



Sureste de Pennsylvania

Complete Blue PPO

Resumen de Beneficios.

Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

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

Bucks, Chester, Philadelphia, Montgomery

El resumen de beneficios no enumera todos los servicios, limitaciones ni circunstancias especiales.

Visítenos en [medicare.highmark.com](https://www.medicare.highmark.com) para obtener más información sobre los beneficios, como:

- **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 de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana.

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](https://www.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.

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.

Complete 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".

	Complete Blue PPO Choice Deluxe	Complete Blue PPO Premier
Prima:	\$9.00	\$38.00
Reducción de la prima de la Parte B	\$0.00	\$0.00
Deducible	\$0	\$0
Máximo de gastos de bolsillo	\$6,750 IN; \$9,550 combinado IN y OON	\$6,100 IN; \$8,950 combinado IN y OON
Internación en hospital	\$425 de copago por admisión IN*; \$425 de copago por admisión OON	\$425 de copago por admisión IN*; \$425 de copago por admisión OON
Cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios	ASC ¹ : \$200 de copago IN*; \$200 de copago centro OON: \$300 de copago IN*; \$300 de copago OON	ASC ¹ : \$150 de copago IN*; \$150 de copago centro OON: \$250 de copago IN*; \$250 de copago OON
Visita al consultorio médico	PCP: \$0 de copago IN; \$0 de copago Especialista OON: \$25 de copago IN; \$25 de copago OON	PCP: \$0 de copago IN; \$0 de copago Especialista OON: \$20 de copago IN; \$20 de 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	\$125 de copago IN/OON	\$125 de copago IN/OON
Servicios requeridos urgentemente	\$50 de copago IN/OON	\$15 de copago IN/OON
Laboratorio y pruebas de diagnóstico	Consultorio/Laboratorio: \$0 de copago IN*; \$0 de copago OON; Laboratorio: \$0 de copago IN*; \$0 de copago OON	Consultorio/Laboratorio: \$0 de copago IN*; \$0 de copago OON; Laboratorio: \$0 de copago IN*; \$0 de copago OON
Radiografías/ Diagnóstico por imágenes avanzadas	Radiografía: \$30 de copago IN*; \$30 de copago OON Imágenes avanzadas: \$300 de copago IN*; \$300 de copago OON	Radiografía: \$15 de copago IN*; \$15 de copago OON Imágenes avanzadas: \$225 de copago IN*; \$225 de copago OON
Servicios auditivos	Cubierto por Medicare: \$25 de copago IN; \$25 de copago OON. Rutina: \$15 de copago IN; \$15 de copago OON (1 por año). TruHearing Advanced: \$699 de copago; TruHearing Premium: \$999 de copago (2 audífonos por año); \$500 de asignación IN/OON (por año)	Cubierto por Medicare: \$20 de copago IN; \$20 de copago OON. Rutina: \$0 de copago IN; \$0 de copago OON (1 por año). TruHearing Advanced: \$699 de copago; TruHearing Premium: \$999 de copago (2 audífonos por año); \$500 de asignación IN/OON (por año)
Servicios dentales	Cubierto por Medicare: \$25 de copago IN; \$25 de copago OON. Visita rutinaria al consultorio médico: \$0 de copago IN; 30% de coseguro OON (1 cada seis meses). Radiografías rutinarias: \$0 de copago IN; 30% de coseguro OON (1 por año). Integral: 50% de coseguro IN; 50% de coseguro OON; con máximo Asignación de \$4000 (atención preventiva e integral combinada) IN/OON (por año). Consulte el EOC para ver todos los beneficios.	Cubierto por Medicare: \$20 de copago IN; \$20 de copago OON. Visita rutinaria al consultorio médico: \$0 de copago IN; 30% de coseguro OON (1 cada seis meses). Radiografías rutinarias: \$0 de copago IN; 30% de coseguro OON (1 por año). Integral: 0% de coseguro IN; 50% de coseguro OON; con máximo Asignación de \$3000 (atención preventiva e integral combinada) IN/OON (por año). Consulte el EOC para ver todos los beneficios.
Servicios para la vista	Cubierto por Medicare: \$25 de copago IN; \$25 de copago OON. Rutina: \$0 de copago IN; \$50 de 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 especializados por año; \$200 beneficio máximo para anteojos después de cataratas (una vez por ojo operado).	Cubierto por Medicare: \$20 de copago IN; \$20 de copago OON. Rutina: \$0 de copago IN; \$50 de 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 especializados por año; \$200 beneficio máximo para anteojos después de cataratas (una vez por ojo operado).
Servicios de salud mental	Paciente internado: Días 1 a 3: \$425 de copago por día y por admisión para los días del 4 al 90: \$0 de copago por admisión IN*; Días 1 a 3: \$475 de copago por día y por admisión para los días del 4 al 90: \$0 de copago por día por admisión OON; Paciente ambulatorio: \$40 de copago IN; \$40 de copago OON	Paciente internado: \$300 de copago por admisión IN*; \$300 de copago por día por admisión OON; Paciente ambulatorio: \$30 de copago IN; \$30 de copago OON

	Complete Blue PPO Choice Deluxe	Complete Blue PPO Premier
Centro de enfermería especializada	\$0 de copago/día (días 1-20), \$214 de copago/día (días 21-100) IN*; 30% de coseguro OON	\$0 de copago/día (días 1-20), \$214 de copago/día (días 21-100) IN*; 30% de coseguro OON
Fisioterapia	\$25 de copago IN*; \$25 de copago OON	\$0 de copago IN*; \$0 de copago OON
Ambulancia (por viaje de ida)	Emergencia/No emergencia: \$290 de copago IN**; No emergencia: 30% de coseguro OON	Emergencia/No emergencia: \$250 de copago IN**; No emergencia: 30% de coseguro OON
Transporte	\$0 de copago IN*; 30% de coseguro OON	\$0 de copago IN*; 30% de coseguro OON
Medicamentos de la Parte B de Medicare†	20% de coseguro IN*; 30% de coseguro OON	20% de coseguro IN*; 30% de coseguro OON
OTC	No cubierto	\$75 de asignación una vez por trimestre IN/OON
Flex Card	\$485 de asignación anual para productos dentales, oculares, auditivos y OTC. \$200 de asignación anual para la Parte B con un límite de \$50 por transacción.	No cubierto
Equipo médico duradero	20% de coseguro IN*; 30% de coseguro OON	20% de coseguro IN*; 30% de coseguro OON
Formulario	Rendimiento	Rendimiento

*Indica un servicio que requiere autorización previa.

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

†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.

ASC¹=Centro de Cirugía Ambulatoria

Complete Blue PPO Choice Deluxe

Usted paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen \$2,000. 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 \$0

M E D I C A M E N T O

Cobertura inicial

Costo compartido minorista preferido	Nivel	Suministro de 31 días	100 días (Categoría 1/2) 90 días (Categoría 3/4)
	Categoría 1 (genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago
Categoría 2 (genéricos)	\$5 de copago	\$15 de copago	
Categoría 3 (insulina preferida)	\$35 de copago	\$105 de copago	
Categoría 3 (marca preferida)	25% del costo	25% del costo	
Categoría 4 (insulina)	\$35 de copago	\$105 de copago	
Categoría 4 (medicamento no preferido)	50% del costo	50% del costo	
Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% del costo	No se aplica	
Costo compartido minorista estándar	Nivel	Suministro de 31 días	100 días (Categoría 1/2) 90 días (Categoría 3/4)
	Categoría 1 (genéricos preferidos)	\$7 de copago	\$21 de copago
Categoría 2 (genéricos)	\$20 de copago	\$60 de copago	
Categoría 3 (insulina preferida)	\$35 de copago	\$105 de copago	
Categoría 3 (marca preferida)	25% del costo	25% del costo	
Categoría 4 (insulina)	\$35 de copago	\$105 de copago	
Categoría 4 (medicamento no preferido)	50% del costo	50% del costo	
Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% del costo	No se aplica	
Costo compartido por correo preferido	Nivel	Suministro de 31 días	100 días (Categoría 1/2) 90 días (Categoría 3/4)
	Categoría 1 (genéricos preferidos)	No se aplica	\$0 de copago
Categoría 2 (genéricos)	No se aplica	\$0 de copago	
Categoría 3 (insulina preferida)	No se aplica	\$105 de copago	
Categoría 3 (marca preferida)	No se aplica	25% del costo	
Categoría 4 (insulina)	No se aplica	\$105 de copago	
Categoría 4 (medicamento no preferido)	No se aplica	50% del costo	
Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% del costo	No se aplica	
Costo compartido por correo estándar	Nivel	Suministro de 31 días	100 días (Categoría 1/2) 90 días (Categoría 3/4)
	Categoría 1 (genéricos preferidos)	No se aplica	\$21 de copago
Categoría 2 (genéricos)	No se aplica	\$60 de copago	
Categoría 3 (insulina preferida)	No se aplica	\$105 de copago	
Categoría 3 (marca preferida)	No se aplica	25% del costo	
Categoría 4 (insulina)	No se aplica	\$105 de copago	
Categoría 4 (medicamento no preferido)	No se aplica	50% del costo	
Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% 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.

Complete Blue PPO Choice Deluxe

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 \$2,000, 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.

Complete Blue PPO Premier

Usted paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen \$2,000. 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 \$0

M E D I C A M E N T O

Cobertura inicial

Costo compartido minorista preferido	Nivel	Suministro de 31 días	100 días (Categoría 1/2) 90 días (Categoría 3/4)
	Categoría 1 (genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago
Categoría 2 (genéricos)	\$5 de copago	\$15 de copago	
Categoría 3 (insulina preferida)	\$35 de copago	\$105 de copago	
Categoría 3 (marca preferida)	25% del costo	25% del costo	
Categoría 4 (insulina)	\$35 de copago	\$105 de copago	
Categoría 4 (medicamento no preferido)	50% del costo	50% del costo	
Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% del costo	No se aplica	
Costo compartido minorista estándar	Nivel	Suministro de 31 días	100 días (Categoría 1/2) 90 días (Categoría 3/4)
	Categoría 1 (genéricos preferidos)	\$7 de copago	\$21 de copago
Categoría 2 (genéricos)	\$20 de copago	\$60 de copago	
Categoría 3 (insulina preferida)	\$35 de copago	\$105 de copago	
Categoría 3 (marca preferida)	25% del costo	25% del costo	
Categoría 4 (insulina)	\$35 de copago	\$105 de copago	
Categoría 4 (medicamento no preferido)	50% del costo	50% del costo	
Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% del costo	No se aplica	
Costo compartido por correo preferido	Nivel	Suministro de 31 días	100 días (Categoría 1/2) 90 días (Categoría 3/4)
	Categoría 1 (genéricos preferidos)	No se aplica	\$0 de copago
Categoría 2 (genéricos)	No se aplica	\$0 de copago	
Categoría 3 (insulina preferida)	No se aplica	\$105 de copago	
Categoría 3 (marca preferida)	No se aplica	25% del costo	
Categoría 4 (insulina)	No se aplica	\$105 de copago	
Categoría 4 (medicamento no preferido)	No se aplica	50% del costo	
Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% del costo	No se aplica	
Costo compartido por correo estándar	Nivel	Suministro de 31 días	100 días (Categoría 1/2) 90 días (Categoría 3/4)
	Categoría 1 (genéricos preferidos)	No se aplica	\$21 de copago
Categoría 2 (genéricos)	No se aplica	\$60 de copago	
Categoría 3 (insulina preferida)	No se aplica	\$105 de copago	
Categoría 3 (marca preferida)	No se aplica	25% del costo	
Categoría 4 (insulina)	No se aplica	\$105 de copago	
Categoría 4 (medicamento no preferido)	No se aplica	50% del costo	
Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% 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.

Complete Blue PPO Premier

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 \$2,000, 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. d/b/a Highmark Blue Shield, Highmark Choice Company, Highmark Health Insurance Company, o Highmark Senior Health Company, que son licenciatarios independientes de Blue Cross Blue Shield Association. 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 de Complete Blue PPO, excepto en situaciones de emergencia. Para tomar una decisión sobre si cubriremos un servicio fuera de la red, le recomendamos a usted o a su proveedor que nos soliciten una determinación de organización previa al servicio antes de recibir el servicio. 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 1-866-682-7972 (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.