible	\$250 sin deducible
Servicios de la sala de emergencias		\$1,250 sin deducible	\$1,250 después del deducible
Radiografías e imágenes de diagnóstico		\$200	\$350
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		\$600 sin deducible	\$750 después del deducible
Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)		\$150 sin deducible	\$250 sin deducible
Centros o instituciones de atención de urgencia		\$150 sin deducible	\$175 sin deducible
Servicios de farmacia	Medicamentos preventivos	Sin cargo	Sin cargo
	Nivel 1 de medicamentos genéricos	\$35 sin deducible	\$35 sin deducible
	Nivel 2 de medicamentos genéricos	\$35 sin deducible	\$35 sin deducible
	Medicamentos de marcas preferidas	\$150 sin deducible	\$150 sin deducible
	Medicamentos de marcas no preferidas	\$250 después del deducible	\$250 después del deducible
	Especialidades farmacéuticas	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible

Jefferson Health Plans + Total + Bronze + HMO

		Nivel 1	Nivel 2
Deducible médico: individual/familiar		\$8,500/\$17,000	\$9,000/\$18,000
Deducible de medicamentos		Cobertura médica y de medicamentos combinada	Cobertura médica y de medicamentos combinada
Desembolso máximo: individual/familiar		\$10,600/\$21,200	\$10,600/\$21,200
Visita al PCP sin costo compartido		1/Año de beneficios	0
Visita al PCP		\$60 sin deducible	\$95 sin deducible
Visita a un especialista		\$95 sin deducible	\$150 sin deducible
Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)		Sin cargo	N/C
Atención virtual (otra): visita de atención primaria		\$60 sin deducible	\$95 sin deducible
Atención virtual (otra): visita al especialista		\$95 sin deducible	\$150 sin deducible
Servicios para paciente hospitalizado	Estadías agudas	\$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)
	Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias	\$850 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$850 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Parto y todos los servicios hospitalarios para atención de maternidad	\$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)
Equipos médicos duraderos		50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
Servicios de laboratorio		\$75 sin deducible	\$150 sin deducible
Servicios de la sala de emergencias		50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
Radiografías e imágenes de diagnóstico		\$175	\$250
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		\$300 después del deducible	\$350 después del deducible
Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)		\$135 después del deducible	\$150 después del deducible
Centros o instituciones de atención de urgencia		\$95 sin deducible	\$150 sin deducible
Servicios de farmacia	Medicamentos preventivos	Sin cargo	Sin cargo
	Nivel 1 de medicamentos genéricos	\$35 sin deducible	\$35 sin deducible
	Nivel 2 de medicamentos genéricos	\$35 sin deducible	\$35 sin deducible
	Medicamentos de marcas preferidas	\$150 sin deducible	\$150 sin deducible
	Medicamentos de marcas no preferidas	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
	Especialidades farmacéuticas	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible

Jefferson Health Plans + Value + Bronze + HMO

		Nivel 1	Nivel 2
Deducible médico: individual/familiar		\$10,000/\$20,000	\$10,000/\$20,000
Deducible de medicamentos		Cobertura médica y de medicamentos combinada	Cobertura médica y de medicamentos combinada
Desembolso máximo: individual/familiar		\$10,000/\$20,000	\$10,000/\$20,000
Visita al PCP sin costo compartido		1/Año de beneficios	0
Visita al PCP		0% después del deducible	0% después del deducible
Visita a un especialista		0% después del deducible	0% después del deducible
Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)		Sin cargo	N/C
Atención virtual (otra): visita de atención primaria		0% después del deducible	0% después del deducible
Atención virtual (otra): visita al especialista		0% después del deducible	0% después del deducible
Servicios para paciente hospitalizado	Estadías agudas	0% después del deducible	0% después del deducible
	Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias	0% después del deducible	0% después del deducible
	Parto y todos los servicios hospitalarios para atención de maternidad	0% después del deducible	0% después del deducible
Equipos médicos duraderos		0% después del deducible	0% después del deducible
Servicios de laboratorio		0% de coseguro después del deducible	0% de coseguro después del deducible
Servicios de la sala de emergencias		0% después del deducible	0% después del deducible
Radiografías e imágenes de diagnóstico		0% después del deducible	0% después del deducible
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		0% después del deducible	0% después del deducible
Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)		0% después del deducible	0% después del deducible
Centros o instituciones de atención de urgencia		0% después del deducible	0% después del deducible
Servicios de farmacia	Medicamentos preventivos	Sin cargo	Sin cargo
	Nivel 1 de medicamentos genéricos	\$35 sin deducible	\$35 sin deducible
	Nivel 2 de medicamentos genéricos	\$35 sin deducible	\$35 sin deducible
	Medicamentos de marcas preferidas	0% después del deducible	0% después del deducible
	Medicamentos de marcas no preferidas	0% después del deducible	0% después del deducible
	Especialidades farmacéuticas	0% después del deducible	0% después del deducible

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

		Nivel 1	Nivel 2
Deducible médico: individual/familiar		\$0/\$0	\$2,000/\$4,000
Deducible de medicamentos		\$5,000/\$10,000	\$5,000/\$10,000
Desembolso máximo: individual/familiar		\$10,600/\$21,200	\$10,600/\$21,200
Visita al PCP sin costo compartido		1/Año de beneficios	0
Visita al PCP		\$55 sin deducible	\$95 sin deducible
Visita a un especialista		\$95 sin deducible	\$130 sin deducible
Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)		Sin cargo	N/C
Atención virtual: visita de atención primaria		\$55 sin deducible	\$95 sin deducible
Atención virtual: visita al especialista		\$80 sin deducible	\$125 sin deducible
Servicios para paciente hospitalizado	Estadías agudas	\$700 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$1,000 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias	\$700 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$700 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Parto y todos los servicios hospitalarios para atención de maternidad	\$700 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$1,000 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
Equipos médicos duraderos		50% de coseguro sin deducible	50% de coseguro después del deducible
Servicios de laboratorio		\$60 sin deducible	\$125 sin deducible
Servicios de la sala de emergencias		\$975 sin deducible	\$975 sin deducible
Radiografías e imágenes de diagnóstico		\$125	\$300
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		\$350 sin deducible	\$500 sin deducible
Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)		\$125 sin deducible	\$150 sin deducible
Centros o instituciones de atención de urgencia		\$95 sin deducible	\$130 sin deducible
Servicios de farmacia	Medicamentos preventivos	Sin cargo	Sin cargo
	Nivel 1 de medicamentos genéricos	\$5 sin deducible	\$5 sin deducible
	Nivel 2 de medicamentos genéricos	\$30 sin deducible	\$30 sin deducible
	Medicamentos de marcas preferidas	\$100 después del deducible	\$100 después del deducible
	Medicamentos de marcas no preferidas	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
	Especialidades farmacéuticas	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible

Jefferson Health Plans + Balanced + Silver + HMO

		Nivel 1	Nivel 2
Deducible médico: individual/familiar		\$6,900/\$13,800	\$7,500/\$15,000
Deducible de medicamentos		\$750/\$1,500	\$750/\$1,500
Desembolso máximo: individual/familiar		\$10,600/\$21,200	\$10,600/\$21,200
Visita al PCP sin costo compartido		1/Año de beneficios	0
Visita al PCP		\$50 sin deducible	\$100 sin deducible
Visita a un especialista		\$95 sin deducible	\$140 sin deducible
Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)		Sin cargo	N/C
Atención virtual: visita de atención primaria		\$50 sin deducible	\$100 sin deducible
Atención virtual: visita al especialista		\$80 sin deducible	\$125 sin deducible
Servicios para paciente hospitalizado	Estadías agudas	\$650 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$850 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias	\$650 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$650 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Parto y todos los servicios hospitalarios para atención de maternidad	\$650 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$850 por día 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		\$60 sin deducible	\$125 sin deducible
Servicios de la sala de emergencias		\$950 sin deducible	\$950 sin deducible
Radiografías e imágenes de diagnóstico		\$125	\$300
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		\$350 sin deducible	\$500 sin deducible
Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)		\$125 sin deducible	\$150 sin deducible
Centros o instituciones de atención de urgencia		\$95 sin deducible	\$140 sin deducible
Servicios de farmacia	Medicamentos preventivos	Sin cargo	Sin cargo
	Nivel 1 de medicamentos genéricos	\$5 sin deducible	\$5 sin deducible
	Nivel 2 de medicamentos genéricos	\$30 sin deducible	\$30 sin deducible
	Medicamentos de marcas preferidas	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
	Medicamentos de marcas no preferidas	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
	Especialidades farmacéuticas	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible

Jefferson Health Plans + Total + Silver + HMO

		Nivel 1	Nivel 2
Deducible médico: individual/familiar		\$5,500/\$11,000	\$8,000/\$16,000
Deducible de medicamentos		\$750/\$1,500	\$750/\$1,500
Desembolso máximo: individual/familiar		\$10,600/\$21,200	\$10,600/\$21,200
Visita al PCP sin costo compartido		1/Año de beneficios	0
Visita al PCP		\$50 sin deducible	\$85 sin deducible
Visita a un especialista		\$95 sin deducible	\$125 sin deducible
Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)		Sin cargo	N/C
Atención virtual: visita de atención primaria		\$50 sin deducible	\$85 sin deducible
Atención virtual: visita al especialista		\$75 sin deducible	\$125 sin deducible
Servicios para paciente hospitalizado	Estadías agudas	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$800 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$800 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Parto y todos los servicios hospitalarios para atención de maternidad	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$800 por día 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		\$50 sin deducible	\$100 sin deducible
Servicios de la sala de emergencias		\$950 sin deducible	\$950 sin deducible
Radiografías e imágenes de diagnóstico		\$125	\$300
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		\$300 después del deducible	\$450 después del deducible
Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)		\$100 después del deducible	\$125 después del deducible
Centros o instituciones de atención de urgencia		\$95 sin deducible	\$125 sin deducible
Servicios de farmacia	Medicamentos preventivos	Sin cargo	Sin cargo
	Nivel 1 de medicamentos genéricos	\$5 sin deducible	\$5 sin deducible
	Nivel 2 de medicamentos genéricos	\$30 sin deducible	\$30 sin deducible
	Medicamentos de marcas preferidas	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
	Medicamentos de marcas no preferidas	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
	Especialidades farmacéuticas	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible

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

		Nivel 1	Nivel 2
Deducible médico: individual/familiar		\$0/\$0	\$1,000/\$2,000
Deducible de medicamentos		Cobertura médica y de medicamentos combinada	Cobertura médica y de medicamentos combinada
Desembolso máximo: individual/familiar		\$10,600/\$21,200	\$10,600/\$21,200
Visita al PCP sin costo compartido		1/Año de beneficios	0
Visita al PCP		\$25 sin deducible	\$75 sin deducible
Visita a un especialista		\$75 sin deducible	\$100 sin deducible
Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)		Sin cargo	N/C
Atención virtual: visita de atención primaria		\$25 sin deducible	\$75 sin deducible
Atención virtual: visita al especialista		\$75 sin deducible	\$100 sin deducible
Servicios para paciente hospitalizado	Estadías agudas	\$350 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$550 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias	\$350 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$550 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Parto y todos los servicios hospitalarios para atención de maternidad	\$350 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$550 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
Equipos médicos duraderos		50% de coseguro sin deducible	50% de coseguro después del deducible
Servicios de laboratorio		\$5 sin deducible	\$65 sin deducible
Servicios de la sala de emergencias		\$450 sin deducible	\$550 sin deducible
Radiografías e imágenes de diagnóstico		\$80	\$120
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		\$120 sin deducible	\$150 sin deducible
Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)		\$75 sin deducible	\$100 sin deducible
Centros o instituciones de atención de urgencia		\$75 sin deducible	\$100 sin deducible
Servicios de farmacia	Medicamentos preventivos	Sin cargo	Sin cargo
	Nivel 1 de medicamentos genéricos	\$5 sin deducible	\$5 sin deducible
	Nivel 2 de medicamentos genéricos	\$20 sin deducible	\$20 sin deducible
	Medicamentos de marcas preferidas	\$100 sin deducible	\$100 sin deducible
	Medicamentos de marcas no preferidas	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
	Especialidades farmacéuticas	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible

Jefferson Health Plans + Total + Gold + HMO

		Nivel 1	Nivel 2
Deducible médico: individual/familiar		\$1,000/\$2,000	\$2,000/\$4,000
Deducible de medicamentos		\$1,000/\$2,000	\$1,000/\$2,000
Desembolso máximo: individual/familiar		\$10,600/\$21,200	\$10,600/\$21,200
Visita al PCP sin costo compartido		1/Año de beneficios	0
Visita al PCP		\$20 sin deducible	\$60 sin deducible
Visita a un especialista		\$65 sin deducible	\$100 sin deducible
Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)		Sin cargo	N/C
Atención virtual: visita de atención primaria		\$20 sin deducible	\$60 sin deducible
Atención virtual: visita al especialista		\$65 sin deducible	\$100 sin deducible
Servicios para paciente hospitalizado	Estadías agudas	\$300 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias	\$300 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Parto y todos los servicios hospitalarios para atención de maternidad	\$300 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$500 por día 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		0%	\$60
Servicios de la sala de emergencias		\$400 sin deducible	\$400 sin deducible
Radiografías e imágenes de diagnóstico		\$60	\$80
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		\$110 sin deducible	\$150 sin deducible
Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)		\$65 sin deducible	\$100 sin deducible
Centros o instituciones de atención de urgencia		\$65 sin deducible	\$100 sin deducible
Servicios de farmacia	Medicamentos preventivos	Sin cargo	Sin cargo
	Nivel 1 de medicamentos genéricos	\$0 sin deducible	\$0 sin deducible
	Nivel 2 de medicamentos genéricos	\$20 sin deducible	\$20 sin deducible
	Medicamentos de marcas preferidas	\$100 sin deducible	\$100 sin deducible
	Medicamentos de marcas no preferidas	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
	Especialidades farmacéuticas	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible

Jefferson Health Plans + Value + Gold + HMO

		Nivel 1	Nivel 2
Deducible médico: individual/familiar		\$2,000/\$4,000	\$2,500/\$5,000
Deducible de medicamentos		\$500/\$1,000	\$1,000/\$2,000
Desembolso máximo: individual/familiar		\$10,600/\$21,200	\$10,600/\$21,200
Visita al PCP sin costo compartido		1/Año de beneficios	0
Visita al PCP		\$15 sin deducible	\$60 sin deducible
Visita a un especialista		\$60 sin deducible	\$100 sin deducible
Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)		Sin cargo	N/C
Atención virtual: visita de atención primaria		\$15 sin deducible	\$60 sin deducible
Atención virtual: visita al especialista		\$60 sin deducible	\$100 sin deducible
Servicios para paciente hospitalizado	Estadías agudas	\$250 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias	\$60 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$60 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Parto y todos los servicios hospitalarios para atención de maternidad	\$250 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$500 por día 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		\$0	\$50 sin deducible
Servicios de la sala de emergencias		\$300 sin deducible	\$500 sin deducible
Radiografías e imágenes de diagnóstico		\$50	\$80
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		\$100 sin deducible	\$150 sin deducible
Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)		\$60 sin deducible	\$100 sin deducible
Centros o instituciones de atención de urgencia		\$60 sin deducible	\$100 sin deducible
Servicios de farmacia	Medicamentos preventivos	Sin cargo	Sin cargo
	Nivel 1 de medicamentos genéricos	\$0 sin deducible	\$0 sin deducible
	Nivel 2 de medicamentos genéricos	\$20 sin deducible	\$20 sin deducible
	Medicamentos de marcas preferidas	\$100 sin deducible	\$100 sin deducible
	Medicamentos de marcas no preferidas	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
	Especialidades farmacéuticas	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
Deducible médico: individual/familiar		\$0/\$0	\$10,000/\$20,000
Deducible de medicamentos		\$5,000/\$10,000	N/C
Desembolso máximo: individual/familiar		\$10,600/\$21,200	\$21,200/\$42,400
Visita al PCP sin costo compartido		1/Año de beneficios	No está cubierto
Visita al PCP		\$100 sin deducible	50% después del deducible
Visita a un especialista		\$150 sin deducible	50% después del deducible
Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)		Sin cargo	No está cubierto
Atención virtual: visita de atención primaria		\$100 sin deducible	50% después del deducible
Atención virtual: visita al especialista		\$150 sin deducible	50% después del deducible
Servicios para paciente hospitalizado	Estadías agudas	\$2,000 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias	\$2,000 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Parto y todos los servicios hospitalarios para atención de maternidad	\$2,000 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
Equipos médicos duraderos		50% de coseguro sin deducible	50% de coseguro después del deducible
Servicios de laboratorio		\$100 sin deducible	50% después del deducible
Servicios de la sala de emergencias		\$1,500 sin deducible	\$1,500
Radiografías e imágenes de diagnóstico		\$250	50% después del deducible
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		\$600 sin deducible	50% después del deducible
Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)		\$150 sin deducible	50% después del deducible
Centros o instituciones de atención de urgencia		\$150 sin deducible	50% después del deducible
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	\$200 después del deducible	No está cubierto
	Medicamentos de marcas no preferidas	\$250 después del deducible	No está cubierto
	Especialidades farmacéuticas	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		\$9,000/\$18,000	\$18,000/\$36,000
Deducible de medicamentos		Cobertura médica y de medicamentos combinada	N/C
Desembolso máximo: individual/familiar		\$10,600/\$21,200	\$21,200/\$42,400
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: atención de urgencia (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	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Parto y todos los servicios hospitalarios para atención de 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
Radiografías e imágenes de diagnóstico		\$175 después del deducible	50% después del deducible
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		\$300 después del 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
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

		Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible médico: individual/familiar		\$8,500/\$17,000	\$17,000/\$34,000
Deducible de medicamentos		Cobertura médica y de medicamentos combinada	N/C
Desembolso máximo: individual/familiar		\$8,500/\$17,000	\$17,000/\$34,000
Visita al PCP sin costo compartido		1/Año de beneficios	No está cubierto
Visita al PCP		0% después del deducible	0% después del deducible
Visita a un especialista		0% después del deducible	0% después del deducible
Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)		Sin cargo	No está cubierto
Atención virtual (otra): visita de atención primaria		0% después del deducible	0% después del deducible
Atención virtual (otra): visita al especialista		0% después del deducible	0% después del deducible
Servicios para paciente hospitalizado	Estadías agudas	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Parto y todos los servicios hospitalarios para atención de maternidad	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
Equipos médicos duraderos		0% después del deducible	0% después del deducible
Servicios de laboratorio		0% de coseguro después del deducible	0% de coseguro después del deducible
Servicios de la sala de emergencias		0% después del deducible	0% después del deducible
Radiografías e imágenes de diagnóstico		0% después del deducible	0% después del deducible
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		0% después del deducible	0% después del deducible
Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)		0% después del deducible	0% después del deducible
Centros o instituciones de atención de urgencia		0% después del deducible	0% después del deducible
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	0% después del deducible	No está cubierto
	Medicamentos de marcas no preferidas	0% después del deducible	No está cubierto
	Especialidades farmacéuticas	0% después del deducible	No está cubierto

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

		Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible médico: individual/familiar		\$0/\$0	\$5,000/\$10,000
Deducible de medicamentos		\$5,000/\$10,000	N/C
Desembolso máximo: individual/familiar		\$10,600/\$21,200	\$21,200/\$42,400
Visita al PCP sin costo compartido		1/Año de beneficios	No está cubierto
Visita al PCP		\$55 sin deducible	50% después del deducible
Visita a un especialista		\$95 sin deducible	50% después del deducible
Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)		Sin cargo	No está cubierto
Atención virtual: visita de atención primaria		\$55 sin deducible	50% después del deducible
Atención virtual: visita al especialista		\$95 sin deducible	50% después del deducible
Servicios para paciente hospitalizado	Estadías agudas	\$975 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias	\$975 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Parto y todos los servicios hospitalarios para atención de maternidad	\$975 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
Equipos médicos duraderos		50% de coseguro sin deducible	50% de coseguro después del deducible
Servicios de laboratorio		\$60 sin deducible	50% después del deducible
Servicios de la sala de emergencias		\$600 sin deducible	\$600 sin deducible
Radiografías e imágenes de diagnóstico		\$150	50% después del deducible
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		\$350 sin deducible	50% después del deducible
Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)		\$125 sin deducible	50% después del deducible
Centros o instituciones de atención de urgencia		\$95 sin deducible	50% después del deducible
Servicios de farmacia	Medicamentos preventivos	Sin cargo	No está cubierto
	Nivel 1 de medicamentos genéricos	\$10 sin deducible	No está cubierto
	Nivel 2 de medicamentos genéricos	\$30 sin deducible	No está cubierto
	Medicamentos de marcas preferidas	\$100 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	No está cubierto

Jefferson Health Plans + Balanced + Silver + PPO

		Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible médico: individual/familiar		\$2,900/\$5,800	\$10,000/\$20,000
Deducible de medicamentos		\$600/\$1,200	N/C
Desembolso máximo: individual/familiar		\$10,600/\$21,200	\$21,200/\$42,400
Visita al PCP sin costo compartido		1/Año de beneficios	No está cubierto
Visita al PCP		\$45 sin deducible	50% después del deducible
Visita a un especialista		\$90 sin deducible	50% después del deducible
Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)		Sin cargo	No está cubierto
Atención virtual: visita de atención primaria		\$45 sin deducible	50% después del deducible
Atención virtual: visita al especialista		\$90 sin deducible	50% después del deducible
Servicios para paciente hospitalizado	Estadías agudas	\$950 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias	\$950 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 hospitalarios para atención de maternidad	\$950 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		\$60 sin deducible	50% después del deducible
Servicios de la sala de emergencias		\$550 sin deducible	\$550 sin deducible
Radiografías e imágenes de diagnóstico		\$100	50% después del deducible
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		\$350 después del deducible	50% después del deducible
Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)		\$90 después del deducible	50% después del deducible
Centros o instituciones de atención de urgencia		\$90 sin deducible	50% después del deducible
Servicios de farmacia	Medicamentos preventivos	Sin cargo	No está cubierto
	Nivel 1 de medicamentos genéricos	\$5 sin deducible	No está cubierto
	Nivel 2 de medicamentos genéricos	\$25 sin deducible	No está cubierto
	Medicamentos de marcas preferidas	50% de coseguro después del 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	No está cubierto

Jefferson Health Plans + Total + Silver + PPO

		Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible médico: individual/familiar		\$4,900/\$9,800	\$10,000/\$20,000
Deducible de medicamentos		\$600/\$1,200	N/C
Desembolso máximo: individual/familiar		\$10,600/\$21,200	\$21,200/\$42,400
Visita al PCP sin costo compartido		1/Año de beneficios	No está cubierto
Visita al PCP		\$40 sin deducible	50% después del deducible
Visita a un especialista		\$85 sin deducible	50% después del deducible
Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)		Sin cargo	No está cubierto
Atención virtual: visita de atención primaria		\$40 sin deducible	50% después del deducible
Atención virtual: visita al especialista		\$85 sin deducible	50% después del deducible
Servicios para paciente hospitalizado	Estadías agudas	\$900 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias	\$900 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 hospitalarios para atención de maternidad	\$900 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		\$50 sin deducible	50% después del deducible
Servicios de la sala de emergencias		\$500 sin deducible	\$500 sin deducible
Radiografías e imágenes de diagnóstico		\$100	50% después del deducible
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		\$350 después del deducible	50% después del deducible
Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)		\$85 después del deducible	50% después del deducible
Centros o instituciones de atención de urgencia		\$85 sin deducible	50% después del deducible
Servicios de farmacia	Medicamentos preventivos	Sin cargo	No está cubierto
	Nivel 1 de medicamentos genéricos	\$5 sin deducible	No está cubierto
	Nivel 2 de medicamentos genéricos	\$25 sin deducible	No está cubierto
	Medicamentos de marcas preferidas	50% de coseguro después del 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	No está cubierto

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

		Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible médico: individual/familiar		\$0/\$0	\$5,000/\$10,000
Deducible de medicamentos		Cobertura médica y de medicamentos combinada	N/C
Desembolso máximo: individual/familiar		\$10,600/\$21,200	\$21,200/\$42,400
Visita al PCP sin costo compartido		1/Año de beneficios	No está cubierto
Visita al PCP		\$25 sin deducible	50% después del deducible
Visita a un especialista		\$65 sin deducible	50% después del deducible
Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)		Sin cargo	No está cubierto
Atención virtual: visita de atención primaria		\$25 sin deducible	50% después del deducible
Atención virtual: visita al especialista		\$65 sin deducible	50% después del deducible
Servicios para paciente hospitalizado	Estadías agudas	\$600 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias	\$600 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 hospitalarios para atención de maternidad	\$600 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		\$25 sin deducible	50% después del deducible
Servicios de la sala de emergencias		\$350 sin deducible	\$350 sin deducible
Radiografías e imágenes de diagnóstico		\$75	50% después del deducible
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		\$200 sin deducible	50% después del deducible
Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)		\$75 sin deducible	50% después del deducible
Centros o instituciones de atención de urgencia		\$65 sin deducible	50% después del deducible
Servicios de farmacia	Medicamentos preventivos	Sin cargo	No está cubierto
	Nivel 1 de medicamentos genéricos	\$0 sin deducible	No está cubierto
	Nivel 2 de medicamentos genéricos	\$20 sin deducible	No está cubierto
	Medicamentos de marcas preferidas	\$50 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	No está cubierto

Jefferson Health Plans + Total + Gold+ PPO

		Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible médico: individual/familiar		\$500/\$1,000	\$10,000/\$20,000
Deducible de medicamentos		\$1,000/\$2,000	N/C
Desembolso máximo: individual/familiar		\$10,600/\$21,200	\$21,200/\$42,400
Visita al PCP sin costo compartido		1/Año de beneficios	No está cubierto
Visita al PCP		\$20 sin deducible	50% después del deducible
Visita a un especialista		\$50 sin deducible	50% después del deducible
Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)		Sin cargo	No está cubierto
Atención virtual: visita de atención primaria		\$20 sin deducible	50% después del deducible
Atención virtual: visita al especialista		\$50 sin deducible	50% después del deducible
Servicios para paciente hospitalizado	Estadías agudas	\$500 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias	\$500 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 hospitalarios para atención de maternidad	\$500 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		\$20 sin deducible	50% después del deducible
Servicios de la sala de emergencias		\$300 sin deducible	\$300 sin deducible
Radiografías e imágenes de diagnóstico		\$60	50% después del deducible
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		\$125 sin deducible	50% después del deducible
Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)		\$60 sin deducible	50% después del deducible
Centros o instituciones de atención de urgencia		\$50 sin deducible	50% después del deducible
Servicios de farmacia	Medicamentos preventivos	Sin cargo	No está cubierto
	Nivel 1 de medicamentos genéricos	\$0 sin deducible	No está cubierto
	Nivel 2 de medicamentos genéricos	\$20 sin deducible	No está cubierto
	Medicamentos de marcas preferidas	\$50 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	No está cubierto

Jefferson Health Plans + Value + Gold + PPO

		Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible médico: individual/familiar		\$1,500/\$3,000	\$10,000/\$20,000
Deducible de medicamentos		\$500/\$1,000	N/C
Desembolso máximo: individual/familiar		\$10,600/\$21,200	\$21,200/\$42,400
Visita al PCP sin costo compartido		1/Año de beneficios	No está cubierto
Visita al PCP		\$15 sin deducible	50% después del deducible
Visita a un especialista		\$45 sin deducible	50% después del deducible
Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)		Sin cargo	No está cubierto
Atención virtual: visita de atención primaria		\$15 sin deducible	50% después del deducible
Atención virtual: visita al especialista		\$45 sin deducible	50% después del deducible
Servicios para paciente hospitalizado	Estadías agudas	\$400 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias	\$400 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 hospitalarios para atención de maternidad	\$400 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		\$15 sin deducible	50% después del deducible
Servicios de la sala de emergencias		\$250 sin deducible	\$250 sin deducible
Radiografías e imágenes de diagnóstico		\$50	50% después del deducible
Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)		\$100 sin deducible	50% después del deducible
Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)		\$50 sin deducible	50% después del deducible
Centros o instituciones de atención de urgencia		\$45 sin deducible	50% después del deducible
Servicios de farmacia	Medicamentos preventivos	Sin cargo	No está cubierto
	Nivel 1 de medicamentos genéricos	\$0 sin deducible	No está cubierto
	Nivel 2 de medicamentos genéricos	\$20 sin deducible	No está cubierto
	Medicamentos de marcas preferidas	\$50 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	No está cubierto



Cómo inscribirte

¡Inscribirse es simple! Estamos aquí para brindarte apoyo en cada paso del camino. Aquí te explicamos cómo comunicarte:



Llama al 1-877-436-1596 (TTY 711)
hablar con nuestro amable y experimentado
equipo de representantes autorizados

Estamos disponibles:

Del 1.º de noviembre al 31 de enero |
de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. | Los 7 días de la semana

Del 1.º de febrero al 31 de octubre |
de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes



Comunícate con tu corredor local



Visita 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 una 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 de Salud de Pennsylvania.



Jefferson
Health Plans