



Este cuadro muestra los beneficios incluidos en cada cobertura suplementaria de Medicare estándar. Todas las compañías deben ofrecer la Cobertura "A". Es posible que algunas coberturas no estén disponibles. Solo los solicitantes que cumplen con los requisitos para Medicare por primera vez antes de 2020 pueden adquirir las Coberturas C, F y F con deducible alto.

**Blue Cross and Blue Shield of Illinois no ofrece las coberturas sombreadas en color gris.**

Aviso: El símbolo ✓ significa que se paga el 100% del beneficio

Beneficios	Coberturas disponibles para todos los solicitantes								Únicamente para quienes cumplen con los requisitos para Medicare por primera vez antes de 2020	
	A	B	D	G <sup>1</sup>	K <sup>2</sup>	L <sup>2</sup>	M	N	C	F <sup>1</sup>
Incluye el coaseguro y la cobertura de hospitalización de la Parte A de Medicare (por hasta 365 días adicionales después de haber usado los beneficios de Medicare)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Coaseguro o copago de la Parte B de Medicare	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	Se aplican copagos <sup>4</sup>	✓	✓
Sangre (primeras tres pintas)	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓	✓	✓
Coaseguro o copago de la Parte A para atención en un centro paliativo	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓	✓	✓
Coaseguro por atención en centros de enfermería especializada			✓	✓	50%	75%	✓	✓	✓	✓
Deducible de la Parte A de Medicare		✓	✓	✓	50%	75%	50%	✓	✓	✓

Beneficios	Coberturas disponibles para todos los solicitantes								Únicamente para quienes cumplen con los requisitos para Medicare por primera vez antes de 2020	
	A	B	D	G <sup>1</sup>	K <sup>2</sup>	L <sup>2</sup>	M	N	C	F <sup>1</sup>
Deducible de la Parte B de Medicare									✓	✓
Cargos en exceso de la Parte B de Medicare				✓						✓
Emergencia durante viajes al extranjero (hasta los límites incluidos en la cobertura)			✓	✓			✓	✓	✓	✓
Límite de gastos de bolsillo en 2025 <sup>2</sup>					\$7,220 <sup>2</sup>	\$3,610 <sup>2</sup>				

<sup>1</sup> Los planes F y G también tienen una opción de deducible alto que requiere pagar primero un deducible del plan de \$2,870 antes de que el plan comience a pagar. Una vez que se alcanza el deducible del plan, el plan paga el 100% de los servicios cubiertos por el resto del año calendario. El plan G con deducible alto no cubre el deducible de la Parte B de Medicare. Sin embargo, los planes F y G con deducibles altos cuentan su pago del deducible de la Parte B de Medicare para alcanzar el deducible del plan.

<sup>2</sup> Los planes K y L pagan el 100 % de los servicios cubiertos durante el resto del año calendario una vez que cumpla con el límite anual de desembolso.

<sup>3</sup> El Plan N paga el 100% del coseguro de la Parte B, excepto por un copago de hasta \$20 para algunas visitas al consultorio y hasta un copago de \$50 para visitas a la sala de emergencias que no resultan en una admisión como paciente hospitalizado.

<sup>4</sup> Las coberturas Medicare Select exigen que usted acuda a hospitales Medicare Select que tengan contrato con Blue Cross and Blue Shield of Illinois en el caso de admisiones que no sean de emergencia para recibir cobertura para el deducible de la Parte A de Medicare. En el caso de una emergencia, el deducible de \$1,676 tiene cobertura en cualquier hospital en el que reciba atención. Solo algunos hospitales son prestadores de servicios médicos de la red conforme a esta póliza. Consulte con su médico para determinar si este tiene privilegios de admisión en un hospital de la red. Si no es así, es posible que usted deba acudir a otro médico al momento de la hospitalización o deberá pagar todos los gastos. Si el asegurado se muda fuera del área de servicio, habrá una reducción en la cobertura y tendrá la oportunidad de contratar otra póliza suplementaria de Medicare de la misma aseguradora, que incluya beneficios comparables o menores a los que tenía, o contratar una póliza suplementaria de Medicare o Medicare Select de otra aseguradora para las coberturas A, B, C, F, K o L, en un plazo de 63 días desde la finalización de la cobertura.

# Tasas de la prima mensual, vigentes a partir del 1.º de abril de 2025

Las tasas que se muestran son únicamente para residentes de Illinois que viven en los condados de Cook, DuPage, Kane, Lake, McHenry o Will.

Si usted es residente de Illinois y vive fuera de los condados de Cook, DuPage, Kane, Lake, McHenry o Will, llame al número para llamadas sin costo que aparece en la solicitud y en todo el paquete de información.

<b>65 años</b>								
	<b>MUJER</b>				<b>HOMBRE</b>			
	<b>Estándar</b>		<b>Med-Select<sup>4</sup></b>		<b>Estándar</b>		<b>Med-Select<sup>4</sup></b>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$154.26	\$140.24	N/A	N/A	\$175.82	\$159.82	N/A	N/A
<b>F</b>	\$242.36	\$220.32	\$215.69	\$196.09	\$276.21	\$251.09	\$245.83	\$223.47
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$69.62	\$63.29	N/A	N/A	\$79.34	\$72.14	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$265.75	\$243.71	N/A	N/A	\$299.60	\$274.48	N/A	N/A
<b>G</b>	\$192.65	\$175.16	\$171.46	\$155.88	\$222.89	\$202.62	\$198.37	\$180.34
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$66.29	\$60.27	N/A	N/A	\$75.57	\$68.71	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$216.04	\$198.55	\$194.85	\$179.27	\$246.28	\$226.01	\$221.76	\$203.73
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$89.68	\$83.66	N/A	N/A	\$98.96	\$92.10	N/A	N/A
<b>N</b>	\$167.69	\$152.45	\$149.25	\$135.68	\$194.01	\$176.37	\$172.67	\$156.96
<b>N Plus</b>	\$191.08	\$175.84	N/A	N/A	\$217.40	\$199.76	N/A	N/A

# 66 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$163.82	\$148.91	N/A	N/A	\$186.70	\$169.72	N/A	N/A
<b>F</b>	\$257.33	\$233.96	\$229.04	\$208.22	\$293.29	\$266.63	\$261.05	\$237.29
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$73.93	\$67.19	N/A	N/A	\$84.25	\$76.58	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$280.72	\$257.35	N/A	N/A	\$316.68	\$290.02	N/A	N/A
<b>G</b>	\$206.06	\$187.33	\$183.39	\$166.72	\$238.14	\$216.51	\$211.95	\$192.68
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$70.41	\$64.00	N/A	N/A	\$80.24	\$72.95	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$229.45	\$210.72	\$206.78	\$190.11	\$261.53	\$239.90	\$235.34	\$216.07
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$93.80	\$87.39	N/A	N/A	\$103.63	\$96.34	N/A	N/A
<b>N</b>	\$179.33	\$163.04	\$159.63	\$145.11	\$207.27	\$188.44	\$184.49	\$167.71
<b>N Plus</b>	\$202.72	\$186.43	N/A	N/A	\$230.66	\$211.83	N/A	N/A

# 67 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$173.19	\$157.44	N/A	N/A	\$197.37	\$179.43	N/A	N/A
<b>F</b>	\$272.05	\$247.34	\$242.14	\$220.13	\$310.09	\$281.88	\$275.96	\$250.88
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$78.15	\$71.06	N/A	N/A	\$89.08	\$80.96	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$295.44	\$270.73	N/A	N/A	\$333.48	\$305.27	N/A	N/A
<b>G</b>	\$219.19	\$199.28	\$195.06	\$177.35	\$253.12	\$230.10	\$225.28	\$204.80
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$74.43	\$67.67	N/A	N/A	\$84.83	\$77.11	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$242.58	\$222.67	\$218.45	\$200.74	\$276.51	\$253.49	\$248.67	\$228.19
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$97.82	\$91.06	N/A	N/A	\$108.22	\$100.50	N/A	N/A
<b>N</b>	\$190.78	\$173.45	\$169.81	\$154.37	\$220.32	\$200.29	\$196.09	\$178.26
<b>N Plus</b>	\$214.17	\$196.84	N/A	N/A	\$243.71	\$223.68	N/A	N/A

# 68 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$182.39	\$165.80	N/A	N/A	\$207.86	\$188.98	N/A	N/A
<b>F</b>	\$286.52	\$260.47	\$254.99	\$231.81	\$326.55	\$296.87	\$290.63	\$264.21
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$82.31	\$74.83	N/A	N/A	\$93.81	\$85.26	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$309.91	\$283.86	N/A	N/A	\$349.94	\$320.26	N/A	N/A
<b>G</b>	\$232.10	\$211.00	\$206.58	\$187.78	\$267.83	\$243.49	\$238.38	\$216.70
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$78.39	\$71.26	N/A	N/A	\$89.33	\$81.21	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$255.49	\$234.39	\$229.97	\$211.17	\$291.22	\$266.88	\$261.77	\$240.09
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$101.78	\$94.65	N/A	N/A	\$112.72	\$104.60	N/A	N/A
<b>N</b>	\$202.03	\$183.65	\$179.80	\$163.45	\$233.12	\$211.94	\$207.49	\$188.63
<b>N Plus</b>	\$225.42	\$207.04	N/A	N/A	\$256.51	\$235.33	N/A	N/A

# 69 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$191.41	\$174.02	N/A	N/A	\$218.16	\$198.31	N/A	N/A
<b>F</b>	\$300.72	\$273.38	\$267.62	\$243.31	\$342.73	\$311.56	\$305.01	\$277.30
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$86.39	\$78.52	N/A	N/A	\$98.46	\$89.52	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$324.11	\$296.77	N/A	N/A	\$366.12	\$334.95	N/A	N/A
<b>G</b>	\$244.78	\$222.51	\$217.84	\$198.03	\$282.27	\$256.60	\$251.22	\$228.38
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$82.27	\$74.80	N/A	N/A	\$93.77	\$85.24	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$268.17	\$245.90	\$241.23	\$221.42	\$305.66	\$279.99	\$274.61	\$251.77
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$105.66	\$98.19	N/A	N/A	\$117.16	\$108.63	N/A	N/A
<b>N</b>	\$213.05	\$193.68	\$189.61	\$172.38	\$245.70	\$223.34	\$218.67	\$198.78
<b>N Plus</b>	\$236.44	\$217.07	N/A	N/A	\$269.09	\$246.73	N/A	N/A

# 70 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$200.27	\$182.07	N/A	N/A	\$228.25	\$207.51	N/A	N/A
<b>F</b>	\$314.63	\$286.02	\$280.02	\$254.57	\$358.60	\$326.01	\$319.15	\$290.13
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$90.39	\$82.16	N/A	N/A	\$103.01	\$93.65	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$338.02	\$309.41	N/A	N/A	\$381.99	\$349.40	N/A	N/A
<b>G</b>	\$257.18	\$233.81	\$228.90	\$208.08	\$296.44	\$269.50	\$263.82	\$239.84
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$86.08	\$78.25	N/A	N/A	\$98.10	\$89.19	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$280.57	\$257.20	\$252.29	\$231.47	\$319.83	\$292.89	\$287.21	\$263.23
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$109.47	\$101.64	N/A	N/A	\$121.49	\$112.58	N/A	N/A
<b>N</b>	\$223.87	\$203.51	\$199.23	\$181.12	\$258.03	\$234.57	\$229.63	\$208.77
<b>N Plus</b>	\$247.26	\$226.90	N/A	N/A	\$281.42	\$257.96	N/A	N/A

# 71 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$208.95	\$189.96	N/A	N/A	\$238.16	\$216.51	N/A	N/A
<b>F</b>	\$328.28	\$298.44	\$292.19	\$265.62	\$374.16	\$340.12	\$332.99	\$302.71
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$94.30	\$85.75	N/A	N/A	\$107.47	\$97.70	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$351.67	\$321.83	N/A	N/A	\$397.55	\$363.51	N/A	N/A
<b>G</b>	\$269.39	\$244.88	\$239.75	\$217.96	\$310.34	\$282.11	\$276.20	\$251.08
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$89.82	\$81.65	N/A	N/A	\$102.36	\$93.04	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$292.78	\$268.27	\$263.14	\$241.35	\$333.73	\$305.50	\$299.59	\$274.47
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$113.21	\$105.04	N/A	N/A	\$125.75	\$116.43	N/A	N/A
<b>N</b>	\$234.48	\$213.16	\$208.68	\$189.72	\$270.12	\$245.54	\$240.40	\$218.53
<b>N Plus</b>	\$257.87	\$236.55	N/A	N/A	\$293.51	\$268.93	N/A	N/A

# 72 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$217.49	\$197.72	N/A	N/A	\$247.86	\$225.34	N/A	N/A
<b>F</b>	\$341.68	\$310.60	\$304.08	\$276.43	\$389.41	\$354.02	\$346.57	\$315.08
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$98.16	\$89.24	N/A	N/A	\$111.86	\$101.69	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$365.07	\$333.99	N/A	N/A	\$412.80	\$377.41	N/A	N/A
<b>G</b>	\$281.34	\$255.75	\$250.39	\$227.62	\$323.94	\$294.49	\$288.33	\$262.11
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$93.48	\$84.98	N/A	N/A	\$106.53	\$96.85	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$304.73	\$279.14	\$273.78	\$251.01	\$347.33	\$317.88	\$311.72	\$285.50
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$116.87	\$108.37	N/A	N/A	\$129.92	\$120.24	N/A	N/A
<b>N</b>	\$244.88	\$222.63	\$217.95	\$198.12	\$281.97	\$256.35	\$250.95	\$228.12
<b>N Plus</b>	\$268.27	\$246.02	N/A	N/A	\$305.36	\$279.74	N/A	N/A

# 73 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$225.85	\$205.31	N/A	N/A	\$257.39	\$234.00	N/A	N/A
<b>F</b>	\$354.79	\$322.55	\$315.76	\$287.07	\$404.36	\$367.59	\$359.88	\$327.15
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$101.92	\$92.66	N/A	N/A	\$116.17	\$105.59	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$378.18	\$345.94	N/A	N/A	\$427.75	\$390.98	N/A	N/A
<b>G</b>	\$293.04	\$266.39	\$260.80	\$237.11	\$337.29	\$306.63	\$300.20	\$272.90
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$97.06	\$88.25	N/A	N/A	\$110.63	\$100.57	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$316.43	\$289.78	\$284.19	\$260.50	\$360.68	\$330.02	\$323.59	\$296.29
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$120.45	\$111.64	N/A	N/A	\$134.02	\$123.96	N/A	N/A
<b>N</b>	\$255.08	\$231.88	\$227.00	\$206.38	\$293.60	\$266.89	\$261.28	\$237.55
<b>N Plus</b>	\$278.47	\$255.27	N/A	N/A	\$316.99	\$290.28	N/A	N/A

# 74 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$234.02	\$212.73	N/A	N/A	\$266.71	\$242.45	N/A	N/A
<b>F</b>	\$367.64	\$334.21	\$327.19	\$297.44	\$419.00	\$380.91	\$372.91	\$339.02
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$105.61	\$96.01	N/A	N/A	\$120.36	\$109.42	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$391.03	\$357.60	N/A	N/A	\$442.39	\$404.30	N/A	N/A
<b>G</b>	\$304.52	\$276.84	\$271.02	\$246.38	\$350.36	\$318.53	\$311.83	\$283.49
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$100.58	\$91.44	N/A	N/A	\$114.63	\$104.20	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$327.91	\$300.23	\$294.41	\$269.77	\$373.75	\$341.92	\$335.22	\$306.88
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$123.97	\$114.83	N/A	N/A	\$138.02	\$127.59	N/A	N/A
<b>N</b>	\$265.06	\$240.96	\$235.89	\$214.46	\$304.95	\$277.26	\$271.40	\$246.75
<b>N Plus</b>	\$288.45	\$264.35	N/A	N/A	\$328.34	\$300.65	N/A	N/A

# 75 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$242.03	\$220.03	N/A	N/A	\$275.82	\$250.76	N/A	N/A
<b>F</b>	\$380.21	\$345.66	\$338.40	\$307.63	\$433.33	\$393.95	\$385.69	\$350.62
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$109.20	\$99.28	N/A	N/A	\$124.47	\$113.17	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$403.60	\$369.05	N/A	N/A	\$456.72	\$417.34	N/A	N/A
<b>G</b>	\$315.74	\$287.04	\$281.02	\$255.46	\$363.18	\$330.15	\$323.23	\$293.85
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$104.02	\$94.56	N/A	N/A	\$118.54	\$107.78	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$339.13	\$310.43	\$304.41	\$278.85	\$386.57	\$353.54	\$346.62	\$317.24
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$127.41	\$117.95	N/A	N/A	\$141.93	\$131.17	N/A	N/A
<b>N</b>	\$274.83	\$249.84	\$244.60	\$222.36	\$316.11	\$287.37	\$281.33	\$255.75
<b>N Plus</b>	\$298.22	\$273.23	N/A	N/A	\$339.50	\$310.76	N/A	N/A

# 76 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$249.86	\$227.16	N/A	N/A	\$284.76	\$258.88	N/A	N/A
<b>F</b>	\$392.53	\$356.86	\$349.36	\$317.60	\$447.38	\$406.71	\$398.17	\$361.97
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$112.76	\$102.52	N/A	N/A	\$128.50	\$116.84	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$415.92	\$380.25	N/A	N/A	\$470.77	\$430.10	N/A	N/A
<b>G</b>	\$326.74	\$297.04	\$290.80	\$264.37	\$375.71	\$341.55	\$334.37	\$303.97
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$107.40	\$97.63	N/A	N/A	\$122.39	\$111.28	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$350.13	\$320.43	\$314.19	\$287.76	\$399.10	\$364.94	\$357.76	\$327.36
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$130.79	\$121.02	N/A	N/A	\$145.78	\$134.67	N/A	N/A
<b>N</b>	\$284.40	\$258.54	\$253.12	\$230.10	\$327.02	\$297.27	\$291.05	\$264.58
<b>N Plus</b>	\$307.79	\$281.93	N/A	N/A	\$350.41	\$320.66	N/A	N/A

# 77 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$257.54	\$234.11	N/A	N/A	\$293.50	\$266.82	N/A	N/A
<b>F</b>	\$404.60	\$367.81	\$360.06	\$327.35	\$461.10	\$419.20	\$410.38	\$373.07
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$116.22	\$105.65	N/A	N/A	\$132.45	\$120.41	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$427.99	\$391.20	N/A	N/A	\$484.49	\$442.59	N/A	N/A
<b>G</b>	\$337.50	\$306.82	\$300.38	\$273.07	\$387.96	\$352.69	\$345.28	\$313.90
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$110.69	\$100.63	N/A	N/A	\$126.15	\$114.68	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$360.89	\$330.21	\$323.77	\$296.46	\$411.35	\$376.08	\$368.67	\$337.29
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$134.08	\$124.02	N/A	N/A	\$149.54	\$138.07	N/A	N/A
<b>N</b>	\$293.76	\$267.06	\$261.44	\$237.67	\$337.69	\$307.00	\$300.55	\$273.22
<b>N Plus</b>	\$317.15	\$290.45	N/A	N/A	\$361.08	\$330.39	N/A	N/A

# 78 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$265.04	\$240.94	N/A	N/A	\$302.05	\$274.58	N/A	N/A
<b>F</b>	\$416.37	\$378.52	\$370.56	\$336.86	\$474.53	\$431.39	\$422.33	\$383.94
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$119.61	\$108.74	N/A	N/A	\$136.31	\$123.92	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$439.76	\$401.91	N/A	N/A	\$497.92	\$454.78	N/A	N/A
<b>G</b>	\$348.02	\$316.36	\$309.73	\$281.58	\$399.95	\$363.58	\$355.95	\$323.58
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$113.90	\$103.55	N/A	N/A	\$129.83	\$118.03	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$371.41	\$339.75	\$333.12	\$304.97	\$423.34	\$386.97	\$379.34	\$346.97
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$137.29	\$126.94	N/A	N/A	\$153.22	\$141.42	N/A	N/A
<b>N</b>	\$302.91	\$275.38	\$269.61	\$245.10	\$348.12	\$316.47	\$309.84	\$281.65
<b>N Plus</b>	\$326.30	\$298.77	N/A	N/A	\$371.51	\$339.86	N/A	N/A

# 79 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$272.36	\$247.59	N/A	N/A	\$310.39	\$282.18	N/A	N/A
<b>F</b>	\$427.88	\$388.97	\$380.82	\$346.19	\$487.65	\$443.32	\$433.99	\$394.54
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$122.90	\$111.75	N/A	N/A	\$140.09	\$127.34	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$451.27	\$412.36	N/A	N/A	\$511.04	\$466.71	N/A	N/A
<b>G</b>	\$358.29	\$325.70	\$318.88	\$289.91	\$411.64	\$374.24	\$366.38	\$333.07
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$117.07	\$106.42	N/A	N/A	\$133.41	\$121.27	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$381.68	\$349.09	\$342.27	\$313.30	\$435.03	\$397.63	\$389.77	\$356.46
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$140.46	\$129.81	N/A	N/A	\$156.80	\$144.66	N/A	N/A
<b>N</b>	\$311.85	\$283.51	\$277.56	\$252.32	\$358.31	\$325.74	\$318.90	\$289.91
<b>N Plus</b>	\$335.24	\$306.90	N/A	N/A	\$381.70	\$349.13	N/A	N/A

# 80 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$279.51	\$254.11	N/A	N/A	\$318.56	\$289.59	N/A	N/A
<b>F</b>	\$439.12	\$399.18	\$390.80	\$355.28	\$500.47	\$454.96	\$445.41	\$404.93
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$126.13	\$114.67	N/A	N/A	\$143.76	\$130.71	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$462.51	\$422.57	N/A	N/A	\$523.86	\$478.35	N/A	N/A
<b>G</b>	\$368.34	\$334.84	\$327.82	\$298.01	\$423.10	\$384.63	\$376.55	\$342.32
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$120.12	\$109.20	N/A	N/A	\$136.90	\$124.47	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$391.73	\$358.23	\$351.21	\$321.40	\$446.49	\$408.02	\$399.94	\$365.71
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$143.51	\$132.59	N/A	N/A	\$160.29	\$147.86	N/A	N/A
<b>N</b>	\$320.60	\$291.44	\$285.34	\$259.38	\$368.27	\$334.78	\$327.75	\$297.98
<b>N Plus</b>	\$343.99	\$314.83	N/A	N/A	\$391.66	\$358.17	N/A	N/A

# 81 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$286.49	\$260.45	N/A	N/A	\$326.52	\$296.84	N/A	N/A
<b>F</b>	\$450.08	\$409.16	\$400.58	\$364.16	\$512.98	\$466.33	\$456.54	\$415.04
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$129.29	\$117.54	N/A	N/A	\$147.35	\$133.96	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$473.47	\$432.55	N/A	N/A	\$536.37	\$489.72	N/A	N/A
<b>G</b>	\$378.12	\$343.74	\$336.54	\$305.94	\$434.27	\$394.77	\$386.50	\$351.35
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$123.12	\$111.94	N/A	N/A	\$140.34	\$127.58	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$401.51	\$367.13	\$359.93	\$329.33	\$457.66	\$418.16	\$409.89	\$374.74
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$146.51	\$135.33	N/A	N/A	\$163.73	\$150.97	N/A	N/A
<b>N</b>	\$329.12	\$299.19	\$292.93	\$266.30	\$377.98	\$343.62	\$336.40	\$305.82
<b>N Plus</b>	\$352.51	\$322.58	N/A	N/A	\$401.37	\$367.01	N/A	N/A

# 82 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$293.32	\$266.65	N/A	N/A	\$334.28	\$303.91	N/A	N/A
<b>F</b>	\$460.79	\$418.91	\$410.11	\$372.84	\$525.18	\$477.43	\$467.40	\$424.91
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$132.37	\$120.33	N/A	N/A	\$150.85	\$137.14	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$484.18	\$442.30	N/A	N/A	\$548.57	\$500.82	N/A	N/A
<b>G</b>	\$387.68	\$352.43	\$345.05	\$313.66	\$445.16	\$404.67	\$396.17	\$360.18
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$126.07	\$114.61	N/A	N/A	\$143.67	\$130.60	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$411.07	\$375.82	\$368.44	\$337.05	\$468.55	\$428.06	\$419.56	\$383.57
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$149.46	\$138.00	N/A	N/A	\$167.06	\$153.99	N/A	N/A
<b>N</b>	\$337.44	\$306.77	\$300.32	\$273.03	\$387.46	\$352.25	\$344.85	\$313.49
<b>N Plus</b>	\$360.83	\$330.16	N/A	N/A	\$410.85	\$375.64	N/A	N/A

# 83 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$299.95	\$272.68	N/A	N/A	\$341.86	\$310.80	N/A	N/A
<b>F</b>	\$471.24	\$428.41	\$419.39	\$381.28	\$537.07	\$488.24	\$477.99	\$434.55
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$135.37	\$123.06	N/A	N/A	\$154.28	\$140.26	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$494.63	\$451.80	N/A	N/A	\$560.46	\$511.63	N/A	N/A
<b>G</b>	\$397.00	\$360.92	\$353.32	\$321.20	\$455.78	\$414.35	\$405.65	\$368.76
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$128.92	\$117.19	N/A	N/A	\$146.94	\$133.57	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$420.39	\$384.31	\$376.71	\$344.59	\$479.17	\$437.74	\$429.04	\$392.15
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$152.31	\$140.58	N/A	N/A	\$170.33	\$156.96	N/A	N/A
<b>N</b>	\$345.56	\$314.14	\$307.56	\$279.58	\$396.71	\$360.64	\$353.06	\$320.98
<b>N Plus</b>	\$368.95	\$337.53	N/A	N/A	\$420.10	\$384.03	N/A	N/A

# 84 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$306.44	\$278.57	N/A	N/A	\$349.24	\$317.48	N/A	N/A
<b>F</b>	\$481.40	\$437.63	\$428.47	\$389.49	\$548.66	\$498.79	\$488.30	\$443.92
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$138.28	\$125.73	N/A	N/A	\$157.61	\$143.28	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$504.79	\$461.02	N/A	N/A	\$572.05	\$522.18	N/A	N/A
<b>G</b>	\$406.08	\$369.17	\$361.41	\$328.56	\$466.13	\$423.75	\$414.85	\$377.15
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$131.71	\$119.74	N/A	N/A	\$150.12	\$136.45	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$429.47	\$392.56	\$384.80	\$351.95	\$489.52	\$447.14	\$438.24	\$400.54
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$155.10	\$143.13	N/A	N/A	\$173.51	\$159.84	N/A	N/A
<b>N</b>	\$353.47	\$321.34	\$314.59	\$285.98	\$405.73	\$368.84	\$361.09	\$328.26
<b>N Plus</b>	\$376.86	\$344.73	N/A	N/A	\$429.12	\$392.23	N/A	N/A

# 85 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$312.72	\$284.32	N/A	N/A	\$356.42	\$324.03	N/A	N/A
<b>F</b>	\$491.31	\$446.66	\$437.26	\$397.51	\$559.94	\$509.05	\$498.35	\$453.05
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$141.13	\$128.31	N/A	N/A	\$160.86	\$146.22	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$514.70	\$470.05	N/A	N/A	\$583.33	\$532.44	N/A	N/A
<b>G</b>	\$414.94	\$377.21	\$369.28	\$335.72	\$476.20	\$432.91	\$423.82	\$385.29
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$134.40	\$122.19	N/A	N/A	\$153.19	\$139.26	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$438.33	\$400.60	\$392.67	\$359.11	\$499.59	\$456.30	\$447.21	\$408.68
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$157.79	\$145.58	N/A	N/A	\$176.58	\$162.65	N/A	N/A
<b>N</b>	\$361.15	\$328.32	\$321.43	\$292.20	\$414.49	\$376.83	\$368.90	\$335.38
<b>N Plus</b>	\$384.54	\$351.71	N/A	N/A	\$437.88	\$400.22	N/A	N/A

# 86 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$318.87	\$289.87	N/A	N/A	\$363.43	\$330.38	N/A	N/A
<b>F</b>	\$500.95	\$455.39	\$445.83	\$405.32	\$570.94	\$519.02	\$508.14	\$461.94
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$143.91	\$130.82	N/A	N/A	\$164.00	\$149.09	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$524.34	\$478.78	N/A	N/A	\$594.33	\$542.41	N/A	N/A
<b>G</b>	\$423.52	\$385.02	\$376.92	\$342.67	\$486.00	\$441.81	\$432.54	\$393.22
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$137.05	\$124.61	N/A	N/A	\$156.19	\$142.00	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$446.91	\$408.41	\$400.31	\$366.06	\$509.39	\$465.20	\$455.93	\$416.61
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$160.44	\$148.00	N/A	N/A	\$179.58	\$165.39	N/A	N/A
<b>N</b>	\$368.65	\$335.13	\$328.09	\$298.27	\$423.02	\$384.56	\$376.50	\$342.26
<b>N Plus</b>	\$392.04	\$358.52	N/A	N/A	\$446.41	\$407.95	N/A	N/A

# 87 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$324.83	\$295.30	N/A	N/A	\$370.20	\$336.56	N/A	N/A
<b>F</b>	\$510.33	\$463.94	\$454.17	\$412.89	\$581.61	\$528.73	\$517.62	\$470.57
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$146.60	\$133.27	N/A	N/A	\$167.05	\$151.89	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$533.72	\$487.33	N/A	N/A	\$605.00	\$552.12	N/A	N/A
<b>G</b>	\$431.89	\$392.63	\$384.38	\$349.44	\$495.54	\$450.49	\$441.03	\$400.95
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$139.62	\$126.92	N/A	N/A	\$159.11	\$144.65	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$455.28	\$416.02	\$407.77	\$372.83	\$518.93	\$473.88	\$464.42	\$424.34
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$163.01	\$150.31	N/A	N/A	\$182.50	\$168.04	N/A	N/A
<b>N</b>	\$375.92	\$341.74	\$334.58	\$304.16	\$431.33	\$392.12	\$383.88	\$348.97
<b>N Plus</b>	\$399.31	\$365.13	N/A	N/A	\$454.72	\$415.51	N/A	N/A

# 88 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$330.62	\$300.56	N/A	N/A	\$376.81	\$342.57	N/A	N/A
<b>F</b>	\$519.41	\$472.19	\$462.28	\$420.26	\$591.97	\$538.15	\$526.86	\$478.95
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$149.20	\$135.64	N/A	N/A	\$170.04	\$154.58	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$542.80	\$495.58	N/A	N/A	\$615.36	\$561.54	N/A	N/A
<b>G</b>	\$440.01	\$400.02	\$391.62	\$356.01	\$504.79	\$458.91	\$449.25	\$408.42
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$142.09	\$129.19	N/A	N/A	\$161.95	\$147.23	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$463.40	\$423.41	\$415.01	\$379.40	\$528.18	\$482.30	\$472.64	\$431.81
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$165.48	\$152.58	N/A	N/A	\$185.34	\$170.62	N/A	N/A
<b>N</b>	\$382.99	\$348.17	\$340.86	\$309.88	\$439.37	\$399.44	\$391.05	\$355.50
<b>N Plus</b>	\$406.38	\$371.56	N/A	N/A	\$462.76	\$422.83	N/A	N/A

# 89 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$336.25	\$305.67	N/A	N/A	\$383.22	\$348.38	N/A	N/A
<b>F</b>	\$528.25	\$480.23	\$470.15	\$427.38	\$602.04	\$547.31	\$535.83	\$487.12
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$151.74	\$137.95	N/A	N/A	\$172.93	\$157.23	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$551.64	\$503.62	N/A	N/A	\$625.43	\$570.70	N/A	N/A
<b>G</b>	\$447.90	\$407.19	\$398.64	\$362.39	\$513.78	\$467.06	\$457.27	\$415.70
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$144.51	\$131.38	N/A	N/A	\$164.71	\$149.73	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$471.29	\$430.58	\$422.03	\$385.78	\$537.17	\$490.45	\$480.66	\$439.09
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$167.90	\$154.77	N/A	N/A	\$188.10	\$173.12	N/A	N/A
<b>N</b>	\$389.86	\$354.42	\$346.98	\$315.42	\$447.21	\$406.55	\$398.00	\$361.83
<b>N Plus</b>	\$413.25	\$377.81	N/A	N/A	\$470.60	\$429.94	N/A	N/A

# 90 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$341.69	\$310.62	N/A	N/A	\$389.45	\$354.03	N/A	N/A
<b>F</b>	\$536.81	\$488.00	\$477.76	\$434.32	\$611.81	\$556.19	\$544.52	\$495.00
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$154.21	\$140.17	N/A	N/A	\$175.74	\$159.77	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$560.20	\$511.39	N/A	N/A	\$635.20	\$579.58	N/A	N/A
<b>G</b>	\$455.56	\$414.13	\$405.44	\$368.58	\$522.51	\$475.01	\$465.02	\$422.76
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$146.87	\$133.52	N/A	N/A	\$167.39	\$152.17	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$478.95	\$437.52	\$428.83	\$391.97	\$545.90	\$498.40	\$488.41	\$446.15
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$170.26	\$156.91	N/A	N/A	\$190.78	\$175.56	N/A	N/A
<b>N</b>	\$396.52	\$360.47	\$352.91	\$320.81	\$454.78	\$413.45	\$404.74	\$367.95
<b>N Plus</b>	\$419.91	\$383.86	N/A	N/A	\$478.17	\$436.84	N/A	N/A

# 91 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$346.98	\$315.44	N/A	N/A	\$395.46	\$359.51	N/A	N/A
<b>F</b>	\$545.12	\$495.54	\$485.15	\$441.04	\$621.25	\$564.77	\$552.93	\$502.66
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$156.59	\$142.36	N/A	N/A	\$178.47	\$162.25	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$568.51	\$518.93	N/A	N/A	\$644.64	\$588.16	N/A	N/A
<b>G</b>	\$462.95	\$420.87	\$412.04	\$374.58	\$530.94	\$482.66	\$472.54	\$429.58
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$149.13	\$135.58	N/A	N/A	\$169.96	\$154.52	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$486.34	\$444.26	\$435.43	\$397.97	\$554.33	\$506.05	\$495.93	\$452.97
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$172.52	\$158.97	N/A	N/A	\$193.35	\$177.91	N/A	N/A
<b>N</b>	\$402.96	\$366.33	\$358.63	\$326.01	\$462.12	\$420.13	\$411.30	\$373.92
<b>N Plus</b>	\$426.35	\$389.72	N/A	N/A	\$485.51	\$443.52	N/A	N/A

# 92 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$352.08	\$320.09	N/A	N/A	\$401.27	\$364.81	N/A	N/A
<b>F</b>	\$553.13	\$502.85	\$492.29	\$447.54	\$630.41	\$573.11	\$561.07	\$510.05
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$158.90	\$144.45	N/A	N/A	\$181.10	\$164.64	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$576.52	\$526.24	N/A	N/A	\$653.80	\$596.50	N/A	N/A
<b>G</b>	\$470.12	\$427.38	\$418.40	\$380.37	\$539.11	\$490.10	\$479.81	\$436.18
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$151.32	\$137.59	N/A	N/A	\$172.47	\$156.79	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$493.51	\$450.77	\$441.79	\$403.76	\$562.50	\$513.49	\$503.20	\$459.57
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$174.71	\$160.98	N/A	N/A	\$195.86	\$180.18	N/A	N/A
<b>N</b>	\$409.19	\$372.01	\$364.19	\$331.07	\$469.25	\$426.58	\$417.63	\$379.66
<b>N Plus</b>	\$432.58	\$395.40	N/A	N/A	\$492.64	\$449.97	N/A	N/A

# 93 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$357.02	\$324.58	N/A	N/A	\$406.90	\$369.90	N/A	N/A
<b>F</b>	\$560.89	\$509.90	\$499.21	\$453.82	\$639.26	\$581.14	\$568.96	\$517.21
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$161.12	\$146.46	N/A	N/A	\$183.64	\$166.94	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$584.28	\$533.29	N/A	N/A	\$662.65	\$604.53	N/A	N/A
<b>G</b>	\$477.06	\$433.70	\$424.58	\$385.98	\$547.01	\$497.27	\$486.83	\$442.57
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$153.46	\$139.50	N/A	N/A	\$174.89	\$158.99	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$500.45	\$457.09	\$447.97	\$409.37	\$570.40	\$520.66	\$510.22	\$465.96
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$176.85	\$162.89	N/A	N/A	\$198.28	\$182.38	N/A	N/A
<b>N</b>	\$415.24	\$377.48	\$369.54	\$335.96	\$476.12	\$432.83	\$423.75	\$385.23
<b>N Plus</b>	\$438.63	\$400.87	N/A	N/A	\$499.51	\$456.22	N/A	N/A

# 94 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$361.79	\$328.91	N/A	N/A	\$412.35	\$374.85	N/A	N/A
<b>F</b>	\$568.40	\$516.71	\$505.86	\$459.88	\$647.79	\$588.91	\$576.54	\$524.12
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$163.28	\$148.43	N/A	N/A	\$186.10	\$169.16	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$591.79	\$540.10	N/A	N/A	\$671.18	\$612.30	N/A	N/A
<b>G</b>	\$483.74	\$439.76	\$430.52	\$391.39	\$554.62	\$504.21	\$493.61	\$448.74
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$155.50	\$141.37	N/A	N/A	\$177.24	\$161.11	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$507.13	\$463.15	\$453.91	\$414.78	\$578.01	\$527.60	\$517.00	\$472.13
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$178.89	\$164.76	N/A	N/A	\$200.63	\$184.50	N/A	N/A
<b>N</b>	\$421.06	\$382.78	\$374.74	\$340.65	\$482.76	\$438.87	\$429.64	\$390.59
<b>N Plus</b>	\$444.45	\$406.17	N/A	N/A	\$506.15	\$462.26	N/A	N/A

# 95 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$366.41	\$333.09	N/A	N/A	\$417.57	\$379.62	N/A	N/A
<b>F</b>	\$575.63	\$523.30	\$512.29	\$465.73	\$656.03	\$596.38	\$583.87	\$530.78
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$165.35	\$150.31	N/A	N/A	\$188.44	\$171.32	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$599.02	\$546.69	N/A	N/A	\$679.42	\$619.77	N/A	N/A
<b>G</b>	\$490.18	\$445.62	\$436.27	\$396.62	\$561.98	\$510.89	\$500.16	\$454.69
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$157.48	\$143.16	N/A	N/A	\$179.48	\$163.17	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$513.57	\$469.01	\$459.66	\$420.01	\$585.37	\$534.28	\$523.55	\$478.08
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$180.87	\$166.55	N/A	N/A	\$202.87	\$186.56	N/A	N/A
<b>N</b>	\$426.66	\$387.87	\$379.73	\$345.22	\$489.15	\$444.68	\$435.34	\$395.77
<b>N Plus</b>	\$450.05	\$411.26	N/A	N/A	\$512.54	\$468.07	N/A	N/A

# 96 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$370.83	\$337.12	N/A	N/A	\$422.63	\$384.23	N/A	N/A
<b>F</b>	\$582.56	\$529.61	\$518.49	\$471.34	\$663.95	\$603.58	\$590.92	\$537.20
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$167.34	\$152.16	N/A	N/A	\$190.74	\$173.37	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$605.95	\$553.00	N/A	N/A	\$687.34	\$626.97	N/A	N/A
<b>G</b>	\$496.40	\$451.27	\$441.79	\$401.64	\$569.05	\$517.33	\$506.46	\$460.42
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$159.38	\$144.90	N/A	N/A	\$181.64	\$165.11	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$519.79	\$474.66	\$465.18	\$425.03	\$592.44	\$540.72	\$529.85	\$483.81
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$182.77	\$168.29	N/A	N/A	\$205.03	\$188.50	N/A	N/A
<b>N</b>	\$432.05	\$392.80	\$384.54	\$349.57	\$495.30	\$450.28	\$440.84	\$400.76
<b>N Plus</b>	\$455.44	\$416.19	N/A	N/A	\$518.69	\$473.67	N/A	N/A

# 97 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$375.07	\$340.98	N/A	N/A	\$427.47	\$388.62	N/A	N/A
<b>F</b>	\$589.27	\$535.70	\$524.44	\$476.75	\$671.57	\$610.53	\$597.70	\$543.37
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$169.27	\$153.89	N/A	N/A	\$192.92	\$175.38	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$612.66	\$559.09	N/A	N/A	\$694.96	\$633.92	N/A	N/A
<b>G</b>	\$502.38	\$456.70	\$447.11	\$406.46	\$575.86	\$523.50	\$512.51	\$465.91
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$161.21	\$146.57	N/A	N/A	\$183.72	\$167.03	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$525.77	\$480.09	\$470.50	\$429.85	\$599.25	\$546.89	\$535.90	\$489.30
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$184.60	\$169.96	N/A	N/A	\$207.11	\$190.42	N/A	N/A
<b>N</b>	\$437.27	\$397.52	\$389.17	\$353.79	\$501.23	\$455.66	\$446.10	\$405.54
<b>N Plus</b>	\$460.66	\$420.91	N/A	N/A	\$524.62	\$479.05	N/A	N/A

# 98 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$379.16	\$344.69	N/A	N/A	\$432.12	\$392.86	N/A	N/A
<b>F</b>	\$595.69	\$541.52	\$530.14	\$481.97	\$678.89	\$617.18	\$604.22	\$549.28
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$171.10	\$155.54	N/A	N/A	\$195.01	\$177.29	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$619.08	\$564.91	N/A	N/A	\$702.28	\$640.57	N/A	N/A
<b>G</b>	\$508.09	\$461.91	\$452.20	\$411.09	\$582.40	\$529.45	\$518.32	\$471.22
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$162.96	\$148.16	N/A	N/A	\$185.74	\$168.85	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$531.48	\$485.30	\$475.59	\$434.48	\$605.79	\$552.84	\$541.71	\$494.61
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$186.35	\$171.55	N/A	N/A	\$209.13	\$192.24	N/A	N/A
<b>N</b>	\$442.26	\$402.07	\$393.60	\$357.81	\$506.94	\$460.84	\$451.15	\$410.13
<b>N Plus</b>	\$465.65	\$425.46	N/A	N/A	\$530.33	\$484.23	N/A	N/A

# 99 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$383.09	\$348.26	N/A	N/A	\$436.61	\$396.92	N/A	N/A
<b>F</b>	\$601.83	\$547.11	\$535.63	\$486.93	\$685.91	\$623.55	\$610.46	\$554.97
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$172.89	\$157.17	N/A	N/A	\$197.04	\$179.12	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$625.22	\$570.50	N/A	N/A	\$709.30	\$646.94	N/A	N/A
<b>G</b>	\$513.59	\$466.90	\$457.10	\$415.55	\$588.66	\$535.14	\$523.90	\$476.27
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$164.65	\$149.69	N/A	N/A	\$187.65	\$170.59	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$536.98	\$490.29	\$480.49	\$438.94	\$612.05	\$558.53	\$547.29	\$499.66
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$188.04	\$173.08	N/A	N/A	\$211.04	\$193.98	N/A	N/A
<b>N</b>	\$447.05	\$406.41	\$397.88	\$361.69	\$512.37	\$465.79	\$456.02	\$414.55
<b>N Plus</b>	\$470.44	\$429.80	N/A	N/A	\$535.76	\$489.18	N/A	N/A

# Más de 100 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select <sup>4</sup>		Estándar		Med-Select <sup>4</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$386.84	\$351.68	N/A	N/A	\$440.87	\$400.78	N/A	N/A
<b>F</b>	\$607.74	\$552.48	\$540.87	\$491.71	\$692.61	\$629.66	\$616.42	\$560.38
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$174.59	\$158.70	N/A	N/A	\$198.95	\$180.87	N/A	N/A
<b>F Plus</b>	\$631.13	\$575.87	N/A	N/A	\$716.00	\$653.05	N/A	N/A
<b>G</b>	\$518.85	\$471.68	\$461.78	\$419.80	\$594.63	\$540.59	\$529.23	\$481.13
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$166.27	\$151.14	N/A	N/A	\$189.49	\$172.25	N/A	N/A
<b>G Plus</b>	\$542.24	\$495.07	\$485.17	\$443.19	\$618.02	\$563.98	\$552.62	\$504.52
<b>G Plus con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$189.66	\$174.53	N/A	N/A	\$212.88	\$195.64	N/A	N/A
<b>N</b>	\$451.61	\$410.57	\$401.93	\$365.39	\$517.58	\$470.54	\$460.65	\$418.77
<b>N Plus</b>	\$475.00	\$433.96	N/A	N/A	\$540.97	\$493.93	N/A	N/A

Usted tiene la opción de adquirir cualquiera de las coberturas suplementarias de Medicare que se muestran en la portada con fondo blanco como coberturas estándar o Medicare Select, excepto la Cobertura A, la Cobertura F con deducible alto<sup>1</sup> y la Cobertura G con deducible alto<sup>1</sup>. Esas coberturas están disponibles como **coberturas estándar únicamente**.

Las coberturas Medicare Select exigen que usted utilice hospitales Medicare Select que tengan contrato con Blue Cross and Blue Shield of Illinois en el caso de admisiones que no sean de emergencia para recibir cobertura para el deducible de la Parte A de Medicare. En el caso de una emergencia, el deducible de \$1,676 tiene cobertura en cualquier hospital en el que reciba atención. Solo algunos hospitales son prestadores de servicios médicos de la red conforme a esta póliza. Consulte con su médico para determinar si este tiene privilegios de admisión en un hospital de la red. Si no es así, es posible que usted deba acudir a otro médico al momento de la hospitalización o deberá pagar todos los gastos. Si se muda fuera del área de servicio, habrá una reducción en la cobertura y tendrá la oportunidad de contratar otra póliza suplementaria de Medicare de la misma aseguradora, que incluya beneficios comparables o menores a los que tenía, o contratar una póliza suplementaria de Medicare o Medicare Select de otra aseguradora para las coberturas A, B, C, F, K o L, en un plazo de 63 días desde la finalización de la cobertura.

## **INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMA**

Blue Cross and Blue Shield of Illinois solo puede aumentar su prima si aumentara la prima de todas las pólizas en el estado, tal y como lo hizo con la suya. No cambiaremos su prima ni cancelaremos su póliza por problemas de salud. Las primas cambian cuando cumple 65 años y cada año a partir de esa fecha hasta cumplir 100 años. Si su prima cambia, recibirá una notificación con al menos 30 días de anticipación.

### **Sexo**

Un factor que determinará su prima es su sexo. Cuando complete la solicitud, deberá seleccionar un sexo.

### **Consumidor de tabaco**

Un consumidor de tabaco es una persona que tiene autorización conforme a la ley estatal y federal para consumir tabaco legalmente (cuyo consumo no sea religioso o ceremonial) en un promedio de cuatro o más veces por semana, y que el último consumo haya ocurrido dentro de los últimos seis meses. Los productos de tabaco incluyen, entre otros, cigarrillos, cigarros, productos de tabaco sin humo, cigarrillos electrónicos, productos de tabaco solubles y cigarros electrónicos.

Si cumple con la definición de consumidor de tabaco, es posible que pague una prima más alta por su cobertura médica.

## **DESCUENTOS EN LAS PRIMAS**

Puede haber descuentos en las primas de Seguro Suplementario de Medicare de BCBSIL. Los criterios de elegibilidad se describen a continuación. Si es elegible para un descuento, este se aplicará a su próxima factura y permanecerá vigente, siempre y cuando cuente con el Seguro Suplementario de Medicare de BCBSIL. Los descuentos no se pueden combinar con otros; solo se permite un tipo de descuento por asegurado.

### **Descuento por hogar con varios asegurados**

Podría ser elegible para un descuento si reside con un cónyuge o pareja en unión libre/de hecho o si ha vivido con hasta tres adultos mayores de 60 años durante los últimos 12 meses. Se aplica a las pólizas suplementarias de Medicare de BCBSIL emitidas con fecha de entrada en vigor a partir del 1.º de mayo de 2019. El descuento es del 10%.

### **Descuento Continue with Blue<sup>SM</sup>**

Podría ser elegible para un descuento si se inscribió en cobertura de una póliza suplementaria de Medicare de BCBSIL emitida con una fecha de entrada en vigor a partir del 1.º de en Abril de 2022 y de una cobertura de seguro de salud individual o grupal comercial de Blue Cross and Blue Shield, y esa cobertura estuvo dentro del año de la entrada en vigor de su póliza suplementaria de Medicare de BCBSIL. El descuento es del 7%.

### **Blue Family Discount<sup>SM</sup>**

Podría ser elegible para un descuento si se inscribió en cobertura de una póliza suplementaria de Medicare de BCBSIL emitida con una fecha de entrada en vigor a partir estaba inscrito en 1.º de Abril de 2024 y cumple con los criterios para el descuento por hogar con varios asegurados Y el descuento de Continue with Blue. El descuento es del 12%.

---

## **DIVULGACIONES**

---

Utilice este esquema para comparar los beneficios y las primas entre pólizas.

### **LEA SU PÓLIZA MUY ATENTAMENTE**

Este es solo un esquema que describe las características más importantes de su póliza. La póliza es su contrato de seguro. Debe leer la póliza para entender todos los derechos y las obligaciones que les corresponden a usted y a su compañía de seguros.

### **DERECHO DE DEVOLUCIÓN DE SU PÓLIZA**

Si no se siente satisfecho con su póliza, puede devolverla a **Blue Medicare Supplement<sup>SM</sup>** c/o **Member Services, PO Box 3388 Scranton, PA 18505**. Si nos devuelve la póliza en el plazo de 30 días desde que la recibió, trataremos la póliza como si nunca se hubiera emitido y le devolveremos todos sus pagos.

### **REEMPLAZO DE PÓLIZA**

Si reemplazará otra póliza de seguro de gastos médicos, NO la cancele hasta que efectivamente reciba su nueva póliza y esté seguro de que quiere mantenerla.

### **AVISO**

Es posible que esta póliza no cubra completamente todos sus costos médicos. Ni Blue Cross and Blue Shield of Illinois ni sus agentes tienen conexión con Medicare. Este Esquema de cobertura no le brinda todos los detalles de la cobertura Medicare. Comuníquese con la Oficina del Seguro Social de su localidad o consulte el manual "Medicare y usted" para conocer más detalles.

### **LAS RESPUESTAS COMPLETAS SON MUY IMPORTANTES**

Revise la solicitud atentamente antes de firmarla. Asegúrese de que toda la información se haya registrado como corresponde.

## **DIVULGACIONES ADICIONALES DE MEDICARE SELECT**

### **PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR INCONFORMIDADES**

Nuestro objetivo es que usted se sienta 100% satisfecho con nuestra forma de procesar su cobertura. Si en algún momento no se siente completamente satisfecho con algún aspecto de los servicios que recibe, queremos estar al tanto de ello para poder corregirlo.

Si no está satisfecho con su cobertura Medicare Select, envíe todas sus inconformidades por escrito en el plazo de 60 días desde el momento del evento a: **Medicare Supplement Grievance Committee, P.O. Box 3004, Naperville, IL 60566-9747, o bien, por fax al (888) 235-2949.**

Nuestro Comité de Inconformidades revisará su inconformidad. Luego de revisar su inconformidad, le enviaremos una respuesta por correo postal en el plazo de 30 días desde la recepción de su correspondencia por escrito. Si necesitamos información adicional de una fuente externa, es posible que solicitemos 30 días adicionales para investigar, finalizar y responder su correspondencia. En ningún caso nos tomaremos más de 60 días para enviarle una respuesta completa.

Si la decisión de nuestro Comité de Inconformidades no le satisface, puede presentar una queja por escrito a **Illinois Insurance Department, 320 Washington Street, 4th Floor, Springfield, Illinois 62766, o bien, puede llamar al (217) 782-4515.**

### **CONTROL DE CALIDAD**

Como parte de nuestro programa de Control de calidad, todos los hospitales contratados deben cumplir con los estándares de Medicare.

Además, los hospitales deben cumplir con los criterios de contratación estipulados en el Acuerdo hospitalario.

Obligaciones de cada hospital: aceptar mantener su licencia estatal; aceptar mantener su estado de hospital de la red de Blue Cross and Blue Shield of Illinois; aceptar mantener su estado participante de Medicare; estar acreditado y mantener su acreditación de la Comisión Conjunta para la Acreditación de las Organizaciones de Atención Médica (JCAHO, en inglés) o de la Asociación Americana de Osteopatía (AOA, en inglés); y aceptar renunciar al deducible de la Parte A.

### **RESTRICCIONES HOSPITALARIAS DE MEDICARE SELECT**

Las Coberturas F, G, G Plus, K, L y N son pólizas Medicare Select actualmente disponibles si vive dentro de una distancia de 30 millas de un hospital que participe en Medicare Select. Los beneficios de la Parte A se pueden restringir si usted recibe servicios en un hospital que no es un hospital Medicare Select.

Los beneficios completos de su cobertura, excepto el coaseguro de la Cobertura K y L, se pagarán en cualquier lugar en una de las siguientes situaciones:

1. los servicios se proporcionan en el consultorio del médico, cualquier otro tipo de consultorio o en un centro de enfermería especializada;
2. los servicios son para síntomas que exigen atención médica de emergencia o son necesarios de inmediato debido a una enfermedad, lesión o problema médico imprevistos y no resulta razonable obtener dichos servicios en un hospital Medicare Select (como cuando se encuentra de viaje);
3. los servicios incluidos no están disponibles a través de un hospital Medicare Select.

# Cobertura A

## MEDICARE (PARTE A), SERVICIOS HOSPITALARIOS POR PERÍODO DE BENEFICIOS

Servicios	Medicare paga	La Cobertura A paga	Usted paga
<b>Hospitalización<sup>5</sup></b> Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,676	\$0	\$1,676 (Deducible de la Parte A)
Días 61 a 90	Todo, excepto \$419 por día	\$419 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$838 por día	\$838 por día	\$0
– 365 días adicionales una vez que los días de reserva de por vida se hayan utilizado	\$0	100% de los gastos elegibles para Medicare	\$0 <sup>6</sup>
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Atención en centros de enfermería especializada<sup>5</sup></b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una hospitalización durante al menos 3 días y la admisión a un centro aprobado por Medicare en el plazo de 30 días desde el alta hospitalaria			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$209.50 por día	\$0	Hasta \$209.50 por día
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>Atención en centros paliativos</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico	Todo copago o coaseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero son muy limitados.	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

<sup>5</sup> Un período de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente internado en un hospital, y finaliza luego de que ha recibido el alta hospitalaria y no ha recibido atención especializada en ningún otro centro durante 60 días consecutivos.

<sup>6</sup> AVISO: Cuando se agotan sus beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros ocupa el lugar de Medicare y pagará el monto que Medicare hubiera pagado por hasta 365 días adicionales, según lo estipulado en los "Beneficios principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle cualquier saldo basándose en la diferencia entre los cargos facturados y el monto que Medicare hubiera pagado.

# Cobertura A

## MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura A paga	Usted paga
<b>Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos</b> , como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y externos, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, y equipo médico duradero			
Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
<b>Cargos en exceso de la Parte B</b> (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
<b>Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico</b>	100%	\$0	\$0
<b>MEDICARE (PARTES A Y B)</b>			
Servicios	Medicare paga	La Cobertura A paga	Usted paga
<b>Servicios de atención médica en el hogar aprobados por Medicare</b>			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

<sup>7</sup> Una vez que le hayan facturado \$257 de los montos aprobados por Medicare por servicios incluidos, habrá alcanzado su deducible de la Parte B del año calendario.

# Cobertura F

## MEDICARE (PARTE A), SERVICIOS HOSPITALARIOS POR PERÍODO DE BENEFICIOS

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F paga	Usted paga
<b>Hospitalización<sup>5</sup></b> Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,676	\$1,676 (Deducible de la Parte A) <sup>4</sup>	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$419 por día	\$419 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$838 por día	\$838 por día	\$0
– 365 días adicionales una vez que los días de reserva de por vida se hayan utilizado	\$0	100% de los gastos elegibles para Medicare	\$0 <sup>6</sup>
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Atención en centros de enfermería especializada<sup>5</sup></b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una hospitalización durante al menos 3 días y la admisión a un centro aprobado por Medicare en el plazo de 30 días desde el alta hospitalaria			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$209.50 por día	Hasta \$209.50 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>Atención en centros paliativos</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico	Todo copago o coaseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero son muy limitados.	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

# Cobertura F

## MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F paga	Usted paga
<b>Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos,</b> como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y externos, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, y equipo médico duradero			
Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)	\$0
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
<b>Cargos en exceso de la Parte B</b> (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)	\$0
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
<b>Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico</b>	100%	\$0	\$0

## MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F paga	Usted paga
<b>Servicios de atención médica en el hogar aprobados por Medicare</b>			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)	\$0
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

# Cobertura F

## OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F paga	Usted paga
<b>Viajes al extranjero: Servicios sin cobertura de Medicare</b> Servicios de atención médica de emergencia médicamente necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU.			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80% para un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20% y los montos superiores al máximo de por vida de \$50,000

# Cobertura F Plus

## MEDICARE (PARTE A), SERVICIOS HOSPITALARIOS POR PERÍODO DE BENEFICIOS

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F Plus paga	Usted paga
<b>Hospitalización<sup>5</sup></b> Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,676	\$1,676 (Deducible de la Parte A) <sup>4</sup>	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$419 por día	\$419 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$838 por día	\$838 por día	\$0
– 365 días adicionales una vez que los días de reserva de por vida se hayan utilizado	\$0	100% de los gastos elegibles para Medicare	\$0 <sup>6</sup>
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Atención en centros de enfermería especializada<sup>5</sup></b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una hospitalización durante al menos 3 días y la admisión a un centro aprobado por Medicare en el plazo de 30 días desde el alta hospitalaria			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$209.50 por día	Hasta \$209.50 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>Atención en centros paliativos</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico	Todo copago o coaseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero son muy limitados.	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

# Cobertura F Plus

## MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F Plus paga	Usted paga
<b>Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos,</b> como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y externos, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, y equipo médico duradero			
Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)	\$0
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
<b>Cargos en exceso de la Parte B</b> (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)	\$0
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
<b>Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico</b>	100%	\$0	\$0

## MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F Plus paga	Usted paga
<b>Servicios de atención médica en el hogar aprobados por Medicare</b>			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)	\$0
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

# Cobertura F Plus

## OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F Plus paga	Usted paga
<b>Viajes al extranjero: Servicios sin cobertura de Medicare</b> Servicios de atención médica de emergencia médicamente necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU.			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80% para un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20% y los montos superiores al máximo de por vida de \$50,000

# Cobertura F Plus

## BENEFICIOS INNOVADORES

### SERVICIOS DENTALES

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F Plus paga	Usted paga
<b>Pruebas diagnósticas</b>			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
<b>Servicios preventivos</b>			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
<b>Radiografías diagnósticas</b>			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
<b>Servicios básicos de restauración<sup>8</sup></b>	\$0	50%	50%
<b>Extracciones no quirúrgicas</b>			
En la red	\$0	75%	25%
Fuera de la red	\$0	50%	50%

## BENEFICIOS INNOVADORES

### SERVICIOS PARA LA VISTA

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F Plus paga	Usted paga
<b>Examen anual de rutina</b>			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	Todo, excepto \$40	\$40
<b>Asignación para suministros</b>			
En la red	\$0	\$130	Saldo restante
Fuera de la red	\$0	\$65	Saldo restante

### SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN<sup>9</sup>

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F Plus paga	Usted paga
<b>Examen anual de rutina</b>	\$0	100%	\$0
<b>Descuentos para aparatos</b>	\$0	Generalmente, el 30%	Saldo restante

<sup>9</sup> Todos los servicios deben recibirse dentro de la red.

# Cobertura F con deducible alto

## MEDICARE (PARTE A), SERVICIOS HOSPITALARIOS POR PERÍODO DE BENEFICIOS

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,870 <sup>1</sup> , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,870 <sup>1</sup> , usted paga
<b>Hospitalización<sup>5</sup></b> Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,676	\$1,676 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$419 por día	\$419 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$838 por día	\$838 por día	\$0
– 365 días adicionales una vez que los días de reserva de por vida se hayan utilizado	\$0	100% de los gastos elegibles para Medicare	\$0 <sup>6</sup>
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Atención en centros de enfermería especializada<sup>5</sup></b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una hospitalización durante al menos 3 días y la admisión a un centro aprobado por Medicare en el plazo de 30 días desde el alta hospitalaria			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$209.50 por día	Hasta \$209.50 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>Atención en centros paliativos</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico	Todo copago o coaseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero son muy limitados.	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

# Cobertura F con deducible alto

## MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,870 <sup>1</sup> , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,870 <sup>1</sup> , usted paga
<b>Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos</b> , como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y externos, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, y equipo médico duradero			
Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)	\$0
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
<b>Cargos en exceso de la Parte B</b> (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)	\$0
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
<b>Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico</b>	100%	\$0	\$0

## MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,870 <sup>1</sup> , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,870 <sup>1</sup> , usted paga
<b>Servicios de atención médica en el hogar aprobados por Medicare</b>			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)	\$0
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

# Cobertura F con deducible alto

## OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,870 <sup>1</sup> , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,870 <sup>1</sup> , usted paga
<p><b>Viajes al extranjero: Servicios sin cobertura de Medicare</b>                      Servicios de atención médica de emergencia médicamente necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU.</p>			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80% para un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20% y los montos superiores al máximo de por vida de \$50,000

# Cobertura G

## MEDICARE (PARTE A), SERVICIOS HOSPITALARIOS POR PERÍODO DE BENEFICIOS

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G paga	Usted paga
<b>Hospitalización<sup>5</sup></b> Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,676	\$1,676 (Deducible de la Parte A) <sup>4</sup>	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$419 por día	\$419 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$838 por día	\$838 por día	\$0
– 365 días adicionales una vez que los días de reserva de por vida se hayan utilizado	\$0	100% de los gastos elegibles para Medicare	\$0 <sup>6</sup>
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Atención en centros de enfermería especializada<sup>5</sup></b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una hospitalización durante al menos 3 días y la admisión a un centro aprobado por Medicare en el plazo de 30 días desde el alta hospitalaria			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$209.50 por día	Hasta \$209.50 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>Atención en centros paliativos</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico	Todo copago o coaseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero son muy limitados.	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

# Cobertura G

## MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G paga	Usted paga
<b>Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos</b> , como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y externos, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, y equipo médico duradero			
Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
<b>Cargos en exceso de la Parte B</b> (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
<b>Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico</b>	100%	\$0	\$0

## MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G paga	Usted paga
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

# Cobertura G

## OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G paga	Usted paga
<b>Viajes al extranjero: Servicios sin cobertura de Medicare</b> Servicios de atención médica de emergencia médicamente necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU.			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80% para un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20% y los montos superiores al máximo de por vida de \$50,000

# Cobertura G con deducible alto

## MEDICARE (PARTE A), SERVICIOS HOSPITALARIOS POR PERÍODO DE BENEFICIOS

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,870 <sup>1</sup> , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,870 <sup>1</sup> , usted paga
<b>Hospitalización<sup>5</sup></b> Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,676	\$1,676 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$419 por día	\$419 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$838 por día	\$838 por día	\$0
– 365 días adicionales una vez que los días de reserva de por vida se hayan utilizado	\$0	100% de los gastos elegibles para Medicare	\$0 <sup>6</sup>
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Atención en centros de enfermería especializada<sup>5</sup></b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una hospitalización durante al menos 3 días y la admisión a un centro aprobado por Medicare en el plazo de 30 días desde el alta hospitalaria			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$209.50 por día	Hasta \$209.50 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>Atención en centros paliativos</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico	Todo copago o coaseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero son muy limitados.	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

# Cobertura G con deducible alto

## MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,870 <sup>1</sup> , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,870 <sup>1</sup> , usted paga
<b>Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos</b> , como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y externos, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, y equipo médico duradero			
Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
<b>Cargos en exceso de la Parte B</b> (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
<b>Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico</b>	100%	\$0	\$0

## MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,870 <sup>1</sup> , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,870 <sup>1</sup> , usted paga
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

# Cobertura G con deducible alto

## OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

<b>Viajes al extranjero: Servicios sin cobertura de Medicare</b> Servicios de atención médica de emergencia médicamente necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU.			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80% para un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20% y los montos superiores al máximo de por vida de \$50,000

# Cobertura G Plus

## MEDICARE (PARTE A), SERVICIOS HOSPITALARIOS POR PERÍODO DE BENEFICIOS

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
<b>Hospitalización<sup>5</sup></b> Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,676	\$1,676 (Deducible de la Parte A) <sup>4</sup>	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$419 por día	\$419 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$838 por día	\$838 por día	\$0
– 365 días adicionales, una vez que los días de reserva de por vida se hayan utilizado	\$0	100% de los gastos elegibles para Medicare	\$0 <sup>6</sup>
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Atención en centros de enfermería especializada<sup>5</sup></b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una hospitalización durante al menos 3 días y la admisión a un centro aprobado por Medicare en el plazo de 30 días desde el alta hospitalaria			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$209.50 por día	Hasta \$209.50 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>Atención en centros paliativos</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico	Todo copago o coaseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero son muy limitados	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

# Cobertura G Plus

## MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
<b>Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos,</b> como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y externos, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, y equipo médico duradero			
Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
<b>Cargos en exceso de la Parte B</b> (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
<b>Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas diagnósticas</b>	100%	\$0	\$0
<b>MEDICARE (PARTES A Y B)</b>			
Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

# Cobertura G Plus

## OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
<b>Viajes al extranjero:</b> <b>Servicios sin cobertura de Medicare</b> Servicios de atención médica de emergencia médicamente necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU.			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80% para un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20% y los montos superiores al máximo de por vida de \$50,000

<sup>8</sup> Una vez por diente por año calendario.

# Cobertura G Plus

## BENEFICIOS INNOVADORES

### SERVICIOS DENTALES

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
<b>Pruebas diagnósticas</b>			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
<b>Servicios preventivos</b>			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
<b>Radiografías diagnósticas</b>			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
<b>Servicios básicos de restauración<sup>8</sup></b>	\$0	50%	50%
<b>Extracciones no quirúrgicas</b>			
En la red	\$0	75%	25%
Fuera de la red	\$0	50%	50%

## BENEFICIOS INNOVADORES

### SERVICIOS PARA LA VISTA

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
<b>Examen anual de rutina</b>			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	Todo, excepto \$40	\$40
<b>Asignación para suministros</b>			
En la red	\$0	\$130	Saldo restante
Fuera de la red	\$0	\$65	Saldo restante

### SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN<sup>9</sup>

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
<b>Examen anual de rutina</b>	\$0	100%	\$0
<b>Descuentos para aparatos</b>	\$0	Generalmente, el 30%	Saldo restante

<sup>9</sup> Todos los servicios deben recibirse dentro de la red.

# Cobertura G Plus con deducible alto

## MEDICARE (PARTE A), SERVICIOS HOSPITALARIOS POR PERÍODO DE BENEFICIOS

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible <sup>1</sup> de \$2,870, la Cobertura G Plus paga	Además del deducible <sup>1</sup> de \$2,870, usted paga
<b>Hospitalización<sup>5</sup></b> Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,676	\$1,676 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$419 por día	\$419 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$838 por día	\$838 por día	\$0
– 365 días adicionales, una vez que los días de reserva de por vida se hayan utilizado	\$0	100% de los gastos elegibles para Medicare	\$0 <sup>6</sup>
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Atención en centros de enfermería especializada<sup>5</sup></b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una hospitalización durante al menos 3 días y la admisión a un centro aprobado por Medicare en el plazo de 30 días desde el alta hospitalaria			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$209.50 por día	Hasta \$209.50 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>Atención en centros paliativos</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico	Todo copago o coaseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero son muy limitados	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

# Cobertura G Plus con deducible alto

## MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible <sup>1</sup> de \$2,870, la Cobertura G Plus paga	Además del deducible <sup>1</sup> de \$2,870, usted paga
<b>Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos,</b> como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y externos, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, y equipo médico duradero			
Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
<b>Cargos en exceso de la Parte B</b> (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
<b>Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico</b>	100%	\$0	\$0

## MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible <sup>1</sup> de \$2,870, la Cobertura G Plus paga	Además del deducible <sup>1</sup> de \$2,870, usted paga
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
–Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

# Cobertura G Plus con deducible alto

## OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible <sup>1</sup> de \$2,870, la Cobertura G Plus paga	Además del deducible <sup>1</sup> de \$2,870, usted paga
<b>Viajes al extranjero:</b> <b>Servicios sin cobertura de Medicare</b> Servicios de atención médica de emergencia médicamente necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU.			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80% para un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20% y los montos superiores al máximo de por vida de \$50,000

<sup>8</sup> Una vez por diente por año calendario.

# Cobertura G Plus con deducible alto

## BENEFICIOS INNOVADORES

### SERVICIOS DENTALES

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
<b>Pruebas diagnósticas</b>			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
<b>Servicios preventivos</b>			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
<b>Radiografías diagnósticas</b>			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
<b>Servicios básicos de restauración<sup>8</sup></b>	\$0	50%	50%
<b>Extracciones no quirúrgicas</b>			
En la red	\$0	75%	25%
Fuera de la red	\$0	50%	50%

## BENEFICIOS INNOVADORES

### SERVICIOS PARA LA VISTA

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
<b>Examen anual de rutina</b>			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	Todo, excepto \$40	\$40
<b>Asignación para suministros</b>			
En la red	\$0	\$130	Saldo restante
Fuera de la red	\$0	\$65	Saldo restante

### SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN<sup>9</sup>

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
<b>Examen anual de rutina</b>	\$0	100%	\$0
<b>Descuentos para aparatos</b>	\$0	Generalmente, el 30%	Saldo restante

<sup>9</sup> Todos los servicios deben recibirse dentro de la red.

# Cobertura N

## MEDICARE (PARTE A), SERVICIOS HOSPITALARIOS POR PERÍODO DE BENEFICIOS

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
<b>Hospitalización<sup>5</sup></b> Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,676	\$1,676 (Deducible de la Parte A) <sup>4</sup>	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$419 por día	\$419 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$838 por día	\$838 por día	\$0
– 365 días adicionales una vez que los días de reserva de por vida se hayan utilizado	\$0	100% de los gastos elegibles para Medicare	\$0 <sup>6</sup>
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Atención en centros de enfermería especializada<sup>5</sup></b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una hospitalización durante al menos 3 días y la admisión a un centro aprobado por Medicare en el plazo de 30 días desde el alta hospitalaria			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$209.50 por día	Hasta \$209.50 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>Atención en centros paliativos</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación del médico de enfermedad terminal	Todo copago o coaseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero son muy limitados.	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

# Cobertura N

## MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
<b>Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos</b> , como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y externos, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, y equipo médico duradero			
Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Saldo, además de hasta \$20 por consulta presencial y hasta \$50 por acudir a salas de emergencias. No se aplica el copago de hasta \$50 si el asegurado es ingresado a cualquier hospital y la consulta de emergencia tiene cobertura como gasto de la Parte A de Medicare.	Hasta \$20 por consulta presencial y hasta \$50 por consulta médica en salas de emergencias. No se aplica el copago de hasta \$50 si el asegurado es ingresado a cualquier hospital y la consulta de emergencia tiene cobertura como gasto de la Parte A de Medicare.
<b>Cargos en exceso de la Parte B</b> (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
<b>Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico</b>	100%	\$0	\$0

# Cobertura N

## MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
<b>Servicios de atención médica en el hogar aprobados por Medicare</b>			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

## OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
<b>Viajes al extranjero: Servicios sin cobertura de Medicare</b> Servicios de atención médica de emergencia médicamente necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU.			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80% para un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20% y los montos superiores al máximo de por vida de \$50,000

# Cobertura N Plus

## MEDICARE (PARTE A), SERVICIOS HOSPITALARIOS POR PERÍODO DE BENEFICIOS

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N Plus paga	Usted paga
<b>Hospitalización<sup>5</sup></b> Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,676	\$1,676 (Deducible de la Parte A) <sup>4</sup>	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$419 por día	\$419 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$838 por día	\$838 por día	\$0
– 365 días adicionales una vez que los días de reserva de por vida se hayan utilizado	\$0	100% de los gastos elegibles para Medicare	\$0 <sup>6</sup>
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Atención en centros de enfermería especializada<sup>5</sup></b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una hospitalización durante al menos 3 días y la admisión a un centro aprobado por Medicare en el plazo de 30 días desde el alta hospitalaria			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$209.50 por día	Hasta \$209.50 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>Atención en centros paliativos</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación del médico de enfermedad terminal	Todo copago o coaseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero son muy limitados.	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

# Cobertura N Plus

## MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N Plus paga	Usted paga
<b>Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos</b> , como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y externos, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, y equipo médico duradero			
Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Saldo, además de hasta \$20 por consulta presencial y hasta \$50 por acudir a salas de emergencias. No se aplica el copago de hasta \$50 si el asegurado es ingresado a cualquier hospital y la consulta de emergencia tiene cobertura como gasto de la Parte A de Medicare.	Hasta \$20 por consulta presencial y hasta \$50 por consulta médica en salas de emergencias. No se aplica el copago de hasta \$50 si el asegurado es ingresado a cualquier hospital y la consulta de emergencia tiene cobertura como gasto de la Parte A de Medicare.
<b>Cargos en exceso de la Parte B</b> (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
<b>Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico</b>	100%	\$0	\$0

# Cobertura N Plus

## MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N Plus paga	Usted paga
<b>Servicios de atención médica en el hogar aprobados por Medicare</b>			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$257 de los montos aprobados por Medicare <sup>7</sup>	\$0	\$0	\$257 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

## OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N Plus paga	Usted paga
<b>Viajes al extranjero: Servicios sin cobertura de Medicare</b> Servicios de atención médica de emergencia médicamente necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU.			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80% para un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20% y los montos superiores al máximo de por vida de \$50,000

# Cobertura N Plus

## BENEFICIOS INNOVADORES

### SERVICIOS DENTALES

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N Plus paga	Usted paga
<b>Pruebas diagnósticas</b>			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
<b>Servicios preventivos</b>			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
<b>Radiografías diagnósticas</b>			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
<b>Servicios básicos de restauración<sup>8</sup></b>	\$0	50%	50%
<b>Extracciones no quirúrgicas</b>			
En la red	\$0	75%	25%
Fuera de la red	\$0	50%	50%

## BENEFICIOS INNOVADORES

### SERVICIOS PARA LA VISTA

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N Plus paga	Usted paga
<b>Examen anual de rutina</b>			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	Todo, excepto \$40	\$40
<b>Asignación para suministros</b>			
En la red	\$0	\$130	Saldo restante
Fuera de la red	\$0	\$65	Saldo restante

### SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN<sup>9</sup>

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N Plus paga	Usted paga
<b>Examen anual de rutina</b>	\$0	100%	\$0
<b>Descuentos para aparatos</b>	\$0	Generalmente, el 30%	Saldo restante

<sup>9</sup> Todos los servicios deben recibirse dentro de la red.

Información importante sobre cotizaciones para la póliza suplementaria de Medicare. Los precios cotizados se basan en los criterios especificados durante su búsqueda. Esta ilustración está sujeta a la clasificación o suscripción y la aprobación de Blue Cross and Blue Shield of Illinois, según corresponda, y no garantiza tasas, cobertura ni fecha de entrada en vigor. Además, las tasas están sujetas a modificaciones si alguna parte de la información que proporcionó cambia cuando se aprueba la póliza, en caso de que esto ocurra. Además, Blue Cross and Blue Shield of Illinois se reserva el derecho de cambiar las tasas ocasionalmente. No está relacionado con el programa Medicare federal o gobierno de los EE. UU., ni cuenta con su patrocinio.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare.