



Centro y noreste de Pennsylvania

Freedom Blue 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:

Adams, Berks, Bradford, Carbon, Centre, Clinton, Columbia, Cumberland, Dauphin, Franklin, Fulton, Juniata, Lackawanna, Lancaster, Lebanon, Lehigh, Luzerne, Lycoming, Mifflin, Monroe, Montour, Northampton, Northumberland, Perry, Pike, Schuylkill, Snyder, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Wayne, Wyoming, York

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**

Si necesita copias impresas, llámenos al **1-800-550-8722** (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.

Freedom Blue 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".

	Freedom Blue PPO Basic (PPO)	Freedom Blue PPO ValueRx (PPO)
Prima	\$41	\$66
Reducción de la prima de la Parte B	\$18	\$0
Deducible	\$0	\$0
Máximo de gastos de bolsillo	\$5,900 IN; \$8,950 combinado IN y OON	\$5,500 IN; \$8,950 combinado IN y OON
Hospitalización	\$340 copago por admisión IN*; \$340 copago por admisión OON	Días 1 a 5: \$245 copago por día y por admisión para los días del 6 al 90: \$0 copago por admisión IN*; Días 1 a 5: \$245 copago por día y por admisión para los días del 6 al 90: \$0 copago por admisión OON
Cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios	ASC ¹ : \$100 copago IN*; \$100 copago Centro OON: \$200 copago IN*; \$200 copago OON	ASC ¹ : \$200 copago IN*; \$200 copago Centro OON: \$225 copago IN*; \$225 copago OON
Visita al consultorio médico	PCP: \$0 copago IN; \$0 copago Especialista OON: \$35 copago IN; \$35 copago OON	PCP: \$0 copago IN; \$0 copago Especialista OON: \$40 copago IN; \$40 copago OON
Exámenes preventivos	Cubierto en su totalidad (Pueden aplicarse copagos por visita al consultorio) IN/OON	Cubierto en su totalidad (Pueden aplicarse copagos por visita al consultorio) IN/OON
Sala de emergencia	\$130 copago IN/OON	\$130 copago IN/OON
Servicios requeridos urgentemente	\$50 copago IN/OON	\$50 copago IN/OON
Laboratorio y pruebas de diagnóstico	Laboratorio independiente: \$0 copago IN*; \$20 copago OON Consultorio/Paciente ambulatorio: \$20 copago IN*; \$20 copago OON	Laboratorio independiente: \$0 copago IN*; \$20 copago OON Consultorio/Paciente ambulatorio: \$20 copago IN*; \$20 copago OON
Radiografías/ Diagnóstico por imágenes avanzadas	Radiografía: \$25 copago IN*; \$25 copago OON Imágenes avanzadas: \$150 copago IN*; \$150 copago OON	Radiografía: \$25 copago IN*; \$25 copago OON Imágenes avanzadas: \$175 copago IN*; \$175 copago OON
Servicios auditivos	Cubierto por Medicare: \$35 copago IN; \$35 copago OON. Rutina: \$0 copago IN; \$35 copago OON (1 por año). TruHearing Advanced: \$599 copago (2 audífonos por año IN/OON); TruHearing Premium: \$899 copago (2 audífonos por año IN/OON); \$500 asignación IN/OON (por año); no se incluyen los modelos Advanced/Premium	Cubierto por Medicare: \$40 copago IN; \$40 copago OON. Rutina: \$0 copago IN; \$40 copago OON (1 por año). TruHearing Advanced: \$599 copago (2 audífonos por año IN/OON); TruHearing Premium: \$899 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: \$35 copago IN; \$35 copago OON. Visita de rutina/radiografía en el consultorio: \$15 copago (por cualquier combinación de examen bucal, radiografías y limpiezas proporcionadas en una sola consulta). IN (2 por año para exámenes y limpiezas; 1 por año para radiografías); 30% coseguro OON Integral: \$0 copago: Servicios Generales Complementarios (Paliativos) IN; 30% coseguro OON	Cubierto por Medicare: \$40 copago IN; \$40 copago OON. Visita de rutina/radiografía en el consultorio: \$15 copago (por cualquier combinación de examen bucal, radiografías y limpiezas proporcionadas en una sola consulta). IN (2 por año para exámenes y limpiezas; 1 por año para radiografías); 30% coseguro OON Integral: \$0 copago: Servicios Generales Complementarios (Paliativos) IN; 30% coseguro OON
Servicios para la vista	Cubierto por Medicare: \$35 copago IN; \$35 copago OON. 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 \$225 a monturas no estándar o un beneficio máximo de \$225 para lentes de contacto especiales por año; \$200 de beneficio máximo para anteojos después de cataratas (una vez por ojo operado).	Cubierto por Medicare: \$40 copago IN; \$40 copago OON. 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 \$225 a monturas no estándar o un beneficio máximo de \$225 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: \$340 copago por admisión IN*; \$340 copago por admisión OON; Paciente ambulatorio: \$35 copago IN; \$35 copago OON	Paciente internado: Días 1 a 5: \$245 copago por día y por admisión para los días del 6 al 90: \$0 copago IN*; Días 1 a 5: \$245 copago por día y por admisión para los días del 6 al 90: \$0 copago OON; Paciente ambulatorio: \$40 copago IN; \$40 copago OON

	Freedom Blue PPO Basic (PPO)	Freedom Blue PPO ValueRx (PPO)
Centro de enfermería especializada	\$0 copago/día (días 1 - 20), \$218 copago/día (días 21 - 100) IN*; 30% coseguro OON	\$0 copago/día (días 1 - 20), \$218 copago/día (días 21 - 100) IN*; 30% coseguro OON
Fisioterapia	\$35 copago IN*; \$35 copago OON	\$40 copago IN*; \$40 copago OON
Ambulancia (por viaje de ida)	Emergencia/No emergencia: \$270 copago IN**; No emergencia: 30% coseguro OON	Emergencia/No emergencia: \$270 copago IN**; No emergencia: 30% coseguro OON
Transporte (hasta 24 viajes de ida)	\$0 copago IN*; 30% coseguro OON	\$0 copago IN*; 30% coseguro OON
Medicamentos de Medicare Parte B [†]	20% coseguro IN*; 30% coseguro OON	20% coseguro IN*; 30% coseguro OON
OTC	No cubierto	No cubierto
Equipo médico duradero	20% coseguro IN*; 30% coseguro OON	20% coseguro IN*; 30% coseguro OON
Formulario	No cubierto	Performance

	Freedom Blue PPO Standard (PPO)	Freedom Blue PPO Deluxe (PPO)
Prima	\$121	\$226
Reducción de la prima de la Parte B	\$18	\$19
Deducible	\$0	\$0
Máximo de gastos de bolsillo	\$5,000 IN; \$8,950 combinado IN y OON	\$4,500 IN; \$8,950 combinado IN y OON
Hospitalización	\$475 copago por admisión IN*; \$475 copago por admisión OON	\$235 copago por admisión IN*; \$235 copago por admisión OON
Cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios	ASC ¹ : \$150 copago IN*; \$150 copago Centro OON: \$200 copago IN*; \$200 copago OON	ASC ¹ : \$100 copago IN*; \$100 copago Centro OON: \$175 copago IN*; \$175 copago OON
Visita al consultorio médico	PCP: \$0 copago IN; \$0 copago Especialista OON: \$35 copago IN; \$35 copago OON	PCP: \$0 copago IN; \$0 copago Especialista OON: \$30 copago IN; \$30 copago OON
Exámenes preventivos	Cubierto en su totalidad (Pueden aplicarse copagos por visita al consultorio) IN/OON	Cubierto en su totalidad (Pueden aplicarse copagos por visita al consultorio) IN/OON
Sala de emergencia	\$130 copago IN/OON	\$130 copago IN/OON
Servicios requeridos urgentemente	\$50 copago IN/OON	\$50 copago IN/OON
Laboratorio y pruebas de diagnóstico	Laboratorio independiente: \$0 copago IN*; \$15 copago OON Consultorio/Paciente ambulatorio: \$15 copago IN*; \$15 copago OON	Laboratorio independiente: \$0 copago IN*; \$10 copago OON Consultorio/Paciente ambulatorio: \$10 copago IN*; \$10 copago OON
Radiografías/ Diagnóstico por imágenes avanzadas	Radiografía: \$20 copago IN*; \$20 copago OON Imágenes avanzadas: \$125 copago IN*; \$125 copago OON	Radiografía: \$10 copago IN*; \$10 copago OON Imágenes avanzadas: \$75 copago IN*; \$75 copago OON
Servicios auditivos	Cubierto por Medicare: \$35 copago IN; \$35 copago OON. Rutina: \$0 copago IN; \$35 copago OON (1 por año). TruHearing Advanced: \$599 copago (2 audífonos por año IN/OON); TruHearing Premium: \$899 copago (2 audífonos por año IN/OON); \$500 asignación IN/OON (por año); no se incluyen los modelos Advanced/Premium	Cubierto por Medicare: \$30 copago IN; \$30 copago OON. Rutina: \$0 copago IN; \$30 copago OON (1 por año). TruHearing Advanced: \$399 copago (2 audífonos por año IN/OON); TruHearing Premium: \$699 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: \$35 copago IN; \$35 copago OON. Visita de rutina/radiografía en el consultorio: \$15 copago (por cualquier combinación de examen bucal, radiografías y limpiezas proporcionadas en una sola consulta). IN (2 por año para exámenes y limpiezas; 1 por año para radiografías); 30% coseguro OON Integral: \$0 copago: Servicios Generales Complementarios (Paliativos) IN; 30% coseguro OON	Cubierto por Medicare: \$30 copago IN; \$30 copago OON. Visita de rutina/radiografía en el consultorio: \$15 copago (por cualquier combinación de examen bucal, radiografías y limpiezas proporcionadas en una sola consulta). IN (2 por año para exámenes y limpiezas; 1 por año para radiografías); 30% coseguro OON Integral: \$0 copago: Servicios Generales Complementarios (Paliativos) IN; 30% coseguro OON
Servicios para la vista	Cubierto por Medicare: \$35 copago IN; \$35 copago OON. 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 \$225 a monturas no estándar o un beneficio máximo de \$225 para lentes de contacto especiales por año; \$200 de beneficio máximo para anteojos después de cataratas (una vez por ojo operado).	Cubierto por Medicare: \$30 copago IN; \$30 copago OON. 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 \$225 a monturas no estándar o un beneficio máximo de \$225 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: \$475 copago por admisión IN*; \$475 copago por admisión OON; Paciente ambulatorio: \$35 copago IN; \$35 copago OON	Paciente internado: \$235 copago por admisión IN*; \$235 copago por admisión OON; Paciente ambulatorio: \$30 copago IN; \$30 copago OON
Centro de enfermería especializada	\$0 copago/día (días 1 - 20), \$218 copago/día (días 21 - 100) IN*; 30% coseguro OON	\$0 copago/día (días 1 - 20), \$218 copago/día (días 21 - 100) IN*; 30% coseguro OON
Fisioterapia	\$35 copago IN*; \$35 copago OON	\$30 copago IN*; \$30 copago OON

	Freedom Blue PPO Standard (PPO)	Freedom Blue PPO Deluxe (PPO)
Ambulancia (por viaje de ida)	Emergencia/No emergencia: \$260 copago IN**; No emergencia: 30% coseguro OON	Emergencia/No emergencia: \$275 copago IN**; No emergencia: 30% coseguro OON
Transporte (hasta 24 viajes de ida)	\$0 copago IN*; 30% coseguro OON	\$0 copago IN*; 30% coseguro OON
Medicamentos de Medicare Parte B [†]	20% coseguro IN*; 30% coseguro OON	20% coseguro IN*; 30% coseguro OON
OTC	No cubierto	No cubierto
Equipo médico duradero	20% coseguro IN*; 30% coseguro OON	20% coseguro IN*; 30% coseguro OON
Formulario	Venture	Venture

	Freedom Blue PPO Valor (PPO)
Prima	\$0
Reducción de la prima de la Parte B	\$75
Deducible	\$0
Máximo de gastos de bolsillo	\$6,000 IN; \$8,950 combinado IN y OON
Hospitalización	\$275 copago por admisión IN*; \$395 copago por admisión OON
Cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios	ASC ¹ : \$195 copago IN*; \$350 copago Centro OON: \$245 copago IN*; \$375 copago OON
Visita al consultorio médico	PCP: \$0 copago IN; 40% coseguro Especialista OON: \$10 copago IN; 40% coseguro OON
Exámenes preventivos	Cubierto en su totalidad (Pueden aplicarse copagos por visita al consultorio) IN/OON
Sala de emergencia	\$130 copago IN/OON
Servicios requeridos urgentemente	\$40 copago IN/OON
Laboratorio y pruebas de diagnóstico	Laboratorio independiente: \$0 copago IN*; 40% coseguro OON Consultorio/Paciente ambulatorio: \$10 copago IN*; 40% coseguro OON
Radiografías/ Diagnóstico por imágenes avanzadas	Radiografía: \$20 copago IN*; 40% coseguro OON Imágenes avanzadas: \$225 copago IN*; 40% coseguro OON
Servicios auditivos	Cubierto por Medicare: \$10 copago IN; 40% coseguro OON. Rutina: \$0 copago IN; \$0 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: \$10 copago IN; 40% coseguro OON. Visita de rutina al consultorio: \$0 copago IN; 30% coseguro OON (2 por año). Radiografías de rutina \$0 copago IN; 30% coseguro OON (1 por año). Integral: 0% coseguro IN; 50% coseguro OON: con un máximo de Asignación de \$3,000 (atención preventiva e integral combinada) IN/OON (por año). Consulte la EOC para obtener todos los beneficios.
Servicios para la vista	Cubierto por Medicare: \$10 copago IN; 40% coseguro OON. 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 3: \$325 copago por día y por admisión para los días del 4 al 90: \$0 copago por día por admisión IN*; Días 1 a 3: \$475 copago por día y por admisión para los días del 4 al 90: \$0 copago por día por admisión OON Paciente ambulatorio: \$5 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	\$15 copago IN*; 40% coseguro OON
Ambulancia (por viaje de ida)	Emergencia/No emergencia: \$275 copago IN**; No emergencia: 30% coseguro OON
Transporte (hasta 24 viajes de ida)	\$0 copago IN*; 30% coseguro OON
Medicamentos de Medicare Parte B [†]	20% coseguro IN*; 30% coseguro OON
OTC	\$100 asignación una vez por trimestre IN/OON

Freedom Blue PPO Valor (PPO)**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 IN*.
50% coseguro por oxígeno, ventiladores, sillas de ruedas y accesorios para sillas de ruedas, 40% coseguro por todos los otros artículos cubiertos OON.

Formulario

No cubierto

*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.

Freedom Blue PPO ValueRx (PPO)				
Deducible	\$0			
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)	\$13 copago	\$39 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	\$45 copago	\$135 copago
		Categoría 4 (insulina)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	30% del costo	30% del costo
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% 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)	\$5 copago	\$15 copago
		Categoría 2 (genéricos)	\$19 copago	\$57 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	\$47 copago	\$141 copago
		Categoría 4 (insulina)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	30% del costo	30% del costo
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% 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	\$27 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	No se aplica	\$115 copago
		Categoría 4 (insulina)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	No se aplica	30% del costo
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% 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	\$15 copago
		Categoría 2 (genéricos)	No se aplica	\$57 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	No se aplica	\$141 copago
		Categoría 4 (insulina)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	No se aplica	30% del costo
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% del costo	No se aplica
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.

Freedom Blue PPO Standard (PPO)				
Deducible	\$0			
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)	\$13 copago	\$39 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	\$45 copago	\$135 copago
		Categoría 4 (insulina)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	\$95 copago	\$285 copago
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% 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)	\$5 copago	\$15 copago
		Categoría 2 (genéricos)	\$19 copago	\$57 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	\$47 copago	\$141 copago
		Categoría 4 (insulina)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	\$100 copago	\$300 copago
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% 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	\$27 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	No se aplica	\$115 copago
		Categoría 4 (insulina)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	No se aplica	\$275 copago
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% 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	\$15 copago
		Categoría 2 (genéricos)	No se aplica	\$57 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	No se aplica	\$141 copago
		Categoría 4 (insulina)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	No se aplica	\$300 copago
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% del costo	No se aplica
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.

Freedom Blue PPO Deluxe (PPO)				
Deducible	\$0			
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)	\$13 copago	\$39 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	\$45 copago	\$135 copago
		Categoría 4 (insulina)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	\$95 copago	\$285 copago
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% 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)	\$5 copago	\$15 copago
		Categoría 2 (genéricos)	\$19 copago	\$57 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	\$47 copago	\$141 copago
		Categoría 4 (insulina)	\$35 copago	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	\$100 copago	\$300 copago
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% 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	\$27 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	No se aplica	\$115 copago
		Categoría 4 (insulina)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	No se aplica	\$275 copago
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% 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	\$15 copago
		Categoría 2 (genéricos)	No se aplica	\$57 copago
		Categoría 3 (insulina preferida)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 3 (marca preferida)	No se aplica	\$141 copago
		Categoría 4 (insulina)	No se aplica	\$105 copago
		Categoría 4 (medicamento no preferido)	No se aplica	\$300 copago
		Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% del costo	No se aplica
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 licenciatarías 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.

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.