



Este cuadro muestra los beneficios incluidos en cada cobertura suplementaria de Medicare estándar. Todas las compañías deben ofrecer la Cobertura "A". 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.

BENEFICIOS BÁSICOS:

- Hospitalización: Coaseguro de la Parte A más cobertura durante 365 días adicionales luego de que finalicen los beneficios de Medicare.
- Gastos médicos: Coaseguro de la Parte B (generalmente, el 20% de los gastos aprobados por Medicare) o copagos para servicios hospitalarios para pacientes externos. Las Coberturas K³, L³ y N exigen que los asegurados paguen una parte del coaseguro o los copagos de la Parte B.
- Sangre: Las primeras 3 pintas de sangre cada año.
- Centros paliativos: Coaseguro de la Parte A.

A	Beneficios básicos, coaseguro del 100% de la Parte B incluido						
B	Beneficios básicos, coaseguro del 100% de la Parte B incluido		Deducible de la Parte A				
D	Beneficios básicos, coaseguro del 100% de la Parte B incluido	Coaseguro por atención en centros de enfermería especializada	Deducible de la Parte A			Emergencias en viajes al extranjero	
G G¹	Beneficios básicos, coaseguro del 100% de la Parte B incluido	Coaseguro por atención en centros de enfermería especializada	Deducible de la Parte A		Exceso de la Parte B (100%)	Emergencias en viajes al extranjero	
K³	La hospitalización y la atención médica preventiva se pagan al 100%; otros beneficios básicos se pagan al 50%	Coaseguro del 50% por atención en centros de enfermería especializada	Deducible del 50% de la Parte A				Límite de \$6,940 en gastos de bolsillo ⁴ ; se paga al 100% luego de alcanzar el límite
L³	La hospitalización y la atención médica preventiva se pagan al 100%; otros beneficios básicos se pagan al 75%	Coaseguro del 75% por atención en centros de enfermería especializada	Deducible del 75% de la Parte A				Límite de \$3,470 en gastos de bolsillo ⁴ ; se paga al 100% luego de alcanzar el límite
M	Beneficios básicos, coaseguro del 100% de la Parte B incluido	Coaseguro por atención en centros de enfermería especializada	Deducible del 50% de la Parte A			Emergencias en viajes al extranjero	
N	Beneficios básicos, coaseguro del 100% de la Parte B incluido, excepto copago de hasta \$20 por consulta presencial y de hasta \$50 por acudir a salas de emergencias	Coaseguro por atención en centros de enfermería especializada	Deducible de la Parte A			Emergencias en viajes al extranjero	

Solo disponible si cumple con los requisitos para Medicare antes de 2020

C	Beneficios básicos, coaseguro del 100% de la Parte B incluido	Coaseguro por atención en centros de enfermería especializada	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte B		Emergencias en viajes al extranjero	
F F¹	Beneficios básicos, coaseguro del 100% de la Parte B incluido ¹	Coaseguro por atención en centros de enfermería especializada	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte B	Exceso de la Parte B (100%)	Emergencias en viajes al extranjero	

¹ Estas coberturas con deducible alto pagan los mismos beneficios que las Coberturas F y G luego de que se haya pagado un deducible de \$2,700 por año calendario. Los beneficios de las Coberturas F y G, con deducible alto, no comenzarán hasta que los gastos de bolsillo sean de \$2,700. Los gastos de bolsillo de este deducible son gastos que generalmente la aseguradora pagaría. Esto incluye los deducibles de Medicare para la Parte A y la Parte B, pero no incluye el deducible adicional para casos de emergencia durante viajes al extranjero.

³ Las Coberturas K y L tienen gastos compartidos para artículos y servicios diferentes de las demás coberturas que ofrecemos. Los montos que se toman en cuenta para el límite anual están marcados con un asterisco (*). Una vez que alcance el límite anual, la aseguradora paga el 100% de su copago y coaseguro de Medicare durante el resto del año calendario. El límite de gasto anual de bolsillo NO incluye cargos de su prestador de servicios médicos que superen los montos aprobados por Medicare, llamados "cargos en exceso". Usted será responsable de pagar los cargos en exceso.

⁴ El límite de gasto anual de bolsillo aumentará todos los años por la inflación.

Tasas de la prima mensual, vigentes a partir del 1.º de abril de 2023

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.

65 años				
	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$122.12	\$111.02	\$140.37	\$127.62
F	\$167.00	\$151.83	\$191.97	\$174.52
G	\$140.72	\$127.93	\$161.74	\$147.04
N	\$119.74	\$108.86	\$137.64	\$125.13

66 años				
	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$122.12	\$111.02	\$140.37	\$127.62
F	\$167.00	\$151.83	\$191.97	\$174.52
G	\$140.72	\$127.93	\$161.74	\$147.04
N	\$119.74	\$108.86	\$137.64	\$125.13

67 años				
	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$122.12	\$111.02	\$140.37	\$127.62
F	\$167.00	\$151.83	\$191.97	\$174.52
G	\$140.72	\$127.93	\$161.74	\$147.04
N	\$119.74	\$108.86	\$137.64	\$125.13

68 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$128.59	\$116.90	\$147.79	\$134.37
F	\$173.66	\$157.88	\$199.61	\$181.46
G	\$147.99	\$134.54	\$170.11	\$154.64
N	\$126.18	\$114.72	\$145.05	\$131.87

69 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$135.78	\$123.44	\$156.06	\$141.88
F	\$181.79	\$165.27	\$208.95	\$189.96
G	\$156.08	\$141.89	\$179.41	\$163.10
N	\$133.55	\$121.42	\$153.52	\$139.57

70 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$142.96	\$129.97	\$164.32	\$149.38
F	\$190.65	\$173.32	\$219.15	\$199.23
G	\$164.97	\$149.98	\$189.63	\$172.39
N	\$140.93	\$128.12	\$161.99	\$147.26

71 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$150.14	\$136.49	\$172.57	\$156.89
F	\$200.26	\$182.06	\$230.18	\$209.26
G	\$173.87	\$158.07	\$199.85	\$181.68
N	\$148.30	\$134.82	\$170.45	\$154.96

72 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$156.60	\$142.37	\$180.01	\$163.65
F	\$209.87	\$190.80	\$241.23	\$219.30
G	\$182.77	\$166.16	\$210.08	\$190.98
N	\$155.66	\$141.51	\$178.92	\$162.66

73 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$163.06	\$148.24	\$187.43	\$170.40
F	\$218.73	\$198.85	\$251.43	\$228.57
G	\$190.85	\$173.50	\$219.37	\$199.43
N	\$163.04	\$148.22	\$187.40	\$170.37

74 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$168.81	\$153.47	\$194.05	\$176.41
F	\$227.61	\$206.92	\$261.61	\$237.83
G	\$198.94	\$180.86	\$228.67	\$207.89
N	\$170.41	\$154.92	\$195.87	\$178.07

75 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$174.56	\$158.69	\$200.65	\$182.42
F	\$236.47	\$214.98	\$271.80	\$247.10
G	\$207.03	\$188.21	\$237.96	\$216.33
N	\$177.78	\$161.62	\$204.34	\$185.77

76 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$179.59	\$163.27	\$206.42	\$187.66
F	\$244.59	\$222.37	\$281.15	\$255.60
G	\$215.12	\$195.56	\$247.26	\$224.79
N	\$184.22	\$167.48	\$211.75	\$192.50

77 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$184.62	\$167.84	\$212.21	\$192.92
F	\$252.72	\$229.75	\$290.50	\$264.09
G	\$222.39	\$202.17	\$255.62	\$232.39
N	\$190.67	\$173.34	\$219.16	\$199.24

78 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$188.93	\$171.76	\$217.16	\$197.42
F	\$260.11	\$236.47	\$299.00	\$271.81
G	\$229.67	\$208.79	\$263.99	\$240.00
N	\$197.11	\$179.20	\$226.58	\$205.98

79 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$192.52	\$175.03	\$221.29	\$201.17
F	\$267.51	\$243.19	\$307.49	\$279.54
G	\$236.14	\$214.68	\$271.43	\$246.76
N	\$203.56	\$185.06	\$233.99	\$212.72

80 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$197.84	\$179.85	\$227.40	\$206.73
F	\$274.54	\$249.59	\$315.57	\$286.88
G	\$242.70	\$220.64	\$278.97	\$253.61
N	\$209.23	\$190.21	\$240.49	\$218.62

81 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$203.04	\$184.59	\$233.38	\$212.17
F	\$281.41	\$255.83	\$323.45	\$294.05
G	\$249.10	\$226.46	\$286.33	\$260.30
N	\$214.75	\$195.23	\$246.84	\$224.40

82 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$208.11	\$189.20	\$239.22	\$217.47
F	\$288.11	\$261.92	\$331.15	\$301.05
G	\$255.35	\$232.14	\$293.49	\$266.82
N	\$220.14	\$200.13	\$253.04	\$230.04

83 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$213.07	\$193.70	\$244.91	\$222.65
F	\$294.63	\$267.84	\$338.65	\$307.87
G	\$261.46	\$237.69	\$300.52	\$273.21
N	\$225.39	\$204.90	\$259.06	\$235.51

84 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$217.90	\$198.10	\$250.46	\$227.70
F	\$300.98	\$273.62	\$345.96	\$314.51
G	\$267.38	\$243.08	\$307.34	\$279.40
N	\$230.51	\$209.55	\$264.96	\$240.87

85 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$222.60	\$202.36	\$255.86	\$232.61
F	\$307.18	\$279.26	\$353.07	\$320.98
G	\$273.16	\$248.33	\$313.98	\$285.44
N	\$235.49	\$214.09	\$270.68	\$246.08

86 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$227.18	\$206.53	\$261.12	\$237.39
F	\$313.20	\$284.73	\$359.99	\$327.27
G	\$278.78	\$253.44	\$320.44	\$291.31
N	\$240.33	\$218.49	\$276.25	\$251.13

87 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$231.63	\$210.58	\$266.25	\$242.04
F	\$319.06	\$290.06	\$366.73	\$333.40
G	\$284.25	\$258.42	\$326.74	\$297.03
N	\$245.05	\$222.78	\$281.67	\$256.07

88 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$235.96	\$214.52	\$271.23	\$246.58
F	\$324.74	\$295.22	\$373.26	\$339.33
G	\$289.56	\$263.24	\$332.84	\$302.58
N	\$249.63	\$226.94	\$286.94	\$260.85

89 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$240.18	\$218.35	\$276.07	\$250.98
F	\$330.27	\$300.25	\$379.63	\$345.12
G	\$294.71	\$267.92	\$338.75	\$307.96
N	\$254.07	\$230.98	\$292.04	\$265.49

90 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$244.25	\$222.05	\$280.75	\$255.23
F	\$335.62	\$305.12	\$385.78	\$350.71
G	\$299.73	\$272.48	\$344.52	\$313.20
N	\$258.38	\$234.90	\$296.99	\$270.00

91 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$248.22	\$225.66	\$285.31	\$259.37
F	\$340.81	\$309.83	\$391.73	\$356.13
G	\$304.56	\$276.88	\$350.07	\$318.25
N	\$262.57	\$238.70	\$301.80	\$274.36

92 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$252.04	\$229.14	\$289.72	\$263.38
F	\$345.83	\$314.40	\$397.52	\$361.38
G	\$309.24	\$281.13	\$355.46	\$323.15
N	\$266.60	\$242.37	\$306.43	\$278.58

93 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$255.77	\$232.52	\$293.98	\$267.26
F	\$350.68	\$318.81	\$403.08	\$366.44
G	\$313.77	\$285.25	\$360.66	\$327.88
N	\$270.51	\$245.92	\$310.92	\$282.66

94 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$259.35	\$235.77	\$298.10	\$271.00
F	\$355.36	\$323.06	\$408.46	\$371.33
G	\$318.15	\$289.23	\$365.69	\$332.45
N	\$274.28	\$249.35	\$315.27	\$286.61

95 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$262.82	\$238.93	\$302.09	\$274.63
F	\$359.88	\$327.17	\$413.66	\$376.06
G	\$322.37	\$293.07	\$370.54	\$336.86
N	\$277.90	\$252.64	\$319.43	\$290.40

96 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$266.16	\$241.97	\$305.93	\$278.13
F	\$364.22	\$331.12	\$418.66	\$380.60
G	\$326.43	\$296.76	\$375.21	\$341.10
N	\$281.41	\$255.83	\$323.47	\$294.06

97 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$269.38	\$244.90	\$309.63	\$281.49
F	\$368.43	\$334.93	\$423.48	\$384.98
G	\$330.33	\$300.30	\$379.70	\$345.18
N	\$284.77	\$258.89	\$327.33	\$297.57

98 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$272.47	\$247.71	\$313.19	\$284.72
F	\$372.42	\$338.57	\$428.08	\$389.17
G	\$334.07	\$303.71	\$384.00	\$349.10
N	\$288.00	\$261.82	\$331.04	\$300.95

99 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$275.44	\$250.40	\$316.59	\$287.81
F	\$376.28	\$342.08	\$432.50	\$393.19
G	\$337.67	\$306.98	\$388.13	\$352.85
N	\$291.11	\$264.65	\$334.60	\$304.19

Más de 100 años

	MUJER		HOMBRE	
	Estándar		Estándar	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$278.27	\$252.98	\$319.86	\$290.79
F	\$379.95	\$345.41	\$436.74	\$397.04
G	\$341.11	\$310.10	\$392.08	\$356.44
N	\$294.06	\$267.33	\$338.01	\$307.28

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.

INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMA

Blue Cross and Blue Shield of Illinois solo puede aumentar su prima si aumentara la prima de todas las pólizas como la suya en este estado. 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 el sexo. Cuando complete la solicitud, deberá seleccionar el 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 otros; solo se permite un tipo de descuento por asegurado. El porcentaje de descuento es el mismo para cada tipo de descuento.

Descuento por hogar con varios asegurados

Usted y al menos una o más personas residen en el mismo hogar y ambos tienen una póliza de Seguro Suplementario de Medicare de BCBSIL. Se aplica a las pólizas de Seguro Suplementario de Medicare de BCBSIL que entraron en vigor el 1.o de mayo de 2019 o en una fecha posterior.

Descuento por tener cobertura con Blue Cross and Blue Shield

Usted tuvo cobertura comercial grupal a través del empleo o cobertura de un seguro médico particular de Blue Cross and Blue Shield que fue emitida en Illinois, Montana, Nuevo México, Oklahoma o Texas y esa cobertura estuvo vigente dentro de un año desde que la póliza de Seguro Suplementario de Medicare de BCBSIL entró en vigor. Se aplica a las pólizas de Seguro Suplementario de Medicare de BCBSIL que entraron en vigor el 1.o de abril de 2022 o en una fecha posterior.

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 le 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 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 remplazará 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 "Medicare y usted" para conocer más detalles.

LAS RESPUESTAS COMPLETAS SON MUY IMPORTANTES

Cuando llene la solicitud para la nueva póliza, asegúrese de que toda la información de su historial médico y de salud es veraz y completa como corresponde. La aseguradora puede cancelar su póliza y rehusar pagar cualquier reclamación si omite o falsifica información médica importante. 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 B, C, F, G, K, L y N son pólizas Medicare Select actualmente disponibles si vive a una distancia máxima 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
Hospitalización⁵ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,600	\$0	\$1,600 (Deducible de la Parte A)
Días 61 a 90	Todo, excepto \$400 por día	\$400 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$800 por día	\$800 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 ⁶
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada⁵ 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 \$200 por día	\$0	Hasta \$200 por día
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
Sangre			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
Atención en centros paliativos 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

⁵ 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.

⁶ 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
Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos , 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 \$226 de los montos aprobados por Medicare ⁷	\$0	\$0	\$226 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	\$0	Todos los gastos
Sangre			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$226 de los montos aprobados por Medicare ⁷	\$0	\$0	\$226 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico	100%	\$0	\$0

MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	La Cobertura A paga	Usted paga
Servicios de atención médica en el hogar aprobados por Medicare			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$226 de los montos aprobados por Medicare ⁷	\$0	\$0	\$226 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

⁷ Una vez que le hayan facturado \$226 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
Hospitalización⁵ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,600	\$1,600 (Deducible de la Parte A) ²	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$400 por día	\$400 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$800 por día	\$800 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 ⁶
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada⁵ 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 \$200 por día	Hasta \$200 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
Sangre			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
Atención en centros paliativos 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
Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos, 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 \$226 de los montos aprobados por Medicare ⁷	\$0	\$226 (Deducible de la Parte B)	\$0
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
Sangre			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$226 de los montos aprobados por Medicare ⁷	\$0	\$226 (Deducible de la Parte B)	\$0
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico	100%	\$0	\$0

MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F paga	Usted paga
Servicios de atención médica en el hogar aprobados por Medicare			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$226 de los montos aprobados por Medicare ⁷	\$0	\$226 (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
Viajes al extranjero: Servicios sin cobertura de Medicare 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

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G paga	Usted paga
Hospitalización⁵ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,600	\$1,600 (Deducible de la Parte A) ²	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$400 por día	\$400 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$800 por día	\$800 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 ⁶
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada⁵ 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 \$200 por día	Hasta \$200 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
Sangre			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
Atención en centros paliativos 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
Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos , 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 \$226 de los montos aprobados por Medicare ⁷	\$0	\$0	\$226 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
Sangre			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$226 de los montos aprobados por Medicare ⁷	\$0	\$0	\$226 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico	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 \$226 de los montos aprobados por Medicare ⁷	\$0	\$0	\$226 (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
Viajes al extranjero: Servicios sin cobertura de Medicare 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

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
Hospitalización⁵ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,600	\$1,600 (Deducible de la Parte A) ²	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$400 por día	\$400 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$800 por día	\$800 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 ⁶
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada⁵ 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 \$200 por día	Hasta \$200 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
Sangre			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
Atención en centros paliativos 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
Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos , 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 \$226 de los montos aprobados por Medicare ⁷	\$0	\$0	\$226 (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.
Cargos en exceso de la Parte B (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	\$0	Todos los gastos
Sangre			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$226 de los montos aprobados por Medicare ⁷	\$0	\$0	\$226 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico	100%	\$0	\$0

Cobertura N

MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
Servicios de atención médica en el hogar aprobados por Medicare			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$226 de los montos aprobados por Medicare ⁷	\$0	\$0	\$226 (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
Viajes al extranjero: Servicios sin cobertura de Medicare 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

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, que se refiere a HCSC Insurance Services Company (HISC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare.