

**RESUMEN DE COBERTURA SUPLEMENTARIA A MEDICARE – Página principal**  
**Planes BlueMedicare Select Suplementarios a Medicare B, C, D, M**

**Carta de Beneficios con Planes Suplementarios a Medicare vendidos después del 1 de Enero de 2023**

**Aviso al comprador:** Es posible que esta póliza no cubran todos los gastos asociados con la atención médica en que incurra el comprador durante el periodo de cobertura. Es aconsejable que el comprador lea con atención todas las limitaciones de la póliza.

Beneficios	Planes disponibles para todos los solicitantes								Elegible para Medicare antes del 2020 solamente+	
	A	Select B	Select D	G <sup>1</sup>	K	L	Select M	N	Select C	F <sup>1</sup>
									C	
Coseguro de Medicare Parte A y cobertura hospitalaria (hasta 365 días adicionales después de que se agotan los beneficios de Medicare)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Coseguro o copago de Medicare Parte B	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓ aplica el copago <sup>3</sup>	✓	✓
Sangre (primeras 3 pintas)	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓	✓	✓
Coseguro o copago para atención en hospicio de la Parte A	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓	✓	✓
Coseguro para centro de enfermería especializada			✓	✓	50%	75%	✓	✓	✓	✓
Deducible de la parte A de Medicare		✓	✓	✓	50%	75%	50%	✓	✓	✓
Deducible de la Parte B de Medicare									✓	✓
Cargos en exceso de la Parte B de Medicare				✓						✓
Emergencia durante un viaje al extranjero (hasta los límites del plan)			✓	✓			✓	✓	✓	✓
Límite de gastos a su cargo en 2023 <sup>2</sup>					\$6,940 <sup>2</sup>	\$3,470 <sup>2</sup>				

**Nota:** El ✓ significa que se paga el 100% del beneficio. +Solo los solicitantes elegibles primeramente para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar Planes C, F, y F con deducible alto. Esta tabla muestra los beneficios incluidos en cada plan suplementario a Medicare están dar. Algu nos planes podrían no estar disponibles. Todas las compañías deben tener al Plan "A" disponible.

\*\*Florida Blue es una marca comercial de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

1 - Los Planes F y G también tienen la opción de deducible alto que requiere primero pagar el deducible de un plan de \$2,700 antes de que el plan comience a pagar. Una vez que se llega a la cantidad máxima de gastos a su cargo, el plan paga el 100% de los servicios cubiertos durante el resto del año. Los Planes F y G con deducible alto no cubren el deducible separado para emergencias durante viajes al extranjero. 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 el pago del deducible de la Parte B de Medicare para alcanzar el deducible del plan.

2 - Los Planes K y L pagan el 100% de los servicios cubiertos durante el resto del año calendario una vez que se llegó al límite anual de gastos a su

3 - El Plan N paga el 100% del coseguro de la Parte B, a excepción de un copago de hasta \$20 por algunas visitas al consultorio y hasta \$50 de copago por las visitas a la sala de emergencia que no deriven en una hospitalización.

### **Beneficios básicos**

**Hospitalizaciones** - Coseguro de la Parte A más cobertura hasta por 365 días adicionales después de que finalizan los beneficios de Medicare.

**Gastos médicos** - Coseguro de la Parte B (generalmente el 20% de los gastos aprobados por Medicare), o copagos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Los planes K, L y N requieren que los miembros paguen una parte del coseguro o los copagos de la Parte B.

**Sangre** - Tres primeras pintas de sangre todos los años.

**Hospicio** - Coseguro de la Parte A.

### **Información sobre la prima**

Nosotros, Florida Blue, solo podemos aumentar la prima si incrementamos la prima de todas las pólizas como la suya en el estado de Florida.

### **Divulgaciones**

Use esta descripción general para comparar los beneficios y las primas de las diferentes pólizas.

Florida Blue tiene un procedimiento para responder a las quejas de los miembros. Si no está satisfecho con la forma en que manejamos la negación de la reclamación o por cualquier otra razón, puede enviar una queja formal. Las quejas deben ser enviadas por escrito y deben contener las palabras "Esta es una queja" para asegurarnos de entender el propósito de su carta. Señale claramente la naturaleza de su queja y envíela por escrito a Florida Blue la atención de: Medicare Appeals and Grievances Department P.O. Box 41629 Jacksonville, FL 32203-1629. Las quejas se procesarán dentro de un plazo máximo de 60 días después de que Florida Blue las recibe.

Para obtener más información sobre el proceso de quejas, consulte la subsección de su plan "Presentación de quejas" en la sección 10: Disposiciones generales.

### **Lea la póliza con atención**

Esta es solo una descripción general que define las características más importantes de la póliza. La póliza es su contrato de seguro. Debe leer la póliza propiamente dicha, y entender todos los derechos y obligaciones que contraen usted y su compañía de seguros.

### **Derecho a devolver la póliza**

Si no está satisfecho con su póliza, puede devolverla a Florida Blue, Post Office Box 1798, Jacksonville FL 32231-1798. Si nos devuelve su póliza 30 días después de haberla recibido, se considerará como si nunca se hubiera emitido y le devolveremos todos los pagos que haya hecho.

### **Aviso**

- Ni Florida Blue, ni sus representantes están vinculados con Medicare.
- Esta descripción general no incluye todos los detalles de la cobertura de Medicare. Para obtener más detalles, póngase en contacto con la Oficina del Seguro Social de su localidad o consulte el libro Medicare & You (Medicare y usted). Use esta descripción general para comparar los beneficios y las primas de las diferentes pólizas.

### **Sustitución de pólizas**

Si está sustituyendo otra póliza de seguro médico, NO la cancele hasta que haya recibido su nueva póliza y tenga seguridad de querer conservarla.

### **Es muy importante que proporcione respuestas completas**

Para consultar los plazos de la “Inscripción abierta”, ingrese al enlace siguiente en el sitio web de Medicare.gov: Este contrato se expide basándose en que toda la información y las respuestas a todas las preguntas que aparecen en su solicitud son correctas y completas. La empresa podrá cancelar la póliza y negarse a pagar las reclamaciones si omite o falsifica información médica importante. Revise la aplicación detenidamente antes de firmarla. Verifique que toda la información se haya registrado correctamente. Para consultar plazos de la “Inscripción abierta”, ingrese al siguiente enlace en el sitio web de Medicare.gov:

<https://www.medicare.gov/supplement-other-insurance/when-can-i-buy-medigap/when-can-i-buy-medigap.html>

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 1: Broward, Miami-Dade y Palm Beach.

**PAGO MENSUAL - NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$781.90	\$1070.10	\$1087.20	\$782.60	\$936.80	\$843.40	\$837.80
65	\$231.50	\$316.80	\$321.80	\$259.40	\$310.50	\$279.50	\$277.70
66	\$236.30	\$323.10	\$328.00	\$266.60	\$317.30	\$288.50	\$286.50
67	\$241.10	\$331.20	\$336.10	\$274.10	\$326.80	\$297.80	\$295.80
68	\$246.10	\$339.80	\$344.80	\$281.40	\$336.30	\$307.30	\$305.30
69	\$250.60	\$348.10	\$352.90	\$288.40	\$345.70	\$316.70	\$314.40
De 70 a 71	\$256.80	\$360.30	\$364.90	\$298.00	\$359.20	\$330.40	\$328.00
De 72 a 74	\$265.70	\$380.40	\$386.30	\$311.30	\$380.70	\$352.00	\$349.40
De 75 a 79	\$273.70	\$409.00	\$414.90	\$324.30	\$410.90	\$381.50	\$378.70
Más de 80	\$269.10	\$459.20	\$465.10	\$319.90	\$452.40	\$422.90	\$418.80

NOTA: IMPORTANTE: El plan Select Suplementario a BlueMedicare incluye disposiciones limitadas de la red. Debe usar hospitales que participen en los programas de la red para recibir los beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin disposiciones restringidas de la red.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 1: Broward, Miami-Dade y Palm Beach.

**PAGO MENSUAL - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$859.60	\$1177.20	\$1195.60	\$861.00	\$1031.20	\$927.60	\$921.30
65	\$254.60	\$348.60	\$354.00	\$285.40	\$341.70	\$307.50	\$305.30
66	\$259.80	\$355.30	\$360.70	\$293.30	\$349.10	\$317.30	\$315.20
67	\$265.30	\$364.40	\$369.80	\$301.40	\$359.60	\$327.60	\$325.50
68	\$270.80	\$373.80	\$379.30	\$309.60	\$370.00	\$338.10	\$335.80
69	\$275.70	\$382.80	\$388.20	\$317.20	\$380.10	\$348.50	\$345.90
De 70 a 71	\$282.40	\$396.20	\$401.50	\$327.80	\$395.10	\$363.40	\$360.80
De 72 a 74	\$292.30	\$418.40	\$424.90	\$342.60	\$418.90	\$387.00	\$384.40
De 75 a 79	\$301.10	\$450.00	\$456.40	\$356.60	\$452.00	\$419.60	\$416.40
Más de 80	\$296.10	\$505.00	\$511.50	\$352.00	\$497.60	\$465.10	\$460.70

NOTA: IMPORTANTE: El plan Select Suplementario a BlueMedicare incluye disposiciones limitadas de la red. Debe usar hospitales que participen en los programas de la red para recibir los beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin disposiciones restringidas de la red.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 1: Broward, Miami-Dade y Palm Beach.

**PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$770.20	\$1054.00	\$1070.90	\$770.90	\$922.70	\$830.70	\$825.30
65	\$228.00	\$312.10	\$317.00	\$255.50	\$305.90	\$275.30	\$273.50
66	\$232.70	\$318.20	\$323.10	\$262.60	\$312.60	\$284.20	\$282.20
67	\$237.50	\$326.20	\$331.00	\$269.90	\$321.90	\$293.40	\$291.40
68	\$242.40	\$334.70	\$339.60	\$277.20	\$331.30	\$302.70	\$300.70
69	\$246.90	\$342.90	\$347.60	\$284.00	\$340.50	\$311.90	\$309.70
De 70 a 71	\$252.90	\$354.80	\$359.40	\$293.50	\$353.80	\$325.50	\$323.10
De 72 a 74	\$261.80	\$374.70	\$380.50	\$306.70	\$375.00	\$346.70	\$344.20
De 75 a 79	\$269.60	\$402.80	\$408.70	\$319.40	\$404.70	\$375.80	\$373.00
Más de 80	\$265.00	\$452.30	\$458.10	\$315.10	\$445.70	\$416.60	\$412.50

NOTA: IMPORTANTE: El plan Select Suplementario a BlueMedicare incluye disposiciones limitadas de la red. Debe usar hospitales que participen en los programas de la red para recibir los beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin disposiciones restringidas de la red.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 1: Broward, Miami-Dade y Palm Beach.

**PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$846.70	\$1159.60	\$1177.60	\$848.10	\$1015.70	\$913.70	\$907.50
65	\$250.80	\$343.40	\$348.70	\$281.10	\$336.50	\$302.80	\$300.70
66	\$256.00	\$350.00	\$355.30	\$288.90	\$343.90	\$312.60	\$310.50
67	\$261.30	\$359.00	\$364.30	\$296.90	\$354.20	\$322.70	\$320.60
68	\$266.70	\$368.10	\$373.60	\$305.00	\$364.40	\$333.00	\$330.80
69	\$271.50	\$377.10	\$382.40	\$312.50	\$374.40	\$343.30	\$340.80
De 70 a 71	\$278.20	\$390.30	\$395.50	\$322.90	\$389.20	\$358.00	\$355.40
De 72 a 74	\$287.90	\$412.20	\$418.60	\$337.50	\$412.60	\$381.20	\$378.70
De 75 a 79	\$296.60	\$443.20	\$449.50	\$351.30	\$445.30	\$413.30	\$410.10
Más de 80	\$291.60	\$497.40	\$503.80	\$346.70	\$490.10	\$458.20	\$453.80

NOTA: IMPORTANTE: El plan Select Suplementario a BlueMedicare incluye disposiciones limitadas de la red. Debe usar hospitales que participen en los programas de la red para recibir los beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin disposiciones restringidas de la red.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 2: Bay, Brevard, Charlotte, Clay, Collier, DeSoto, Duval, Escambia, Glades, Gulf, Hardee, Hendry, Hernando, Highlands, Hillsborough, Holmes, Indian River, Lee, Manatee, Martin, Monroe, Nassau, Okaloosa, Okeechobee, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, St. Johns, St. Lucie, Santa Rosa, Sarasota, Seminole, Walton y Washington y los siguientes condados para los planes Select B, Select C, Select D, Select M: Bay, Charlotte, Clay, Collier, Duval, Escambia, Hernando, Highlands, Hillsborough, Indian River, Lee, Manatee, Okaloosa, Okeechobee, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, Saint John's, Saint Lucie, Santa Rosa, Sarasota, Seminole.

**PAGO MENSUAL - NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$550.60	\$753.30	\$765.30	\$529.90	\$634.20	\$570.90	\$567.20
65	\$163.10	\$223.00	\$226.60	\$175.60	\$210.20	\$189.20	\$187.90
66	\$166.30	\$227.40	\$231.00	\$180.50	\$214.90	\$195.20	\$193.90
67	\$169.80	\$233.30	\$236.80	\$185.50	\$221.30	\$201.60	\$200.30
68	\$173.30	\$239.10	\$242.70	\$190.40	\$227.70	\$208.00	\$206.70
69	\$176.40	\$245.00	\$248.40	\$195.20	\$234.00	\$214.30	\$212.90
De 70 a 71	\$180.80	\$253.70	\$256.90	\$201.80	\$243.20	\$223.50	\$222.10
De 72 a 74	\$187.20	\$267.80	\$272.10	\$210.70	\$257.60	\$238.10	\$236.40
De 75 a 79	\$192.80	\$288.00	\$292.10	\$219.40	\$278.20	\$258.30	\$256.30
Más de 80	\$189.50	\$323.30	\$327.60	\$216.60	\$306.40	\$286.20	\$283.40

NOTA: IMPORTANTE: El plan Select Suplementario a BlueMedicare incluye disposiciones limitadas de la red. Debe usar hospitales que participen en los programas de la red para recibir los beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin disposiciones restringidas de la red.



Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 2: Bay, Brevard, Charlotte, Clay, Collier, DeSoto, Duval, Escambia, Glades, Gulf, Hardee, Hendry, Hernando, Highlands, Hillsborough, Holmes, Indian River, Lee, Manatee, Martin, Monroe, Nassau, Okaloosa, Okeechobee, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, St. Johns, St. Lucie, Santa Rosa, Sarasota, Seminole, Walton y Washington y los siguientes condados para los planes Select B, Select C, Select D, Select M: Bay, Charlotte, Clay, Collier, Duval, Escambia, Hernando, Highlands, Hillsborough, Indian River, Lee, Manatee, Okaloosa, Okeechobee, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, Saint John's, Saint Lucie, Santa Rosa, Sarasota, Seminole.

**PAGO MENSUAL - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$605.60	\$828.50	\$841.60	\$582.70	\$697.80	\$628.40	\$624.20
65	\$179.50	\$245.40	\$249.30	\$193.10	\$231.30	\$208.20	\$206.80
66	\$182.90	\$250.30	\$254.10	\$198.60	\$236.40	\$214.70	\$213.40
67	\$186.80	\$256.70	\$260.50	\$204.00	\$243.50	\$221.80	\$220.30
68	\$190.60	\$263.20	\$267.10	\$209.70	\$250.40	\$228.80	\$227.20
69	\$194.10	\$269.50	\$273.40	\$214.70	\$257.40	\$235.80	\$234.20
De 70 a 71	\$199.00	\$279.10	\$282.60	\$221.90	\$267.50	\$246.00	\$244.30
De 72 a 74	\$205.80	\$294.60	\$299.20	\$231.80	\$283.50	\$262.00	\$260.20
De 75 a 79	\$212.10	\$316.80	\$321.50	\$241.30	\$306.10	\$284.10	\$281.90
Más de 80	\$208.40	\$355.60	\$360.30	\$238.20	\$337.00	\$314.80	\$311.70

NOTA: IMPORTANTE: El plan Select Suplementario a BlueMedicare incluye disposiciones limitadas de la red. Debe usar hospitales que participen en los programas de la red para recibir los beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin disposiciones restringidas de la red.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 2: Bay, Brevard, Charlotte, Clay, Collier, DeSoto, Duval, Escambia, Glades, Gulf, Hardee, Hendry, Hernando, Highlands, Hillsborough, Holmes, Indian River, Lee, Manatee, Martin, Monroe, Nassau, Okaloosa, Okeechobee, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, St. Johns, St. Lucie, Santa Rosa, Sarasota, Seminole, Walton y Washington y los siguientes condados para los planes Select B, Select C, Select D, Select M: Bay, Charlotte, Clay, Collier, Duval, Escambia, Hernando, Highlands, Hillsborough, Indian River, Lee, Manatee, Okaloosa, Okeechobee, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, Saint John's, Saint Lucie, Santa Rosa, Sarasota, Seminole.

**PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$542.40	\$742.00	\$753.80	\$521.90	\$624.70	\$562.40	\$558.70
65	\$160.70	\$219.70	\$223.20	\$172.90	\$207.00	\$186.40	\$185.10
66	\$163.80	\$224.00	\$227.50	\$177.80	\$211.60	\$192.30	\$191.00
67	\$167.20	\$229.80	\$233.20	\$182.70	\$218.00	\$198.60	\$197.30
68	\$170.70	\$235.50	\$239.00	\$187.60	\$224.30	\$204.90	\$203.60
69	\$173.70	\$241.30	\$244.70	\$192.30	\$230.50	\$211.10	\$209.70
De 70 a 71	\$178.10	\$249.90	\$253.00	\$198.70	\$239.50	\$220.20	\$218.70
De 72 a 74	\$184.40	\$263.80	\$268.00	\$207.60	\$253.80	\$234.50	\$232.80
De 75 a 79	\$189.90	\$283.60	\$287.70	\$216.10	\$274.00	\$254.40	\$252.40
Más de 80	\$186.70	\$318.50	\$322.70	\$213.30	\$301.80	\$281.90	\$279.20

NOTA: IMPORTANTE: El plan Select Suplementario a BlueMedicare incluye disposiciones limitadas de la red. Debe usar hospitales que participen en los programas de la red para recibir los beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin disposiciones restringidas de la red.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 2: Bay, Brevard, Charlotte, Clay, Collier, DeSoto, Duval, Escambia, Glades, Gulf, Hardee, Hendry, Hernando, Highlands, Hillsborough, Holmes, Indian River, Lee, Manatee, Martin, Monroe, Nassau, Okaloosa, Okeechobee, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, St. Johns, St. Lucie, Santa Rosa, Sarasota, Seminole, Walton y Washington y los siguientes condados para los planes Select B, Select C, Select D, Select M: Bay, Charlotte, Clay, Collier, Duval, Escambia, Hernando, Highlands, Hillsborough, Indian River, Lee, Manatee, Okaloosa, Okeechobee, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, Saint John's, Saint Lucie, Santa Rosa, Sarasota, Seminole.

**PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$596.60	\$816.10	\$829.00	\$573.90	\$687.40	\$618.90	\$614.80
65	\$176.80	\$241.70	\$245.60	\$190.20	\$227.80	\$205.10	\$203.70
66	\$180.10	\$246.50	\$250.30	\$195.60	\$232.80	\$211.50	\$210.20
67	\$184.00	\$252.80	\$256.60	\$201.00	\$239.80	\$218.50	\$217.00
68	\$187.80	\$259.20	\$263.10	\$206.50	\$246.60	\$225.30	\$223.70
69	\$191.10	\$265.50	\$269.30	\$211.50	\$253.50	\$232.30	\$230.70
De 70 a 71	\$196.00	\$274.90	\$278.30	\$218.60	\$263.50	\$242.30	\$240.60
De 72 a 74	\$202.80	\$290.20	\$294.80	\$228.40	\$279.30	\$258.10	\$256.30
De 75 a 79	\$208.90	\$312.10	\$316.60	\$237.70	\$301.50	\$279.80	\$277.70
Más de 80	\$205.30	\$350.30	\$354.80	\$234.70	\$331.90	\$310.10	\$307.10

NOTA: IMPORTANTE: El plan Select Suplementario a BlueMedicare incluye disposiciones limitadas de la red. Debe usar hospitales que participen en los programas de la red para recibir los beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin disposiciones restringidas de la red.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 3: Alachua, Baker, Bradford, Calhoun, Citrus, Columbia, Dixie, Flagler, Franklin, Gadsden, Gilchrist, Hamilton, Jackson, Jefferson, Lafayette, Lake, Leon, Levy, Liberty, Madison, Marion, Polk, Putnam, Sumter, Suwannee, Taylor, Union, Volusia y Wakulla y los siguientes condados para los planes Select B, Select C, Select D, Select M: Leon, Alachua, Bradford, Citrus, Columbia, Flagler, Hamilton, Lake, Marion, Polk, Putnam, Sumter, Suwannee, Volusia.

**PAGO MENSUAL - NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$519.10	\$710.70	\$721.70	\$500.10	\$598.10	\$538.10	\$534.80
65	\$153.70	\$210.40	\$213.70	\$165.70	\$198.30	\$178.40	\$177.30
66	\$156.90	\$214.60	\$217.60	\$170.10	\$202.70	\$184.10	\$183.10
67	\$160.10	\$219.80	\$223.30	\$175.00	\$208.60	\$190.10	\$188.90
68	\$163.50	\$225.60	\$228.90	\$179.70	\$214.60	\$196.20	\$195.00
69	\$166.40	\$231.10	\$234.30	\$184.00	\$220.60	\$202.20	\$200.80
De 70 a 71	\$170.50	\$239.10	\$242.20	\$190.30	\$229.40	\$210.90	\$209.20
De 72 a 74	\$176.40	\$252.50	\$256.50	\$198.80	\$243.20	\$224.70	\$223.00
De 75 a 79	\$181.80	\$271.40	\$275.40	\$207.10	\$262.30	\$243.60	\$241.70
Más de 80	\$178.60	\$304.90	\$308.80	\$204.30	\$288.90	\$270.00	\$267.40

NOTA: IMPORTANTE: El plan Select Suplementario a BlueMedicare incluye disposiciones limitadas de la red. Debe usar hospitales que participen en los programas de la red para recibir los beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin disposiciones restringidas de la red.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 3: Alachua, Baker, Bradford, Calhoun, Citrus, Columbia, Dixie, Flagler, Franklin, Gadsden, Gilchrist, Hamilton, Jackson, Jefferson, Lafayette, Lake, Leon, Levy, Liberty, Madison, Marion, Polk, Putnam, Sumter, Suwannee, Taylor, Union, Volusia y Wakulla y los siguientes condados para los planes Select B, Select C, Select D, Select M: Leon, Alachua, Bradford, Citrus, Columbia, Flagler, Hamilton, Lake, Marion, Polk, Putnam, Sumter, Suwannee, Volusia.

**PAGO MENSUAL - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$571.10	\$781.60	\$793.90	\$549.90	\$658.10	\$591.80	\$588.50
65	\$169.10	\$231.40	\$235.20	\$182.30	\$218.10	\$196.20	\$195.10
66	\$172.60	\$235.90	\$239.50	\$187.20	\$223.00	\$202.60	\$201.20
67	\$176.00	\$241.90	\$245.50	\$192.50	\$229.60	\$209.10	\$207.80
68	\$179.80	\$248.10	\$251.90	\$197.60	\$236.10	\$215.80	\$214.50
69	\$183.00	\$254.20	\$257.90	\$202.40	\$242.80	\$222.30	\$220.70
De 70 a 71	\$187.60	\$263.20	\$266.40	\$209.20	\$252.40	\$232.00	\$230.20
De 72 a 74	\$194.10	\$277.80	\$282.20	\$218.70	\$267.50	\$247.20	\$245.20
De 75 a 79	\$199.80	\$298.60	\$302.90	\$227.80	\$288.60	\$267.90	\$265.90
Más de 80	\$196.50	\$335.30	\$339.80	\$224.70	\$317.70	\$297.00	\$294.10

NOTA: IMPORTANTE: El plan Select Suplementario a BlueMedicare incluye disposiciones limitadas de la red. Debe usar hospitales que participen en los programas de la red para recibir los beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin disposiciones restringidas de la red.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 3: Alachua, Baker, Bradford, Calhoun, Citrus, Columbia, Dixie, Flagler, Franklin, Gadsden, Gilchrist, Hamilton, Jackson, Jefferson, Lafayette, Lake, Leon, Levy, Liberty, Madison, Marion, Polk, Putnam, Sumter, Suwannee, Taylor, Union, Volusia y Wakulla y los siguientes condados para los planes Select B, Select C, Select D, Select M: Leon, Alachua, Bradford, Citrus, Columbia, Flagler, Hamilton, Lake, Marion, Polk, Putnam, Sumter, Suwannee, Volusia.

**PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$511.30	\$700.00	\$710.90	\$492.60	\$589.20	\$530.10	\$526.80
65	\$151.40	\$207.20	\$210.50	\$163.20	\$195.30	\$175.70	\$174.70
66	\$154.50	\$211.30	\$214.40	\$167.50	\$199.70	\$181.40	\$180.30
67	\$157.70	\$216.50	\$219.90	\$172.40	\$205.50	\$187.30	\$186.10
68	\$161.00	\$222.20	\$225.50	\$177.00	\$211.40	\$193.20	\$192.00
69	\$163.90	\$227.70	\$230.80	\$181.20	\$217.30	\$199.10	\$197.80
De 70 a 71	\$167.90	\$235.50	\$238.50	\$187.40	\$226.00	\$207.70	\$206.10
De 72 a 74	\$173.70	\$248.70	\$252.70	\$195.80	\$239.50	\$221.40	\$219.70
De 75 a 79	\$179.10	\$267.30	\$271.30	\$204.00	\$258.40	\$239.90	\$238.10
Más de 80	\$175.90	\$300.30	\$304.20	\$201.20	\$284.60	\$266.00	\$263.40

NOTA: IMPORTANTE: El plan Select Suplementario a BlueMedicare incluye disposiciones limitadas de la red. Debe usar hospitales que participen en los programas de la red para recibir los beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin disposiciones restringidas de la red.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 3: Alachua, Baker, Bradford, Calhoun, Citrus, Columbia, Dixie, Flagler, Franklin, Gadsden, Gilchrist, Hamilton, Jackson, Jefferson, Lafayette, Lake, Leon, Levy, Liberty, Madison, Marion, Polk, Putnam, Sumter, Suwannee, Taylor, Union, Volusia y Wakulla y los siguientes condados para los planes Select B, Select C, Select D, Select M: Leon, Alachua, Bradford, Citrus, Columbia, Flagler, Hamilton, Lake, Marion, Polk, Putnam, Sumter, Suwannee, Volusia.

**PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$562.50	\$769.80	\$782.00	\$541.60	\$648.30	\$582.90	\$579.70
65	\$166.60	\$227.90	\$231.60	\$179.50	\$214.80	\$193.20	\$192.20
66	\$170.00	\$232.40	\$235.90	\$184.40	\$219.70	\$199.50	\$198.20
67	\$173.40	\$238.30	\$241.80	\$189.70	\$226.10	\$206.00	\$204.70
68	\$177.10	\$244.30	\$248.10	\$194.70	\$232.60	\$212.60	\$211.20
69	\$180.30	\$250.40	\$254.00	\$199.40	\$239.10	\$219.00	\$217.40
De 70 a 71	\$184.70	\$259.20	\$262.40	\$206.10	\$248.60	\$228.50	\$226.80
De 72 a 74	\$191.10	\$273.60	\$278.00	\$215.50	\$263.50	\$243.50	\$241.50
De 75 a 79	\$196.80	\$294.20	\$298.40	\$224.40	\$284.30	\$263.90	\$261.90
Más de 80	\$193.60	\$330.30	\$334.70	\$221.40	\$313.00	\$292.60	\$289.70

NOTA: IMPORTANTE: El plan Select Suplementario a BlueMedicare incluye disposiciones limitadas de la red. Debe usar hospitales que participen en los programas de la red para recibir los beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin disposiciones restringidas de la red.

Esta tabla muestra las primas Fuera del estado. Si su residencia principal cambia, es decir, si usted se muda permanentemente fuera del estado, la prima de este plan se ajustará a la prima que se muestra a continuación. Puede ser elegible para un plan de emisión garantizada a través de cualquier otra aseguradora de Suplementos de Medicare o el plan Blue Cross and Blue Shield que cubre el área donde usted vive ahora. Para obtener más información, comuníquese con la aseguradora de Suplementos de Medicare o el plan Blue Cross and Blue Shield que cubre el área de su nuevo lugar de residencia.

**PAGO MENSUAL - NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$626.20	\$856.20	\$869.90	\$602.40	\$720.50	\$648.40	\$644.30
65	\$185.30	\$253.60	\$257.50	\$199.60	\$238.80	\$214.90	\$213.50
66	\$189.10	\$258.50	\$262.30	\$205.10	\$244.10	\$221.90	\$220.30
67	\$193.00	\$265.10	\$268.90	\$210.70	\$251.50	\$229.20	\$227.70
68	\$196.90	\$272.00	\$275.80	\$216.50	\$258.70	\$236.20	\$234.80
69	\$200.60	\$278.50	\$282.60	\$221.90	\$265.90	\$243.60	\$241.90
De 70 a 71	\$205.50	\$288.30	\$291.90	\$229.30	\$276.30	\$254.10	\$252.40
De 72 a 74	\$212.70	\$304.40	\$309.20	\$239.40	\$292.90	\$270.70	\$268.70
De 75 a 79	\$219.10	\$327.40	\$332.00	\$249.50	\$316.10	\$293.40	\$291.30
Más de 80	\$215.40	\$367.50	\$372.30	\$246.10	\$347.90	\$325.40	\$322.20

NOTA: IMPORTANTE: El plan Select Suplementario a BlueMedicare incluye disposiciones limitadas de la red. Debe usar hospitales que participen en los programas de la red para recibir los beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin disposiciones restringidas de la red.



Esta tabla muestra las primas Fuera del estado. Si su residencia principal cambia, es decir, si usted se muda permanentemente fuera del estado, la prima de este plan se ajustará a la prima que se muestra a continuación. Puede ser elegible para un plan de emisión garantizada a través de cualquier otra aseguradora de Suplementos de Medicare o el plan Blue Cross and Blue Shield que cubre el área donde usted vive ahora. Para obtener más información, comuníquese con la aseguradora de Suplementos de Medicare o el plan Blue Cross and Blue Shield que cubre el área de su nuevo lugar de residencia.

**PAGO MENSUAL - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$688.50	\$942.00	\$956.50	\$662.60	\$792.60	\$713.50	\$708.80
65	\$203.90	\$279.00	\$283.30	\$219.70	\$262.70	\$236.40	\$234.90
66	\$208.10	\$284.30	\$288.70	\$225.60	\$268.60	\$244.10	\$242.40
67	\$212.20	\$291.60	\$295.90	\$231.80	\$276.70	\$252.10	\$250.40
68	\$216.60	\$299.10	\$303.40	\$238.10	\$284.60	\$259.90	\$258.30
69	\$220.60	\$306.50	\$310.80	\$244.10	\$292.50	\$267.90	\$266.00
De 70 a 71	\$226.10	\$317.20	\$321.10	\$252.30	\$303.90	\$279.50	\$277.50
De 72 a 74	\$233.90	\$334.70	\$340.10	\$263.50	\$322.30	\$297.80	\$295.60
De 75 a 79	\$240.90	\$360.00	\$365.30	\$274.30	\$347.70	\$322.80	\$320.40
Más de 80	\$236.90	\$404.20	\$409.50	\$270.70	\$382.80	\$357.80	\$354.40

NOTA: IMPORTANTE: El plan Select Suplementario a BlueMedicare incluye disposiciones limitadas de la red. Debe usar hospitales que participen en los programas de la red para recibir los beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin disposiciones restringidas de la red.

Esta tabla muestra las primas Fuera del estado. Si su residencia principal cambia, es decir, si usted se muda permanentemente fuera del estado, la prima de este plan se ajustará a la prima que se muestra a continuación. Puede ser elegible para un plan de emisión garantizada a través de cualquier otra aseguradora de Suplementos de Medicare o el plan Blue Cross and Blue Shield que cubre el área donde usted vive ahora. Para obtener más información, comuníquese con la aseguradora de Suplementos de Medicare o el plan Blue Cross and Blue Shield que cubre el área de su nuevo lugar de residencia.

**PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$616.80	\$843.40	\$856.80	\$593.30	\$709.70	\$638.60	\$634.60
65	\$182.60	\$249.80	\$253.70	\$196.60	\$235.20	\$211.60	\$210.30
66	\$186.30	\$254.60	\$258.40	\$202.00	\$240.50	\$218.60	\$217.00
67	\$190.10	\$261.20	\$264.90	\$207.60	\$247.70	\$225.70	\$224.30
68	\$193.90	\$267.90	\$271.70	\$213.20	\$254.80	\$232.70	\$231.20
69	\$197.60	\$274.30	\$278.30	\$218.60	\$261.90	\$239.90	\$238.20
De 70 a 71	\$202.40	\$284.00	\$287.50	\$225.90	\$272.20	\$250.30	\$248.60
De 72 a 74	\$209.50	\$299.80	\$304.60	\$235.90	\$288.50	\$266.70	\$264.70
De 75 a 79	\$215.80	\$322.40	\$327.00	\$245.70	\$311.40	\$289.00	\$286.90
Más de 80	\$212.20	\$362.00	\$366.70	\$242.40	\$342.70	\$320.50	\$317.30

NOTA: IMPORTANTE: El plan Select Suplementario a BlueMedicare incluye disposiciones limitadas de la red. Debe usar hospitales que participen en los programas de la red para recibir los beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin disposiciones restringidas de la red.

Esta tabla muestra las primas Fuera del estado. Si su residencia principal cambia, es decir, si usted se muda permanentemente fuera del estado, la prima de este plan se ajustará a la prima que se muestra a continuación. Puede ser elegible para un plan de emisión garantizada a través de cualquier otra aseguradora de Suplementos de Medicare o el plan Blue Cross and Blue Shield que cubre el área donde usted vive ahora. Para obtener más información, comuníquese con la aseguradora de Suplementos de Medicare o el plan Blue Cross and Blue Shield que cubre el área de su nuevo lugar de residencia.

**PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$678.20	\$927.80	\$942.10	\$652.70	\$780.70	\$702.80	\$698.20
65	\$200.80	\$274.80	\$279.00	\$216.40	\$258.80	\$232.80	\$231.40
66	\$204.90	\$280.00	\$284.40	\$222.20	\$264.50	\$240.50	\$238.80
67	\$209.00	\$287.30	\$291.50	\$228.40	\$272.60	\$248.40	\$246.60
68	\$213.40	\$294.60	\$298.90	\$234.50	\$280.30	\$256.00	\$254.40
69	\$217.30	\$301.90	\$306.10	\$240.50	\$288.10	\$263.90	\$262.00
De 70 a 71	\$222.70	\$312.40	\$316.30	\$248.50	\$299.30	\$275.30	\$273.40
De 72 a 74	\$230.40	\$329.70	\$335.00	\$259.50	\$317.50	\$293.40	\$291.10
De 75 a 79	\$237.30	\$354.60	\$359.80	\$270.20	\$342.50	\$318.00	\$315.60
Más de 80	\$233.30	\$398.10	\$403.30	\$266.70	\$377.10	\$352.50	\$349.00

NOTA: IMPORTANTE: El plan Select Suplementario a BlueMedicare incluye disposiciones limitadas de la red. Debe usar hospitales que participen en los programas de la red para recibir los beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin disposiciones restringidas de la red.

**PLAN A**

**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios			
Primeros 60 días	Todo menos \$1,600	\$0	\$1,600 (deducible de la Parte A)
Del día 61 al día 90	Todo menos \$400 por día	\$400 por día	\$0
Del día 91 y en adelante:			
--Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo menos \$800	\$800 por día	\$0
--Una vez que utiliza los días de reserva de por vida:			
--365 días adicionales	\$0	100% de los Gastos elegibles de Medicare	\$0**
--Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Del día 21 al día 100	Todo menos \$200 por día	\$0	Hasta \$200 por día
Día 101 y en adelante	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

\*\*AVISO: Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los "Beneficios principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo basado en cualquier diferencia entre sus cargos por cobrar y el importe que Medicare habría pagado.

**PLAN A**

**MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero			
Primero \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$226 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$226 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

**PARTES A y B DEL PLAN A**

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>			
<b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b>			
Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
- Primero \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$226 (deducible de la Parte B)
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

**SELECT B**  
**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA		USTED PAGA	
		PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE	PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios					
Primeros 60 días	Todo menos \$1,600	\$1,600 (deducible de la Parte A)	\$0	\$0	\$1,600 (deducible de la Parte A)
Del día 61 al día 90	Todo menos \$400 por día	\$400 por día	\$0	\$0	\$400 por día
Del día 91 y en adelante: --Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo menos \$800	\$800 por día	\$0	\$0	\$800 por día
--Una vez que utiliza los días de reserva de por vida: --365 días adicionales	\$0	100% de los Gastos elegibles de Medicare	\$0	\$0**	Todos los costos
--Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	\$0	Todos los costos	Todos los costos
<b>ADMISIONES POR EMERGENCIA</b>	Igual que las demás admisiones	Igual que las demás admisiones	Igual que una admisión a un hospital participante	Todos los costos más allá del beneficio máximo de por vida	Todos los costos más allá del beneficio máximo de por vida

\*\*AVISO: Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los "Beneficios principales" del plan. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo basado en cualquier diferencia entre sus cargos por cobrar y el importe que Medicare habría pagado.

**SELECT B**  
**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**  
**(continuación)**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b>                      Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital</p> <p>Primeros 20 días</p> <p>Del día 21 al día 100</p> <p>Día 101 y en adelante</p>	<p>Todas las cantidades aprobadas</p> <p>Todo menos \$200 por día</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>Hasta \$200 por día</p> <p>Todos los costos</p>
<p><b>SANGRE</b>                      Primeras 3 pintas                      Cantidades adicionales</p>	<p>\$0</p> <p>100%</p>	<p>3 pintas</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p><b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b>                       Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.</p>	<p>Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.</p>	<p>Copago/coaseguro de Medicare</p>	<p>\$0</p>

**SELECT B**  
**MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero Primero \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare* Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	\$0 Generalmente el 80%	\$0 Generalmente el 20%	\$226 (deducible de la Parte B) \$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Sigüientes \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare* Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	\$0 \$0 80%	Todos los costos \$0 20%	\$0 \$226 (deducible de la Parte B) \$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0



**SELECT B**  
**MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**  
**(continuación)**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b> SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios  Equipo médico duradero - Primero \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare* - Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	100%   \$0  80%	\$0   \$0  20%	\$0   \$226 (deducible de la Parte B)  \$0

**SELECT C<sup>+</sup>**  
**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA		USTED PAGA	
		PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE	PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios					
Primeros 60 días	Todo menos \$1,600	\$1,600 (deducible de la Parte A)	\$0	\$0	\$1,600 (deducible de la Parte A)
Del día 61 al día 90	Todo menos \$400 por día	\$400 por día	\$0	\$0	\$400 por día
Del día 91 y en adelante: --Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo menos \$800	\$800 por día	\$0	\$0	\$800 por día
--Una vez que utiliza los días de reserva de por vida: --365 días adicionales	\$0	100% de los Gastos elegibles de Medicare	\$0	\$0**	Todos los costos
--Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	\$0	Todos los costos	Todos los costos
<b>ADMISIONES POR EMERGENCIA</b>	Igual que las demás admisiones	Igual que las demás admisiones	Igual que una admisión a un hospital participante	Todos los costos más allá del beneficio máximo de por vida	Todos los costos más allá del beneficio máximo de por vida

\*\*AVISO: Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los "Beneficios principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo basado en cualquier diferencia entre sus cargos por cobrar y el importe que Medicare habría pagado.

†Solo los solicitantes primeramente elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar Planes C, F, y F con deducible alto

**SELECT C<sup>+</sup>**  
**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**  
**(continuación)**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b>                      Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital</p> <p>Primeros 20 días</p> <p>Del día 21 al día 100</p> <p>Día 101 y en adelante</p>	<p>Todas las cantidades aprobadas</p> <p>Todo menos \$200 por día</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>Hasta \$200 por día</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>Todos los costos</p>
<p><b>SANGRE</b>                      Primeras 3 pintas                      Cantidades adicionales</p>	<p>\$0</p> <p>100%</p>	<p>3 pintas</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p><b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b>                      Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.</p>	<p>Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.</p>	<p>Copago/coaseguro de Medicare</p>	<p>\$0</p>

\*Solo los solicitantes primeramente elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar Planes C, F, y F con deducible alto

**SELECT C<sup>+</sup>  
MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero			
Primero \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$226 (deducible de la Parte B)	\$0
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$226 (deducible de la Parte B)	\$0
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

\*Solo los solicitantes primeramente elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar Planes C, F, y F con deducible alto

**SELECT C<sup>+</sup>**  
**MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**  
**(continuación)**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b> SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero - Primero \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$226 (deducible de la Parte B)	\$0
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

**SELECT C<sup>+</sup>**  
**OTROS BENEFICIOS – SIN COBERTURA DE MEDICARE**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>VIAJE AL EXTRANJERO – SIN COBERTURA DE MEDICARE</b> Servicios de atención de emergencia necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de EE.UU.			
Primero \$250 por año calendario	\$0	\$0	\$250
Restante de los cargos	\$0	80% hasta un beneficio máximo vitalicio de \$50,000	20% y cantidades por encima de los \$50,000 como máximo de por vida

\*Solo los solicitantes primeramente elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar Planes C, F, y F con deducible alto

**PLAN C<sup>+</sup>**

**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios			
Primeros 60 días	Todo menos \$1,600	\$1,600 (deducible de la Parte A)	\$0
Del día 61 al día 90	Todo menos \$400 por día	\$400 por día	\$0
Del día 91 y en adelante:			
--Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo menos \$800	\$800 por día	\$0
--Una vez que utiliza los días de reserva de por vida:			
--365 días adicionales	\$0	100% de los Gastos elegibles de Medicare	\$0**
--Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Del día 21 al día 100	Todo menos \$200 por día	Hasta \$200 por día	\$0
Día 101 y en adelante	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

\*\*AVISO: Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los "Beneficios principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo basado en cualquier diferencia entre sus cargos por cobrar y el importe que Medicare habría pagado.

\*Solo los solicitantes primeramente elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar Planes C, F, y F con deducible alto

**PLAN C<sup>+</sup>**

**MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero			
Primero \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$226 (deducible de la Parte B)	\$0
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$226 (deducible de la Parte B)	\$0
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

**PARTES A y B del PLAN C<sup>+</sup>**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>			
<b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b>			
Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
- Primero \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$226 (deducible de la Parte B)	\$0
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

\*Solo los solicitantes primeramente elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar Planes C, F, y F con deducible alto

**PLAN C<sup>+</sup>**  
**OTROS BENEFICIOS – SIN COBERTURA DE MEDICARE**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>VIAJE AL EXTRANJERO – SIN COBERTURA DE MEDICARE</b> Servicios de atención de emergencia necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de EE.UU.			
Primero \$250 por año calendario	\$0	\$0	\$250
Restante de los cargos	\$0	80% hasta un beneficio máximo vitalicio de \$50,000	20% y cantidades por encima de \$50,000 como máximo vitalicio

<sup>+</sup>Solo los solicitantes primeramente elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar Planes C, F, y F con deducible alto



**SELECT D**  
**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA		USTED PAGA	
		PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE	PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios					
Primeros 60 días	Todo menos \$1,600	\$1,600 (deducible de la Parte A)	\$0	\$0	\$1,600 (deducible de la Parte A)
Del día 61 al día 90	Todo menos \$400 por día	\$400 por día	\$0	\$0	\$400 por día
Del día 91 y en adelante: --Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo menos \$800	\$800 por día	\$0	\$0	\$800 por día
--Una vez que utiliza los días de reserva de por vida: --365 días adicionales	\$0	100% de los Gastos elegibles de Medicare	\$0	\$0**	Todos los costos
--Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	\$0	Todos los costos	Todos los costos
<b>ADMISIONES POR EMERGENCIA</b>	Igual que las demás admisiones	Igual que las demás admisiones	Igual que una admisión a un hospital participante	Todos los costos más allá del beneficio máximo de por vida	Todos los costos más allá del beneficio máximo de por vida

\*\*AVISO: Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los "Beneficios principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo basado en cualquier diferencia entre sus cargos por cobrar y el importe que Medicare habría pagado.

**SELECT D**  
**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**  
**(continuación)**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b>                      Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital</p> <p>Primeros 20 días</p> <p>Del día 21 al día 100</p> <p>Día 101 y en adelante</p>	<p>Todas las cantidades aprobadas</p> <p>Todo menos \$200 por día</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>Hasta \$200 por día</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>Todos los costos</p>
<p><b>SANGRE</b>                      Primeras 3 pintas                      Cantidades adicionales</p>	<p>\$0</p> <p>100%</p>	<p>3 pintas</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p><b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b>                      Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.</p>	<p>Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.</p>	<p>Copago/coaseguro de Medicare</p>	<p>\$0</p>

**SELECT D**  
**MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero Primero \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare* Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	\$0 Generalmente el 80%	\$0 Generalmente el 20%	\$226 (deducible de la Parte B) \$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Sigüientes \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare* Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	\$0 \$0 80%	Todos los costos \$0 20%	\$0 \$226 (deducible de la Parte B) \$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

**SELECT D**  
**MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**  
**(continuación)**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>			
SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE			
Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
- Primero \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$226 (deducible de la Parte B)
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

**SELECT D**  
**OTROS BENEFICIOS – SIN COBERTURA DE MEDICARE**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>VIAJE AL EXTRANJERO – SIN COBERTURA DE MEDICARE</b>			
Servicios de atención de emergencia necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de EE.UU.			
Primero \$250 por año calendario	\$0	\$0	\$250
Restante de los cargos	\$0	80% hasta un beneficio máximo vitalicio de \$50,000	20% y cantidades por encima de los \$50,000 como máximo de por vida

**PLAN F<sup>+</sup>**

**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios			
Primeros 60 días	Todo menos \$1,600	\$1,600 (deducible de la Parte A)	\$0
Del día 61 al día 90	Todo menos \$400 por día	\$400 por día	\$0
Del día 91 y en adelante:			
--Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo menos \$800	\$800 por día	\$0
--Una vez que utiliza los días de reserva de por vida:			
--365 días adicionales	\$0	100% de los Gastos elegibles de Medicare	\$0**
--Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Del día 21 al día 100	Todo menos \$200 por día	Hasta \$200 por día	\$0
Día 101 y en adelante	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

\*\*AVISO: Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los "Beneficios principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo basado en cualquier diferencia entre sus cargos por cobrar y el importe que Medicare habría pagado.

\*Solo los solicitantes primeramente elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar Planes C, F, y F con deducible alto

**PLAN F<sup>+</sup>**  
**MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero			
Primero \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$226 (deducible de la Parte B)	\$0
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	100%	\$0
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$226 (deducible de la Parte B)	\$0
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

**PARTES A y B del PLAN F<sup>+</sup>**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>			
<b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b>			
Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
- Primero \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$226 (deducible de la Parte B)	\$0
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

\*Solo los solicitantes primeramente elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar Planes C, F, y F con deducible alto

**PLAN F<sup>+</sup>  
OTROS BENEFICIOS – SIN COBERTURA DE MEDICARE**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>VIAJE AL EXTRANJERO – SIN COBERTURA DE MEDICARE</b>                      Servicios de atención de emergencia necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de EE.UU.</p> <p>Primero \$250 por año calendario</p> <p>Restante de los cargos</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>80% hasta un beneficio máximo vitalicio de \$50,000</p>	<p>\$250</p> <p>20% y cantidades por encima de \$50,000 como máximo vitalicio</p>

<sup>+</sup>Solo los solicitantes primeramente elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar Planes C, F, y F con deducible alto

**SELECT M**  
**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA		USTED PAGA	
		PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE	PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios					
Primeros 60 días	Todo menos \$1,600	\$800 (50% deducible de la Parte A)	\$0	\$800	\$1,600 (deducible de la Parte A)
Del día 61 al día 90	Todo menos \$400 por día	\$400 por día	\$0	\$0	\$400 por día
Del día 91 y en adelante: --Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo menos \$800	\$800 por día	\$0	\$0	\$800 por día
--Una vez que utiliza los días de reserva de por vida: --365 días adicionales	\$0	100% de los Gastos elegibles de Medicare	\$0	\$0**	Todos los costos
--Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	\$0	Todos los costos	Todos los costos
<b>ADMISIONES POR EMERGENCIA</b>	Igual que las demás admisiones	Igual que las demás admisiones	Igual que una admisión a un hospital participante	Todos los costos más allá del beneficio máximo de por vida	Todos los costos más allá del beneficio máximo de por vida

\*\*AVISO: Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los "Beneficios principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo basado en cualquier diferencia entre sus cargos por cobrar y el importe que Medicare habría pagado.



**SELECT M**  
**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**  
**(continuación)**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA *</b>                      Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital</p> <p>Primeros 20 días</p> <p>Del día 21 al día 100</p> <p>Día 101 y en adelante</p>	<p>Todas las cantidades aprobadas</p> <p>Todo menos \$200 por día</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>Hasta \$200 por día</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>Todos los costos</p>
<p><b>SANGRE</b></p> <p>Primeras 3 pintas</p> <p>Cantidades adicionales</p>	<p>\$0</p> <p>100%</p>	<p>3 pintas</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p><b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b></p> <p>Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.</p>	<p>Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.</p>	<p>Copago/coaseguro de Medicare</p>	<p>\$0</p>

**SELECT M  
MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero Primero \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare* Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	\$0  Generalmente el 80%	\$0  Generalmente el 20%	\$226 (deducible de la Parte B)  \$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Sigüientes \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare* Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	\$0 \$0 80%	Todos los costos \$0 20%	\$0 \$226 (deducible de la Parte B) \$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

**SELECT M**  
**MEDICARE (PARTES A y B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b> SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero - Primero \$226 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$226 (deducible de la Parte B)
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

**SELECT M**  
**OTROS BENEFICIOS – SIN COBERTURA DE MEDICARE**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>VIAJE AL EXTRANJERO – SIN COBERTURA DE MEDICARE</b> Servicios de atención de emergencia necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de EE.UU.			
Primero \$250 por año calendario	\$0	\$0	\$250
Restante de los cargos	\$0	80% hasta un beneficio máximo vitalicio de \$50,000	20% y cantidades por encima de los \$50,000 como máximo de por vida