



AÑO DEL PLAN 2026

Comienza aquí para una  
vida más saludable.

**Planes individuales y familiares**



**1-877-436-1596**  
(TTY 711)

[JeffersonHealthPlans.com/individuals-families](http://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](http://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](http://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 Pennsylvania<sup>1</sup>:

- Créditos tributarios anticipados para primas
- Reducciones de costos compartidos

### Ve si califcas

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](http://www.pennie.com).



## Comprendión de los costos, te tenemos cubierto.



### Primas

Pagos mensuales para mantener tu cobertura.



### Deductible

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 califcas.<sup>2</sup>



### Reducciones de costo compartido (CSR)

Reduce el monto que pagas por deducibles, copagos y coseguro.<sup>2</sup>

1. Obtén más información en [www.pennie.com](http://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 + Deductible de \$0 + Bronze + HMO**

	<b>Nivel 1</b>	<b>Nivel 2</b>
<b>Deductible médico: individual/familiar</b>	\$0/\$0	\$8,000/\$16,000
<b>Deductible de medicamentos</b>	\$5,000/\$10,000	\$5,000/\$10,000
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>	\$10,600/\$21,200	\$10,600/\$21,200
<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: atención de urgencia (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>Estadias 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>Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias</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 hospitalarios para atención de 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>	\$1,250 sin deducible	\$1,250 después del deducible
<b>Radiografías e imágenes de diagnóstico</b>	\$200	\$350
<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>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>	\$8,500/\$17,000	\$9,000/\$18,000
<b>Deducible de medicamentos</b>	Cobertura médica y de medicamentos combinada	Cobertura médica y de medicamentos combinada
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>	\$10,600/\$21,200	\$10,600/\$21,200
<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: atención de urgencia (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>Estadias agudas</b>	\$850 por día después del deducible (Máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias</b>	\$850 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios hospitalarios para atención de maternidad</b>	\$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>	\$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>Radiografías e imágenes de diagnóstico</b>	\$175	\$250
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>	\$300 después del deducible	\$350 después del deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>	\$135 después del deducible	\$150 después del deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>	\$95 sin deducible	\$150 sin deducible
<b>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$35 sin deducible
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$35 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	\$150 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	50% de coseguro después del deducible
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	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>	\$10,000/\$20,000	\$10,000/\$20,000
<b>Deducible de medicamentos</b>	Cobertura médica y de medicamentos combinada	Cobertura médica y de medicamentos combinada
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>	\$10,000/\$20,000	\$10,000/\$20,000
<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: atención de urgencia (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>Estadias agudas</b>	0% después del deducible
	<b>Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias</b>	0% después del deducible
	<b>Parto y todos los servicios hospitalarios para atención de maternidad</b>	0% después del deducible
<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>Radiografías e imágenes de diagnóstico</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>Servicios de farmacia</b>	<b>Medicamentos preventivos</b>	Sin cargo
	<b>Nivel 1 de medicamentos genéricos</b>	\$35 sin deducible
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>	\$35 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>	0% después del deducible
	<b>Medicamentos de marcas no preferidas</b>	0% después del deducible
	<b>Especialidades farmacéuticas</b>	0% después del deducible

Jefferson Health Plans + Deducible de \$0 + Silver + HMO			
	Nivel 1	Nivel 2	
Deductible médico: individual/familiar	\$0/\$0	\$2,000/\$4,000	
Deductible 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	Estadias agudas  Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias  Parto y todos los servicios hospitalarios para atención de maternidad	\$700 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)  \$700 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)  \$700 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$1,000 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)  \$700 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 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**

	<b>Nivel 1</b>	<b>Nivel 2</b>
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>	\$6,900/\$13,800	\$7,500/\$15,000
<b>Deducible de medicamentos</b>	\$750/\$1,500	\$750/\$1,500
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>	\$10,600/\$21,200	\$10,600/\$21,200
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>	1/Año de beneficios	0
<b>Visita al PCP</b>	\$50 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Visita a un especialista</b>	\$95 sin deducible	\$140 sin deducible
<b>Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)</b>	Sin cargo	N/C
<b>Atención virtual: visita de atención primaria</b>	\$50 sin deducible	\$100 sin deducible
<b>Atención virtual: visita al especialista</b>	\$80 sin deducible	\$125 sin deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b>  \$650 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$850 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias</b>  \$650 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	\$650 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Parto y todos los servicios hospitalarios para atención de maternidad</b>  \$650 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>	\$60 sin deducible	\$125 sin deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>	\$950 sin deducible	\$950 sin deducible
<b>Radiografías e imágenes de diagnóstico</b>	\$125	\$300
<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>	\$125 sin deducible	\$150 sin deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>	\$95 sin deducible	\$140 sin 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>  \$30 sin deducible	\$30 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>	\$5,500/\$11,000	\$8,000/\$16,000
<b>Deducible de medicamentos</b>	\$750/\$1,500	\$750/\$1,500
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>	\$10,600/\$21,200	\$10,600/\$21,200
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>	1/Año de beneficios	0
<b>Visita al PCP</b>	\$50 sin deducible	\$85 sin deducible
<b>Visita a un especialista</b>	\$95 sin deducible	\$125 sin deducible
<b>Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)</b>	Sin cargo	N/C
<b>Atención virtual: visita de atención primaria</b>	\$50 sin deducible	\$85 sin deducible
<b>Atención virtual: visita al especialista</b>	\$75 sin deducible	\$125 sin deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadias 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>Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias</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 hospitalarios para atención de 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>Radiografías e imágenes de diagnóstico</b>	\$125	\$300
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>	\$300 después del deducible	\$450 después del deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>	\$100 después del deducible	\$125 después del deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>	\$95 sin deducible	\$125 sin 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>  \$30 sin deducible	\$30 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	\$1,000/\$2,000
<b>Deducible de medicamentos</b>	Cobertura médica y de medicamentos combinada	Cobertura médica y de medicamentos combinada
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>	\$10,600/\$21,200	\$10,600/\$21,200
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>	1/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: atención de urgencia (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>Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias</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 hospitalarios para atención de 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>Radiografías e imágenes de diagnóstico</b>	\$80	\$120
<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>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>	\$1,000/\$2,000	\$2,000/\$4,000
<b>Deducible de medicamentos</b>	\$1,000/\$2,000	\$1,000/\$2,000
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>	\$10,600/\$21,200	\$10,600/\$21,200
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>	1/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: atención de urgencia (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>Estadias 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>Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias</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 hospitalarios para atención de 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%	\$60
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>	\$400 sin deducible	\$400 sin deducible
<b>Radiografías e imágenes de diagnóstico</b>	\$60	\$80
<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>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>  \$15 sin deducible	\$15 sin deducible
	<b>Medicamentos de marcas preferidas</b>  \$75 sin deducible	\$75 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>	\$2,000/\$4,000	\$2,500/\$5,000
<b>Deducible de medicamentos</b>	\$500/\$1,000	\$1,000/\$2,000
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>	\$10,600/\$21,200	\$10,600/\$21,200
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>	1/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: atención de urgencia (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>Estadias 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>Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias</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 hospitalarios para atención de 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>Radiografías e imágenes de diagnóstico</b>	\$50	\$80
<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>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 + Deductible de \$0 + Bronze + PPO**

	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Deductible médico: individual/familiar</b>	\$0/\$0	\$10,000/\$20,000
<b>Deductible de medicamentos</b>	\$5,000/\$10,000	N/C
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>	\$10,600/\$21,200	\$21,200/\$42,400
<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: atención de urgencia (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>Estadias 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>Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias</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 hospitalarios para atención de 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>Radiografías e imágenes de diagnóstico</b>	\$250	50% después del deducible
<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>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**

	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>	\$9,000/\$18,000	\$18,000/\$36,000
<b>Deducible de medicamentos</b>	Cobertura médica y de medicamentos combinada	N/C
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>	\$10,600/\$21,200	\$21,200/\$42,400
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>	1/Año de beneficios	No está cubierto
<b>Visita al PCP</b>	\$60	50% después del deducible
<b>Visita a un especialista</b>	\$95 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención virtual: atención de urgencia (JeffConnect)</b>	Sin cargo	No está cubierto
<b>Atención virtual (otra): visita de atención primaria</b>	\$60 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención virtual (otra): visita al especialista</b>	\$95 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadías agudas</b> 50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias</b> 50% 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 hospitalarios para atención de maternidad</b> \$850 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>	\$75 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible
<b>Radiografías e imágenes de diagnóstico</b>	\$175 después del deducible	50% después del deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>	\$300 después del deducible	50% después del deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>	\$135 sin deducible	50% después del deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>	\$95 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> \$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> \$150 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	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>Deductible médico: individual/familiar</b>	\$8,500/\$17,000	\$17,000/\$34,000
<b>Deductible de medicamentos</b>	Cobertura médica y de medicamentos combinada	N/C
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>	\$8,500/\$17,000	\$17,000/\$34,000
<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: atención de urgencia (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>Estadias agudas</b>  0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	0% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias</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 hospitalarios para atención de 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>Radiografías e imágenes de diagnóstico</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>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 + Deductible de \$0 + Silver + PPO**

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deductible médico: individual/familiar</b>	\$0/\$0	\$5,000/\$10,000
<b>Deductible de medicamentos</b>	\$5,000/\$10,000	N/C
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>	\$10,600/\$21,200	\$21,200/\$42,400
<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: atención de urgencia (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>  \$975 por día sin deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias</b>  \$975 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 hospitalarios para atención de maternidad</b>  \$975 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>	\$600 sin deducible	\$600 sin deducible
<b>Radiografías e imágenes de diagnóstico</b>	\$150	50% después del 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>	\$125 sin deducible	50% después del deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>	\$95 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**

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deductible médico: individual/familiar</b>	\$2,900/\$5,800	\$10,000/\$20,000
<b>Deductible de medicamentos</b>	\$600/\$1,200	N/C
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>	\$10,600/\$21,200	\$21,200/\$42,400
<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: atención de urgencia (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>  \$950 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias</b>  \$950 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 hospitalarios para atención de maternidad</b>  \$950 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>	\$550 sin deducible	\$550 sin deducible
<b>Radiografías e imágenes de diagnóstico</b>	\$100	50% después del deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>	\$350 después del deducible	50% después del deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>	\$90 después del deducible	50% después del deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>	\$90 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>  \$5 sin deducible	No está cubierto
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>  \$25 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**

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible médico: individual/familiar</b>	\$4,900/\$9,800	\$10,000/\$20,000
<b>Deducible de medicamentos</b>	\$600/\$1,200	N/C
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>	\$10,600/\$21,200	\$21,200/\$42,400
<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>	\$85 sin deducible	50% después del deducible
<b>Atención virtual: atención de urgencia (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>	\$85 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios para paciente hospitalizado</b>	<b>Estadias agudas</b>  \$900 por día después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)	50% después del deducible (máximo de 5 copagos por admisión)
	<b>Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias</b>  \$900 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 hospitalarios para atención de maternidad</b>  \$900 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>	\$500 sin deducible	\$500 sin deducible
<b>Radiografías e imágenes de diagnóstico</b>	\$100	50% después del deducible
<b>Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)</b>	\$350 después del deducible	50% después del deducible
<b>Fisioterapia ocupacional y de rehabilitación (30 visitas combinadas por año)</b>	\$85 después del deducible	50% después del deducible
<b>Centros o instituciones de atención de urgencia</b>	\$85 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>  \$5 sin deducible	No está cubierto
	<b>Nivel 2 de medicamentos genéricos</b>  \$25 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**

	<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>	Cobertura médica y de medicamentos combinada	N/C
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>	\$10,600/\$21,200	\$21,200/\$42,400
<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: atención de urgencia (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>Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias</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 hospitalarios para atención de 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>Radiografías e imágenes de diagnóstico</b>	\$75	50% después del 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>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**

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deductible médico: individual/familiar</b>	\$500/\$1,000	\$10,000/\$20,000
<b>Deductible de medicamentos</b>	\$1,000/\$2,000	N/C
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>	\$10,600/\$21,200	\$21,200/\$42,400
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>	1/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: atención de urgencia (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>Estadias 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>Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias</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 hospitalarios para atención de 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>Radiografías e imágenes de diagnóstico</b>	\$60	50% después del 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>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**

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deductible médico: individual/familiar</b>	\$1,500/\$3,000	\$10,000/\$20,000
<b>Deductible de medicamentos</b>	\$500/\$1,000	N/C
<b>Desembolso máximo: individual/familiar</b>	\$10,600/\$21,200	\$21,200/\$42,400
<b>Visita al PCP sin costo compartido</b>	1/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: atención de urgencia (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>Estadias 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>Trastorno de salud mental, conductual y por abuso de sustancias</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 hospitalarios para atención de 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>	\$15 sin deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>	\$250 sin deducible	\$250 sin deducible
<b>Radiografías e imágenes de diagnóstico</b>	\$50	50% después del 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>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 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](http://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**