



Centro y noreste de Pennsylvania

Community Blue Medicare HMO

Resumen de Beneficios

1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Para inscribirse en los siguientes planes, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en uno de estos condados:

Berks, Lehigh, Lycoming, Mifflin, Snyder, Sullivan, Union

Este resumen de beneficios no enumera todos los servicios, limitaciones o circunstancias especiales.

Visítenos en **medicare.highmark.com** para obtener más información sobre beneficios, incluido:

- **Evidencia de Cobertura** (*lista completa de beneficios*)
- **Directorios de Proveedores y Farmacias**
- **Formulario** (*lista completa de medicamentos recetados de la Parte D*)

Si necesita copias impresas, llámenos al **1-888-234-5397** (TTY 711). Estamos disponibles 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, revise su manual actual "Medicare y Usted". Consúltelo en línea en **medicare.gov** o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY 1-877-486-2048.

Community Blue Medicare HMO tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, el plan puede no pagar estos servicios.

	Community Blue Medicare HMO Signature (HMO)	Community Blue Medicare HMO Distinct (HMO)
Prima	\$0	\$35
Reducción de la prima de la Parte B	\$22	\$0
Deducible	\$0	\$0
Máximo de gastos de bolsillo	\$6,750	\$6,250
Hospitalización*	\$325 copago por admisión	\$350 copago por admisión
Cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios*	ASC ¹ : \$150 copago Centro: \$200 copago	ASC ¹ : \$225 copago Centro: \$275 copago
Visita al consultorio médico	PCP: \$0 copago Especialista: \$20 copago	PCP: \$0 copago Especialista: \$30 copago
Exámenes preventivos	Cubierto en su totalidad (Pueden aplicarse copagos por visita al consultorio)	Cubierto en su totalidad (Pueden aplicarse copagos por visita al consultorio)
Sala de emergencia	\$130 copago	\$130 copago
Servicios requeridos urgentemente	\$40 copago	\$40 copago
Laboratorio* y pruebas de diagnóstico*	Laboratorio independiente: \$0 copago Consultorio/Paciente ambulatorio: \$10 copago	Laboratorio independiente: \$0 copago Consultorio/Paciente ambulatorio: \$10 copago
Radiografías*/ Diagnóstico por imágenes avanzadas*	Radiografía: \$10 copago Imágenes avanzadas: \$150 copago	Radiografía: \$10 copago Imágenes avanzadas: \$250 copago
Servicios auditivos	Cubierto por Medicare: \$20 copago. Rutina: \$0 copago (1 por año). TruHearing Advanced: \$699 copago (2 audífonos por año); TruHearing Premium: \$999 copago (2 audífonos por año)	Cubierto por Medicare: \$30 copago. Rutina: \$0 copago (1 por año). TruHearing Advanced: \$699 copago (2 audífonos por año); TruHearing Premium: \$999 copago (2 audífonos por año)
Servicios dentales	Cubierto por Medicare: \$20 copago. Visita de rutina al consultorio: \$0 copago (2 por año). Radiografías de rutina: \$0 copago (1 por año). Integral: 0% coseguro con un máximo de Asignación de \$3,000 (atención preventiva e integral combinada) (por año). Consulte la EOC para obtener todos los beneficios.	Cubierto por Medicare: \$30 copago. Visita de rutina al consultorio: \$0 copago (2 por año). Radiografías de rutina: \$0 copago (1 por año). Coseguro 0% integral con un máximo de Asignación de \$3,000 (atención preventiva e integral combinada) (por año). Consulte la EOC para obtener todos los beneficios.
Servicios para la vista	Cubierto por Medicare: \$20 copago. Visita de rutina al consultorio: \$0 copago (1 por año). Los lentes y monturas para anteojos estándar o lentes de contacto están cubiertos en su totalidad. Se aplica un beneficio máximo de \$200 a monturas no estándar o un beneficio máximo de \$200 para lentes de contacto especializados por año o un beneficio máximo de \$200 para anteojos después de cataratas (una vez por ojo operado).	Cubierto por Medicare: \$30 copago. Visita de rutina al consultorio: \$0 copago (1 por año). Los lentes y monturas para anteojos estándar o lentes de contacto están cubiertos en su totalidad. Se aplica un beneficio máximo de \$200 a monturas no estándar o un beneficio máximo de \$200 para lentes de contacto especializados por año o un beneficio máximo de \$200 para anteojos después de cataratas (una vez por ojo operado).
Servicios de salud mental	Paciente internado: Días 1 a 3: \$425 copago por día y por admisión para los días del 4 al 90: \$0 copago por admisión*; Paciente ambulatorio: \$30 copago	Paciente internado: Días 1 a 3: \$425 copago por día y por admisión para los días del 4 al 90: \$0 copago por admisión*; Paciente ambulatorio: \$30 copago
Centro de enfermería especializada*	\$0 copago/día (días 1 - 20), \$218 copago/día (días 21 - 100)	\$0 copago/día (días 1 - 20), \$218 copago/día (días 21 - 100)
Fisioterapia	\$20 copago*	\$20 copago*
Ambulancia (por viaje de ida)*(**)	Emergencia/No emergencia: \$175 copago	Emergencia/No emergencia: \$345 copago
Transporte*	\$0 copago	\$0 copago
Medicamentos de Medicare Parte B [†]	20% coseguro	20% coseguro

	Community Blue Medicare HMO Signature (HMO)	Community Blue Medicare HMO Distinct (HMO)
OTC	\$40 asignación una vez por trimestre	\$75 asignación una vez por trimestre
Equipo médico duradero*	0% coseguro por medias de compresión, 50% coseguro por oxígeno, ventiladores, sillas de ruedas y accesorios para sillas de ruedas; 20% coseguro por todos los otros artículos cubiertos.	0% coseguro por medias de compresión, 50% coseguro por oxígeno, ventiladores, sillas de ruedas y accesorios para sillas de ruedas; 20% coseguro por todos los otros artículos cubiertos.
Formulario	Performance	Performance

*Indica un servicio que requiere autorización previa.

**Indica un servicio que requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia. ASC¹=Centro de Cirugía Ambulatoria

†Ciertos medicamentos reembolsables pueden estar sujetos a un coseguro más bajo. El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de coseguro de \$35 por un suministro de insulina para un mes.

Community Blue Medicare HMO Signature (HMO)

Después de pagar su deducible anual (excluye insulinas), usted paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen \$2,100.
 Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por su plan de la Parte D.

Deducible		Categoría 1-2: \$0, Categoría 3-5: \$615		
Cobertura inicial	Costo compartido minorista preferido	Categoría	Suministro de 31 días	100 días (Categoría 1/2) 90 días (Categoría 3/4)
		Categoría 1 (genéricos preferidos)	\$0 copago	\$0 copago
		Categoría 2 (genéricos)	\$0 copago	\$0 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	20% del costo	20% del costo
		Categoría 4 (insulina)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	25% del costo	25% del costo
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	25% del costo	No se aplica
	Costo compartido minorista estándar	Categoría	Suministro de 31 días	100 días (Categoría 1/2) 90 días (Categoría 3/4)
		Categoría 1 (genéricos preferidos)	\$7 copago	\$21 copago
		Categoría 2 (genéricos)	\$15 copago	\$45 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	20% del costo	20% del costo
		Categoría 4 (insulina)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	25% del costo	25% del costo
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	25% del costo	No se aplica
	Costo compartido por correo preferido	Categoría	Suministro de 31 días	100 días (Categoría 1/2) 90 días (Categoría 3/4)
		Categoría 1 (genéricos preferidos)	No se aplica	\$0 copago
		Categoría 2 (genéricos)	No se aplica	\$0 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	No se aplica	20% del costo
		Categoría 4 (insulina)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	No se aplica	25% del costo
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	25% del costo	No se aplica
	Costo compartido por correo estándar	Categoría	Suministro de 31 días	100 días (Categoría 1/2) 90 días (Categoría 3/4)
		Categoría 1 (genéricos preferidos)	No se aplica	\$21 copago
		Categoría 2 (genéricos)	No se aplica	\$45 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	No se aplica	20% del costo
		Categoría 4 (insulina)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	No se aplica	25% del costo
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	25% del costo	No se aplica

Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista estándar.

Community Blue Medicare HMO Signature (HMO)

**Cobertura
catastrófica**

Después de que los costos anuales de bolsillo de sus medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y mediante pedidos por correo) alcancen \$2,100, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista estándar.

Community Blue Medicare HMO Distinct (HMO)				
Después de pagar su deducible anual (excluye insulinas), usted paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen \$2,100. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por su plan de la Parte D.				
Deducible		Categoría 1-2: \$0, Categoría 3-5: \$615		
Cobertura inicial	Costo compartido minorista preferido	Categoría	Suministro de 31 días	100 días (Categoría 1/2) 90 días (Categoría 3/4)
		Categoría 1 (genéricos preferidos)	\$0 copago	\$0 copago
		Categoría 2 (genéricos)	\$0 copago	\$0 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	20% del costo	20% del costo
		Categoría 4 (insulina)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	25% del costo	25% del costo
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	25% del costo	No se aplica
	Costo compartido minorista estándar	Categoría	Suministro de 31 días	100 días (Categoría 1/2) 90 días (Categoría 3/4)
		Categoría 1 (genéricos preferidos)	\$7 copago	\$21 copago
		Categoría 2 (genéricos)	\$15 copago	\$45 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	20% del costo	20% del costo
		Categoría 4 (insulina)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	25% del costo	25% del costo
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	25% del costo	No se aplica
	Costo compartido por correo preferido	Categoría	Suministro de 31 días	100 días (Categoría 1/2) 90 días (Categoría 3/4)
		Categoría 1 (genéricos preferidos)	No se aplica	\$0 copago
		Categoría 2 (genéricos)	No se aplica	\$0 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	No se aplica	20% del costo
		Categoría 4 (insulina)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	No se aplica	25% del costo
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	25% del costo	No se aplica
	Costo compartido por correo estándar	Categoría	Suministro de 31 días	100 días (Categoría 1/2) 90 días (Categoría 3/4)
		Categoría 1 (genéricos preferidos)	No se aplica	\$21 copago
		Categoría 2 (genéricos)	No se aplica	\$45 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	No se aplica	20% del costo
		Categoría 4 (insulina)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	No se aplica	25% del costo
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	25% del costo	No se aplica

Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista estándar.

Community Blue Medicare HMO Distinct (HMO)

**Cobertura
catastrófica**

Después de que los costos anuales de bolsillo de sus medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y mediante pedidos por correo) alcancen \$2,100, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista estándar.



Highmark Blue Shield es un plan Medicare Advantage HMO, PPO o Parte D con un contrato de Medicare. La inscripción a estos planes depende de la renovación del contrato.

Los beneficios o la administración de beneficios pueden ser proporcionados por o a través de las siguientes entidades, que son licenciatarias independientes de Blue Cross Blue Shield Association: Highmark Inc. opera en nombre de Highmark Blue Shield, Highmark Health Insurance Company, Highmark Choice Company o Highmark Senior Health Company. El símbolo de Blue Shield® y Shield son marcas de servicio registradas de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross Blue Shield.

Todas las referencias a “Highmark” en este documento son referencias a la compañía Highmark que proporciona los beneficios de salud o la administración de beneficios de salud al miembro o a una o más de sus compañías Blue afiliadas.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-866-746-7971 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes para obtener más información.

TruHearing® es una marca registrada de TruHearing, Inc. TruHearing es una empresa independiente que administra el examen de audición de rutina y el beneficio de audífonos.