



## Noreste de Pennsylvania

---

### Complete Blue Plus PPO

# 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:

### Clinton, Lycoming, Sullivan

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 **1-833-227-9375** (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.

Complete Blue Plus PPO dispone de una red de farmacias. El beneficio fuera de la red (OON) brinda cobertura "fuera de la red". Puede consultar proveedores fuera de la red siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Es posible que pague más por los servicios de lo que pagaría si utilizara un "proveedor de la red".

## Complete Blue Plus PPO Merit (PPO)

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prima                                             | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Reducción de la prima de la Parte B               | \$91                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Deducible                                         | \$200                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Máximo de gastos de bolsillo                      | \$8,300 IN; \$8,950 combinado IN y OON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Hospitalización                                   | Días 1 a 5: \$400 copago por día y por admisión para los días del 6 al 90: \$0 copago por admisión IN*; Días 1 a 5: \$600 copago por día y por admisión para los días del 6 al 90: \$0 copago por admisión OON                                                                                                                                                                                                                                             |
| Cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios | ASC <sup>1</sup> : \$325 copago IN*; \$475 copago Centro<br>OON: \$375 copago IN*; \$475 copago OON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Visita al consultorio médico                      | PCP: \$0 copago IN; 40% coseguro Especialista<br>OON: \$40 copago IN; 40% coseguro OON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Exámenes preventivos                              | Cubierto en su totalidad (Pueden aplicarse copagos por visita al consultorio) IN/OON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Sala de emergencia                                | \$115 copago IN/OON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Servicios requeridos urgentemente                 | \$40 copago IN/OON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Laboratorio y pruebas de diagnóstico              | Pruebas diagnósticas de un laboratorio independiente: \$0 copago IN*; 40% coseguro OON<br>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios/en el consultorio: \$10 copago IN*; 40% coseguro OON                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Radiografías/ Diagnóstico por imágenes avanzadas  | Radiografía: \$20 copago IN*; 40% coseguro OON<br>Imágenes avanzadas: \$300 copago IN*; 40% coseguro OON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Servicios auditivos                               | Cubierto por Medicare: \$40 copago IN; 40% coseguro OON.<br>Rutina: \$20 copago IN; \$20 copago OON (1 por año). TruHearing Advanced: \$699 copago (2 audífonos por año IN/OON); TruHearing Premium: \$999 copago (2 audífonos por año IN/OON); \$500 asignación IN/OON (por año); no se incluyen los modelos Advanced/Premium                                                                                                                             |
| Servicios dentales                                | Cubierto por Medicare: \$40 copago IN; 40% coseguro OON.<br>Visita de rutina al consultorio: \$0 copago IN; 30% coseguro OON (2 por año).<br>Radiografías de rutina \$0 copago IN; 30% coseguro OON (1 por año).<br>Integral: 50% coseguro IN; 50% coseguro OON:<br>con un máximo de Asignación de \$1,500 (atención preventiva e integral combinada) IN/OON (por año). Consulte la EOC para obtener todos los beneficios.                                 |
| Servicios para la vista                           | Cubierto por Medicare: \$40 copago IN; 40% coseguro OON.<br>Rutina: \$0 copago IN; \$50 copago OON (1 por año). Los lentes y monturas para anteojos estándar o lentes de contacto están cubiertos en su totalidad. IN/OON: Se aplica un beneficio máximo de \$200 a monturas no estándar o un beneficio máximo de \$200 para lentes de contacto especiales por año;\$200 de beneficio máximo para anteojos después de cataratas (una vez por ojo operado). |
| Servicios de salud mental                         | Paciente internado: Días 1 a 5: \$400 copago por día y por admisión para los días del 6 al 90: \$0 copago IN*; Días 1 a 5: \$475 copago por día y por admisión para los días del 6 al 90: \$0 copago OON; Paciente ambulatorio: \$40 copago IN; 40% coseguro OON                                                                                                                                                                                           |
| Centro de enfermería especializada                | \$0 copago/día (días 1 - 20), \$218 copago/día (días 21 - 100) IN*; 30% coseguro OON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Fisioterapia                                      | \$35 copago IN*; 40% coseguro OON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Ambulancia (por viaje de ida)                     | Emergencia/No emergencia: \$320 copago IN**;<br>No emergencia: 30% coseguro OON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Transporte                                        | \$0 copago IN*; 30% coseguro OON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Medicamentos de Medicare Parte B <sup>†</sup>     | 20% coseguro IN*; 30% coseguro OON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| OTC                                               | No cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

**Complete Blue Plus PPO Merit (PPO)**

|                        |                                    |
|------------------------|------------------------------------|
| Equipo médico duradero | 20% coseguro IN*; 40% coseguro OON |
|------------------------|------------------------------------|

|            |             |
|------------|-------------|
| Formulario | Performance |
|------------|-------------|

\*Indica un servicio que requiere autorización previa.

\*\*Indica un servicio que requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia.

ASC<sup>1</sup>=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.

| Complete Blue Plus PPO Merit (PPO)                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                           |                                                                              |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| M<br>E<br>D<br>I<br>C<br>A<br>M<br>E<br>N<br>T<br>O | <p>Después de pagar su deducible anual (excluye insulinas), usted paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen \$2,100.</p> <p>Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por su plan de la Parte D.</p> |                                          |                                           |                                                                              |
|                                                     | Deducible                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Categoría 1-2: \$0, Categoría 3-5: \$615 |                                           |                                                                              |
|                                                     | Cobertura inicial                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Costo compartido minorista preferido     | Categoría                                 | Suministro de 31 días<br>100 días (Categoría 1/2)<br>90 días (Categoría 3/4) |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 1 (genéricos preferidos)        | \$0 copago                                                                   |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 2 (genéricos)                   | \$0 copago                                                                   |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 3 (insulina preferida)          | \$35 copago                                                                  |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 3 (marca preferida)             | 23% del costo                                                                |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 4 (insulina)                    | \$35 copago                                                                  |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 4 (medicamento no preferido)    | 25% del costo                                                                |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 5 (medicamentos especializados) | 25% del costo                                                                |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Costo compartido minorista estándar      | Categoría                                 | Suministro de 31 días<br>100 días (Categoría 1/2)<br>90 días (Categoría 3/4) |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 1 (genéricos preferidos)        | \$7 copago                                                                   |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 2 (genéricos)                   | \$15 copago                                                                  |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 3 (insulina preferida)          | \$35 copago                                                                  |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 3 (marca preferida)             | 23% del costo                                                                |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 4 (insulina)                    | \$35 copago                                                                  |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 4 (medicamento no preferido)    | 25% del costo                                                                |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 5 (medicamentos especializados) | 25% del costo                                                                |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Costo compartido por correo preferido    | Categoría                                 | Suministro de 31 días<br>100 días (Categoría 1/2)<br>90 días (Categoría 3/4) |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 1 (genéricos preferidos)        | No se aplica                                                                 |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 2 (genéricos)                   | No se aplica                                                                 |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 3 (insulina preferida)          | No se aplica                                                                 |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 3 (marca preferida)             | No se aplica                                                                 |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 4 (insulina)                    | No se aplica                                                                 |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 4 (medicamento no preferido)    | No se aplica                                                                 |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 5 (medicamentos especializados) | 25% del costo                                                                |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Costo compartido por correo estándar     | Categoría                                 | Suministro de 31 días<br>100 días (Categoría 1/2)<br>90 días (Categoría 3/4) |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 1 (genéricos preferidos)        | No se aplica                                                                 |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 2 (genéricos)                   | No se aplica                                                                 |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 3 (insulina preferida)          | No se aplica                                                                 |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 3 (marca preferida)             | No se aplica                                                                 |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 4 (insulina)                    | No se aplica                                                                 |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 4 (medicamento no preferido)    | No se aplica                                                                 |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Categoría 5 (medicamentos especializados) | 25% del costo                                                                |

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

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Complete Blue Plus PPO Merit (PPO)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Cobertura<br/>catastrófica</b>         | 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 Cross 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 licenciatarías independientes de Blue Cross Blue Shield Association: Highmark Inc. opera en nombre de Highmark Blue Cross Blue Shield, , Highmark Health Insurance Company, Highmark Choice Company o Highmark Senior Health Company. Los símbolos Blue Cross®, Blue Shield®, Cross y Shield son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y 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.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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.