



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 Oklahoma no ofrece las coberturas sombreadas en color gris.

BENEFICIOS Y SERVICIOS 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 K, L 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 de centro de enfermería especializada	Deducible de la Parte A			Emergencia en viajes al extranjero	
G	Beneficios básicos, coaseguro del 100% de la Parte B incluido	Coaseguro de centro de enfermería especializada	Deducible de la Parte A		Exceso de la Parte B (100%)	Emergencia en viajes al extranjero	
G¹							
K	La hospitalización y la atención médica preventiva se pagan al 100%; otros beneficios básicos se pagan al 50%	Coaseguro del 50% en centro de enfermería especializada	Deducible del 50% de la Parte A				Límite de gastos de bolsillo de \$7,060; se paga al 100% luego de alcanzar el límite
L	La hospitalización y la atención médica preventiva se pagan al 100%; otros beneficios básicos se pagan al 75%	Coaseguro del 75% en centro de enfermería especializada	Deducible del 75% de la Parte A				Límite de gastos de bolsillo de \$3,530; se paga al 100% luego de alcanzar el límite
M	Beneficios básicos, coaseguro del 100% de la Parte B incluido	Coaseguro de centro de enfermería especializada	Deducible del 50% de la Parte A			Emergencia 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 de centro de enfermería especializada	Deducible de la Parte A			Emergencia 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 de centro de enfermería especializada	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte B		Emergencia en viajes al extranjero	
F F¹	Beneficios básicos, coaseguro del 100% de la Parte B incluido ¹	Coaseguro de centro de enfermería especializada	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte B	Exceso de la Parte B (100%)	Emergencia 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 \$2,800 por año calendario. Los beneficios de las Coberturas F y G con deducible alto no comenzarán hasta que los gastos de bolsillo sean de \$2,800. Los gastos de bolsillo de estos deducibles 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 por separado para emergencias en viajes al extranjero de la cobertura.

² Las Coberturas Blue Plan65 Select exigen que usted acuda a un hospital de la red Blue Plan65 Select en el caso de admisiones que no sean de emergencia para recibir cobertura para el deducible de la Parte A de Medicare. En el caso de una emergencia, el deducible de \$1,632 tiene cobertura en cualquier hospital en el que reciba atención. Solo algunos hospitales son prestadores de servicios médicos de la red conforme a esta póliza. Consulte con su médico para determinar si este tiene privilegios de admisión en un hospital de la red. Si no es así, es posible que usted deba acudir a otro médico al momento de la hospitalización o deberá pagar todos los gastos. Si el asegurado se muda fuera del área de servicio, habrá una reducción de la cobertura de beneficios y existirá la oportunidad de adquirir cualquier póliza suplementaria de Medicare con beneficios comparables o menores ofrecidos por la aseguradora o coberturas Select/ suplementarias de Medicare A, B, C, F, K o L de cualquier aseguradora en un plazo de 63 días desde la finalización.

Tasas de la prima mensual, vigentes a partir del 1 de enero de 2024

65 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$301.60	\$274.18	N/A	N/A	\$334.03	\$303.70	N/A	N/A
F	\$189.58	\$172.34	\$172.52	\$156.83	\$209.97	\$190.89	\$191.08	\$173.72
Cobertura F con deducible alto¹	\$47.72	\$43.39	N/A	N/A	\$52.86	\$48.04	N/A	N/A
G	\$141.49	\$128.62	\$124.78	\$113.43	\$158.62	\$144.19	\$139.89	\$127.16
Cobertura G con deducible alto¹	\$40.79	\$37.09	N/A	N/A	\$45.19	\$41.07	N/A	N/A
G Plus	\$160.10	\$147.23	\$143.39	\$132.04	\$177.23	\$162.80	\$158.50	\$145.77
N	\$124.74	\$113.40	\$113.51	\$103.19	\$139.86	\$127.13	\$127.27	\$115.68

66 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$315.86	\$287.15	N/A	N/A	\$349.85	\$318.04	N/A	N/A
F	\$198.54	\$180.49	\$180.68	\$164.25	\$219.91	\$199.92	\$200.12	\$181.92
Cobertura F con deducible alto¹	\$49.98	\$45.44	N/A	N/A	\$55.36	\$50.34	N/A	N/A
G	\$149.02	\$135.48	\$131.42	\$119.47	\$166.97	\$151.79	\$147.24	\$133.85
Cobertura G con deducible alto¹	\$42.72	\$38.84	N/A	N/A	\$47.33	\$43.03	N/A	N/A
G Plus	\$167.63	\$154.09	\$150.03	\$138.08	\$185.58	\$170.40	\$165.85	\$152.46
N	\$131.39	\$119.43	\$119.56	\$108.68	\$147.19	\$133.83	\$133.95	\$121.78

67 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$330.13	\$300.14	N/A	N/A	\$365.64	\$332.41	N/A	N/A
F	\$207.52	\$188.65	\$188.85	\$171.67	\$229.84	\$208.96	\$209.15	\$190.15
Cobertura F con deducible alto¹	\$52.23	\$47.48	N/A	N/A	\$57.86	\$52.60	N/A	N/A
G	\$156.56	\$142.33	\$138.06	\$125.51	\$175.31	\$159.38	\$154.59	\$140.54
Cobertura G con deducible alto¹	\$44.64	\$40.59	N/A	N/A	\$49.45	\$44.98	N/A	N/A
G Plus	\$175.17	\$160.94	\$156.67	\$144.12	\$193.92	\$177.99	\$173.20	\$159.15
N	\$138.02	\$125.48	\$125.59	\$114.19	\$154.56	\$140.50	\$140.65	\$127.85

68 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$344.40	\$313.10	N/A	N/A	\$381.46	\$346.80	N/A	N/A
F	\$216.48	\$196.81	\$196.99	\$179.10	\$239.78	\$217.98	\$218.20	\$198.37
Cobertura F con deducible alto¹	\$54.49	\$49.55	N/A	N/A	\$60.35	\$54.87	N/A	N/A
G	\$164.09	\$149.17	\$144.69	\$131.54	\$183.65	\$166.96	\$161.95	\$147.24
Cobertura G con deducible alto¹	\$46.58	\$42.37	N/A	N/A	\$51.59	\$46.90	N/A	N/A
G Plus	\$182.70	\$167.78	\$163.30	\$150.15	\$202.26	\$185.57	\$180.56	\$165.85
N	\$144.66	\$131.52	\$131.64	\$119.67	\$161.91	\$147.19	\$147.35	\$133.95

69 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$358.69	\$326.08	N/A	N/A	\$397.28	\$361.15	N/A	N/A
F	\$225.45	\$204.97	\$205.16	\$186.51	\$249.71	\$227.02	\$227.24	\$206.58
Cobertura F con deducible alto¹	\$56.75	\$51.59	N/A	N/A	\$62.87	\$57.14	N/A	N/A
G	\$171.61	\$156.01	\$151.35	\$137.58	\$191.99	\$174.54	\$169.31	\$153.92
Cobertura G con deducible alto¹	\$48.51	\$44.11	N/A	N/A	\$53.73	\$48.86	N/A	N/A
G Plus	\$190.22	\$174.62	\$169.96	\$156.19	\$210.60	\$193.15	\$187.92	\$172.53
N	\$151.31	\$137.54	\$137.70	\$125.18	\$169.27	\$153.89	\$154.03	\$140.02

70 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$372.94	\$339.04	N/A	N/A	\$413.08	\$375.53	N/A	N/A
F	\$234.43	\$213.12	\$213.33	\$193.94	\$259.64	\$236.04	\$236.29	\$214.81
Cobertura F con deducible alto¹	\$59.01	\$53.65	N/A	N/A	\$65.37	\$59.44	N/A	N/A
G	\$179.15	\$162.87	\$157.98	\$143.62	\$200.33	\$182.12	\$176.66	\$160.61
Cobertura G con deducible alto¹	\$50.45	\$45.86	N/A	N/A	\$55.89	\$50.79	N/A	N/A
G Plus	\$197.76	\$181.48	\$176.59	\$162.23	\$218.94	\$200.73	\$195.27	\$179.22
N	\$157.95	\$143.59	\$143.74	\$130.67	\$176.62	\$160.56	\$160.73	\$146.11

71 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$387.20	\$352.02	N/A	N/A	\$428.89	\$389.89	N/A	N/A
F	\$243.39	\$221.27	\$221.48	\$201.36	\$269.59	\$245.09	\$245.33	\$223.03
Cobertura F con deducible alto¹	\$61.26	\$55.70	N/A	N/A	\$67.86	\$61.69	N/A	N/A
G	\$186.68	\$169.72	\$164.63	\$149.67	\$208.67	\$189.70	\$184.03	\$167.30
Cobertura G con deducible alto¹	\$52.37	\$47.60	N/A	N/A	\$58.03	\$52.74	N/A	N/A
G Plus	\$205.29	\$188.33	\$183.24	\$168.28	\$227.28	\$208.31	\$202.64	\$185.91
N	\$164.59	\$149.63	\$149.79	\$136.16	\$183.98	\$167.26	\$167.42	\$152.20

72 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$401.50	\$364.98	N/A	N/A	\$444.68	\$404.26	N/A	N/A
F	\$252.37	\$229.43	\$229.65	\$208.78	\$279.52	\$254.11	\$254.37	\$231.24
Cobertura F con deducible alto¹	\$63.52	\$57.75	N/A	N/A	\$70.36	\$63.96	N/A	N/A
G	\$194.23	\$176.56	\$171.27	\$155.69	\$217.02	\$197.30	\$191.38	\$173.99
Cobertura G con deducible alto¹	\$54.30	\$49.37	N/A	N/A	\$60.15	\$54.69	N/A	N/A
G Plus	\$212.84	\$195.17	\$189.88	\$174.30	\$235.63	\$215.91	\$209.99	\$192.60
N	\$171.24	\$155.67	\$155.82	\$141.66	\$191.34	\$173.95	\$174.12	\$158.28

73 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$415.75	\$377.95	N/A	N/A	\$460.50	\$418.63	N/A	N/A
F	\$261.33	\$237.56	\$237.82	\$216.20	\$289.47	\$263.15	\$263.41	\$239.46
Cobertura F con deducible alto¹	\$65.77	\$59.80	N/A	N/A	\$72.86	\$66.23	N/A	N/A
G	\$201.75	\$183.41	\$177.91	\$161.74	\$225.36	\$204.88	\$198.74	\$180.66
Cobertura G con deducible alto¹	\$56.24	\$51.13	N/A	N/A	\$62.29	\$56.62	N/A	N/A
G Plus	\$220.36	\$202.02	\$196.52	\$180.35	\$243.97	\$223.49	\$217.35	\$199.27
N	\$177.88	\$161.70	\$161.86	\$147.15	\$198.69	\$180.62	\$180.82	\$164.37

74 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$430.01	\$390.95	N/A	N/A	\$476.29	\$433.00	N/A	N/A
F	\$270.30	\$245.72	\$245.98	\$223.62	\$299.40	\$272.18	\$272.45	\$247.68
Cobertura F con deducible alto¹	\$68.04	\$61.86	N/A	N/A	\$75.36	\$68.53	N/A	N/A
G	\$209.29	\$190.26	\$184.56	\$167.78	\$233.71	\$212.47	\$206.09	\$187.36
Cobertura G con deducible alto¹	\$58.16	\$52.88	N/A	N/A	\$64.42	\$58.58	N/A	N/A
G Plus	\$227.90	\$208.87	\$203.17	\$186.39	\$252.32	\$231.08	\$224.70	\$205.97
N	\$184.51	\$167.73	\$167.90	\$152.65	\$206.05	\$187.32	\$187.50	\$170.45

75 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$444.30	\$403.91	N/A	N/A	\$492.11	\$447.38	N/A	N/A
F	\$279.27	\$253.88	\$254.14	\$231.04	\$309.33	\$281.21	\$281.48	\$255.90
Cobertura F con deducible alto¹	\$70.31	\$63.92	N/A	N/A	\$77.87	\$70.80	N/A	N/A
G	\$216.82	\$197.10	\$191.19	\$173.82	\$242.04	\$220.04	\$213.46	\$194.05
Cobertura G con deducible alto¹	\$60.09	\$54.64	N/A	N/A	\$66.56	\$60.51	N/A	N/A
G Plus	\$235.43	\$215.71	\$209.80	\$192.43	\$260.65	\$238.65	\$232.07	\$212.66
N	\$191.16	\$173.77	\$173.95	\$158.12	\$213.39	\$193.99	\$194.19	\$176.54

76 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$458.57	\$416.87	N/A	N/A	\$507.90	\$461.74	N/A	N/A
F	\$288.25	\$262.03	\$262.31	\$238.46	\$319.26	\$290.24	\$290.54	\$264.12
Cobertura F con deducible alto¹	\$72.56	\$65.97	N/A	N/A	\$80.38	\$73.06	N/A	N/A
G	\$224.35	\$203.95	\$197.84	\$179.85	\$250.39	\$227.62	\$220.81	\$200.74
Cobertura G con deducible alto¹	\$62.04	\$56.39	N/A	N/A	\$68.70	\$62.47	N/A	N/A
G Plus	\$242.96	\$222.56	\$216.45	\$198.46	\$269.00	\$246.23	\$239.42	\$219.35
N	\$197.78	\$179.82	\$179.98	\$163.63	\$220.76	\$200.69	\$200.89	\$182.63

77 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$472.84	\$429.85	N/A	N/A	\$523.72	\$476.12	N/A	N/A
F	\$297.22	\$270.19	\$270.47	\$245.88	\$329.21	\$299.27	\$299.57	\$272.33
Cobertura F con deducible alto¹	\$74.81	\$68.02	N/A	N/A	\$82.86	\$75.33	N/A	N/A
G	\$231.87	\$210.79	\$204.49	\$185.89	\$258.74	\$235.21	\$228.16	\$207.43
Cobertura G con deducible alto¹	\$63.95	\$58.14	N/A	N/A	\$70.84	\$64.39	N/A	N/A
G Plus	\$250.48	\$229.40	\$223.10	\$204.50	\$277.35	\$253.82	\$246.77	\$226.04
N	\$204.43	\$185.85	\$186.03	\$169.12	\$228.10	\$207.38	\$207.59	\$188.71

78 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$487.10	\$442.82	N/A	N/A	\$539.52	\$490.48	N/A	N/A
F	\$306.19	\$278.35	\$278.63	\$253.31	\$339.13	\$308.31	\$308.62	\$280.55
Cobertura F con deducible alto¹	\$77.07	\$70.07	N/A	N/A	\$85.37	\$77.60	N/A	N/A
G	\$239.42	\$217.65	\$211.12	\$191.93	\$267.08	\$242.79	\$235.51	\$214.10
Cobertura G con deducible alto¹	\$65.90	\$59.91	N/A	N/A	\$72.99	\$66.36	N/A	N/A
G Plus	\$258.03	\$236.26	\$229.73	\$210.54	\$285.69	\$261.40	\$254.12	\$232.71
N	\$211.07	\$191.88	\$192.08	\$174.60	\$235.46	\$214.04	\$214.27	\$194.80

79 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$501.38	\$455.78	N/A	N/A	\$555.32	\$504.84	N/A	N/A
F	\$315.16	\$286.50	\$286.80	\$260.73	\$349.07	\$317.35	\$317.65	\$288.78
Cobertura F con deducible alto¹	\$79.34	\$72.12	N/A	N/A	\$87.87	\$79.89	N/A	N/A
G	\$246.94	\$224.49	\$217.77	\$197.98	\$275.42	\$250.38	\$242.88	\$220.80
Cobertura G con deducible alto¹	\$67.81	\$61.66	N/A	N/A	\$75.12	\$68.29	N/A	N/A
G Plus	\$265.55	\$243.10	\$236.38	\$216.59	\$294.03	\$268.99	\$261.49	\$239.41
N	\$217.71	\$197.92	\$198.12	\$180.12	\$242.83	\$220.75	\$220.98	\$200.87

80 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$515.65	\$468.77	N/A	N/A	\$571.13	\$519.22	N/A	N/A
F	\$324.12	\$294.66	\$294.96	\$268.15	\$359.01	\$326.37	\$326.69	\$296.99
Cobertura F con deducible alto¹	\$81.59	\$74.18	N/A	N/A	\$90.36	\$82.15	N/A	N/A
G	\$254.46	\$231.34	\$224.41	\$204.01	\$283.77	\$257.97	\$250.24	\$227.49
Cobertura G con deducible alto¹	\$69.75	\$63.41	N/A	N/A	\$77.25	\$70.22	N/A	N/A
G Plus	\$273.07	\$249.95	\$243.02	\$222.62	\$302.38	\$276.58	\$268.85	\$246.10
N	\$224.35	\$203.97	\$204.16	\$185.60	\$250.17	\$227.43	\$227.65	\$206.97

81 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$529.93	\$481.74	N/A	N/A	\$586.93	\$533.59	N/A	N/A
F	\$333.10	\$302.82	\$303.12	\$275.55	\$368.94	\$335.41	\$335.73	\$305.21
Cobertura F con deducible alto¹	\$83.84	\$76.23	N/A	N/A	\$92.87	\$84.43	N/A	N/A
G	\$262.01	\$238.18	\$231.06	\$210.05	\$292.11	\$265.55	\$257.59	\$234.17
Cobertura G con deducible alto¹	\$71.68	\$65.17	N/A	N/A	\$79.39	\$72.19	N/A	N/A
G Plus	\$280.62	\$256.79	\$249.67	\$228.66	\$310.72	\$284.16	\$276.20	\$252.78
N	\$231.00	\$209.99	\$210.21	\$191.10	\$257.54	\$234.12	\$234.34	\$213.05

82 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$544.19	\$494.71	N/A	N/A	\$602.76	\$547.94	N/A	N/A
F	\$342.07	\$310.98	\$311.29	\$282.97	\$378.87	\$344.43	\$344.78	\$313.44
Cobertura F con deducible alto¹	\$86.10	\$78.28	N/A	N/A	\$95.37	\$86.70	N/A	N/A
G	\$269.53	\$245.03	\$237.69	\$216.08	\$300.44	\$273.13	\$264.95	\$240.87
Cobertura G con deducible alto¹	\$73.61	\$66.92	N/A	N/A	\$81.53	\$74.12	N/A	N/A
G Plus	\$288.14	\$263.64	\$256.30	\$234.69	\$319.05	\$291.74	\$283.56	\$259.48
N	\$237.64	\$216.03	\$216.25	\$196.60	\$264.88	\$240.80	\$241.06	\$219.14

83 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$558.44	\$507.67	N/A	N/A	\$618.56	\$562.32	N/A	N/A
F	\$351.04	\$319.12	\$319.44	\$290.39	\$388.82	\$353.47	\$353.83	\$321.64
Cobertura F con deducible alto¹	\$88.35	\$80.32	N/A	N/A	\$97.88	\$88.99	N/A	N/A
G	\$277.07	\$251.88	\$244.33	\$222.11	\$308.79	\$280.72	\$272.32	\$247.54
Cobertura G con deducible alto¹	\$75.54	\$68.67	N/A	N/A	\$83.67	\$76.07	N/A	N/A
G Plus	\$295.68	\$270.49	\$262.94	\$240.72	\$327.40	\$299.33	\$290.93	\$266.15
N	\$244.27	\$222.07	\$222.29	\$202.08	\$272.24	\$247.48	\$247.73	\$225.21

84 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$572.75	\$520.68	N/A	N/A	\$634.37	\$576.70	N/A	N/A
F	\$360.01	\$327.28	\$327.61	\$297.82	\$398.75	\$362.49	\$362.87	\$329.87
Cobertura F con deducible alto¹	\$90.62	\$82.39	N/A	N/A	\$100.38	\$91.26	N/A	N/A
G	\$284.59	\$258.74	\$250.98	\$228.15	\$317.13	\$288.30	\$279.66	\$254.24
Cobertura G con deducible alto¹	\$77.48	\$70.43	N/A	N/A	\$85.81	\$78.01	N/A	N/A
G Plus	\$303.20	\$277.35	\$269.59	\$246.76	\$335.74	\$306.91	\$298.27	\$272.85
N	\$250.91	\$228.09	\$228.32	\$207.59	\$279.60	\$254.18	\$254.43	\$231.31

85 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$587.02	\$533.65	N/A	N/A	\$650.17	\$591.07	N/A	N/A
F	\$368.97	\$335.44	\$335.77	\$305.25	\$408.68	\$371.54	\$371.90	\$338.10
Cobertura F con deducible alto¹	\$92.89	\$84.43	N/A	N/A	\$102.88	\$93.53	N/A	N/A
G	\$292.13	\$265.57	\$257.61	\$234.19	\$325.47	\$295.88	\$287.01	\$260.92
Cobertura G con deducible alto¹	\$79.40	\$72.19	N/A	N/A	\$87.97	\$79.96	N/A	N/A
G Plus	\$310.74	\$284.18	\$276.22	\$252.80	\$344.08	\$314.49	\$305.62	\$279.53
N	\$257.56	\$234.15	\$234.36	\$213.07	\$286.95	\$260.87	\$261.13	\$237.38

86 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$601.26	\$546.61	N/A	N/A	\$666.00	\$605.42	N/A	N/A
F	\$377.95	\$343.58	\$343.92	\$312.66	\$418.63	\$380.57	\$380.95	\$346.32
Cobertura F con deducible alto¹	\$95.14	\$86.48	N/A	N/A	\$105.37	\$95.79	N/A	N/A
G	\$299.66	\$272.43	\$264.26	\$240.24	\$333.82	\$303.47	\$294.37	\$267.61
Cobertura G con deducible alto¹	\$81.33	\$73.94	N/A	N/A	\$90.09	\$81.90	N/A	N/A
G Plus	\$318.27	\$291.04	\$282.87	\$258.85	\$352.43	\$322.08	\$312.98	\$286.22
N	\$264.19	\$240.18	\$240.42	\$218.56	\$294.30	\$267.56	\$267.81	\$243.49

87 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$615.54	\$559.60	N/A	N/A	\$681.79	\$619.80	N/A	N/A
F	\$386.91	\$351.74	\$352.09	\$320.08	\$428.55	\$389.59	\$389.98	\$354.54
Cobertura F con deducible alto¹	\$97.40	\$88.55	N/A	N/A	\$107.88	\$98.06	N/A	N/A
G	\$307.20	\$279.27	\$270.91	\$246.28	\$342.16	\$311.06	\$301.74	\$274.31
Cobertura G con deducible alto¹	\$83.26	\$75.69	N/A	N/A	\$92.21	\$83.83	N/A	N/A
G Plus	\$325.81	\$297.88	\$289.52	\$264.89	\$360.77	\$329.67	\$320.35	\$292.92
N	\$270.84	\$246.21	\$246.47	\$224.04	\$301.66	\$274.23	\$274.51	\$249.55

88 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$629.81	\$572.57	N/A	N/A	\$697.61	\$634.18	N/A	N/A
F	\$395.88	\$359.90	\$360.25	\$327.50	\$438.50	\$398.63	\$399.02	\$362.76
Cobertura F con deducible alto¹	\$99.65	\$90.60	N/A	N/A	\$110.37	\$100.35	N/A	N/A
G	\$314.73	\$286.11	\$277.54	\$252.32	\$350.49	\$318.64	\$309.09	\$280.98
Cobertura G con deducible alto¹	\$85.18	\$77.45	N/A	N/A	\$94.35	\$85.79	N/A	N/A
G Plus	\$333.34	\$304.72	\$296.15	\$270.93	\$369.10	\$337.25	\$327.70	\$299.59
N	\$277.49	\$252.25	\$252.52	\$229.54	\$309.02	\$280.92	\$281.21	\$255.64

89 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$644.09	\$585.53	N/A	N/A	\$713.40	\$648.56	N/A	N/A
F	\$404.86	\$368.05	\$368.41	\$334.93	\$448.43	\$407.65	\$408.07	\$370.97
Cobertura F con deducible alto¹	\$101.92	\$92.63	N/A	N/A	\$112.89	\$102.62	N/A	N/A
G	\$322.27	\$292.96	\$284.17	\$258.36	\$358.84	\$326.23	\$316.45	\$287.67
Cobertura G con deducible alto¹	\$87.13	\$79.21	N/A	N/A	\$96.50	\$87.73	N/A	N/A
G Plus	\$340.88	\$311.57	\$302.78	\$276.97	\$377.45	\$344.84	\$335.06	\$306.28
N	\$284.13	\$258.28	\$258.55	\$235.05	\$316.37	\$287.62	\$287.90	\$261.72

90 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$658.36	\$598.49	N/A	N/A	\$729.22	\$662.90	N/A	N/A
F	\$413.82	\$376.21	\$376.58	\$342.34	\$458.36	\$416.69	\$417.11	\$379.18
Cobertura F con deducible alto¹	\$104.17	\$94.71	N/A	N/A	\$115.39	\$104.89	N/A	N/A
G	\$329.79	\$299.82	\$290.84	\$264.40	\$367.19	\$333.81	\$323.81	\$294.36
Cobertura G con deducible alto¹	\$89.05	\$80.97	N/A	N/A	\$98.64	\$89.67	N/A	N/A
G Plus	\$348.40	\$318.43	\$309.45	\$283.01	\$385.80	\$352.42	\$342.42	\$312.97
N	\$290.76	\$264.33	\$264.59	\$240.54	\$323.73	\$294.30	\$294.58	\$267.80

91 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$672.62	\$611.48	N/A	N/A	\$745.01	\$677.28	N/A	N/A
F	\$422.79	\$384.37	\$384.74	\$349.76	\$468.30	\$425.71	\$426.15	\$387.41
Cobertura F con deducible alto¹	\$106.43	\$96.75	N/A	N/A	\$117.87	\$107.16	N/A	N/A
G	\$337.33	\$306.66	\$297.47	\$270.42	\$375.52	\$341.39	\$331.16	\$301.06
Cobertura G con deducible alto¹	\$90.98	\$82.72	N/A	N/A	\$100.77	\$91.62	N/A	N/A
G Plus	\$355.94	\$325.27	\$316.08	\$289.03	\$394.13	\$360.00	\$349.77	\$319.67
N	\$297.39	\$270.37	\$270.64	\$246.04	\$331.08	\$300.98	\$301.29	\$273.90

92 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$686.89	\$624.46	N/A	N/A	\$760.82	\$691.66	N/A	N/A
F	\$431.77	\$392.51	\$392.90	\$357.19	\$478.24	\$434.76	\$435.19	\$395.63
Cobertura F con deducible alto¹	\$108.68	\$98.81	N/A	N/A	\$120.38	\$109.45	N/A	N/A
G	\$344.86	\$313.50	\$304.11	\$276.46	\$383.87	\$348.96	\$338.51	\$307.76
Cobertura G con deducible alto¹	\$92.92	\$84.47	N/A	N/A	\$102.92	\$93.55	N/A	N/A
G Plus	\$363.47	\$332.11	\$322.72	\$295.07	\$402.48	\$367.57	\$357.12	\$326.37
N	\$304.04	\$276.39	\$276.67	\$251.52	\$338.44	\$307.67	\$307.98	\$279.98

93 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$701.18	\$637.42	N/A	N/A	\$776.64	\$706.02	N/A	N/A
F	\$440.74	\$400.67	\$401.07	\$364.61	\$488.16	\$443.79	\$444.22	\$403.86
Cobertura F con deducible alto¹	\$110.94	\$100.86	N/A	N/A	\$122.88	\$111.72	N/A	N/A
G	\$352.39	\$320.35	\$310.75	\$282.50	\$392.23	\$356.55	\$345.87	\$314.44
Cobertura G con deducible alto¹	\$94.84	\$86.22	N/A	N/A	\$105.05	\$95.51	N/A	N/A
G Plus	\$371.00	\$338.96	\$329.36	\$301.11	\$410.84	\$375.16	\$364.48	\$333.05
N	\$310.68	\$282.43	\$282.70	\$257.02	\$345.80	\$314.36	\$314.67	\$286.06

94 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$715.44	\$650.40	N/A	N/A	\$792.43	\$720.37	N/A	N/A
F	\$449.72	\$408.83	\$409.23	\$372.04	\$498.11	\$452.82	\$453.27	\$412.06
Cobertura F con deducible alto¹	\$113.20	\$102.92	N/A	N/A	\$125.38	\$113.98	N/A	N/A
G	\$359.92	\$327.21	\$317.41	\$288.54	\$400.55	\$364.14	\$353.23	\$321.12
Cobertura G con deducible alto¹	\$96.77	\$87.99	N/A	N/A	\$107.19	\$97.45	N/A	N/A
G Plus	\$378.53	\$345.82	\$336.02	\$307.15	\$419.16	\$382.75	\$371.84	\$339.73
N	\$317.32	\$288.48	\$288.76	\$262.53	\$353.14	\$321.05	\$321.37	\$292.15

95 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$729.71	\$663.36	N/A	N/A	\$808.25	\$734.76	N/A	N/A
F	\$458.68	\$416.99	\$417.39	\$379.45	\$508.03	\$461.85	\$462.31	\$420.28
Cobertura F con deducible alto¹	\$115.46	\$104.96	N/A	N/A	\$127.89	\$116.25	N/A	N/A
G	\$367.46	\$334.04	\$324.04	\$294.58	\$408.90	\$371.73	\$360.59	\$327.81
Cobertura G con deducible alto¹	\$98.71	\$89.74	N/A	N/A	\$109.33	\$99.37	N/A	N/A
G Plus	\$386.07	\$352.65	\$342.65	\$313.19	\$427.51	\$390.34	\$379.20	\$346.42
N	\$323.95	\$294.52	\$294.81	\$268.01	\$360.50	\$327.74	\$328.05	\$298.23

96 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$743.99	\$676.34	N/A	N/A	\$824.04	\$749.11	N/A	N/A
F	\$467.65	\$425.14	\$425.56	\$386.87	\$517.97	\$470.88	\$471.37	\$428.51
Cobertura F con deducible alto¹	\$117.72	\$107.02	N/A	N/A	\$130.39	\$118.55	N/A	N/A
G	\$374.98	\$340.90	\$330.68	\$300.62	\$417.25	\$379.31	\$367.95	\$334.50
Cobertura G con deducible alto¹	\$100.63	\$91.49	N/A	N/A	\$111.47	\$101.34	N/A	N/A
G Plus	\$393.59	\$359.51	\$349.29	\$319.23	\$435.86	\$397.92	\$386.56	\$353.11
N	\$330.62	\$300.54	\$300.85	\$273.50	\$367.87	\$334.41	\$334.74	\$304.33

97 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$758.26	\$689.33	N/A	N/A	\$839.86	\$763.50	N/A	N/A
F	\$476.62	\$433.30	\$433.72	\$394.29	\$527.92	\$479.91	\$480.40	\$436.73
Cobertura F con deducible alto¹	\$119.98	\$109.06	N/A	N/A	\$132.88	\$120.82	N/A	N/A
G	\$382.51	\$347.74	\$337.33	\$306.66	\$425.58	\$386.89	\$375.31	\$341.19
Cobertura G con deducible alto¹	\$102.57	\$93.25	N/A	N/A	\$113.61	\$103.28	N/A	N/A
G Plus	\$401.12	\$366.35	\$355.94	\$325.27	\$444.19	\$405.50	\$393.92	\$359.80
N	\$337.25	\$306.58	\$306.89	\$278.98	\$375.22	\$341.10	\$341.45	\$310.41

98 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$772.50	\$702.29	N/A	N/A	\$855.65	\$777.86	N/A	N/A
F	\$485.59	\$441.46	\$441.89	\$401.71	\$537.84	\$488.95	\$489.44	\$444.94
Cobertura F con deducible alto¹	\$122.23	\$111.13	N/A	N/A	\$135.39	\$123.08	N/A	N/A
G	\$390.04	\$354.59	\$343.97	\$312.70	\$433.93	\$394.47	\$382.65	\$347.88
Cobertura G con deducible alto¹	\$104.50	\$95.01	N/A	N/A	\$115.75	\$105.22	N/A	N/A
G Plus	\$408.65	\$373.20	\$362.58	\$331.31	\$452.54	\$413.08	\$401.26	\$366.49
N	\$343.88	\$312.62	\$312.93	\$284.48	\$382.57	\$347.79	\$348.14	\$316.48

99 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$786.80	\$715.26	N/A	N/A	\$871.46	\$792.24	N/A	N/A
F	\$494.55	\$449.59	\$450.05	\$409.13	\$547.78	\$497.98	\$498.48	\$453.17
Cobertura F con deducible alto¹	\$124.50	\$113.18	N/A	N/A	\$137.90	\$125.35	N/A	N/A
G	\$397.58	\$361.44	\$350.60	\$318.74	\$442.28	\$402.05	\$390.02	\$354.56
Cobertura G con deducible alto¹	\$106.43	\$96.75	N/A	N/A	\$117.87	\$107.16	N/A	N/A
G Plus	\$416.19	\$380.05	\$369.21	\$337.35	\$460.89	\$420.66	\$408.63	\$373.17
N	\$350.53	\$318.66	\$318.97	\$289.99	\$389.92	\$354.48	\$354.83	\$322.58

Más de 100 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select ²		Estándar		Blue Plan65 Select ²	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$801.06	\$728.23	N/A	N/A	\$887.26	\$806.60	N/A	N/A
F	\$503.53	\$457.75	\$458.21	\$416.56	\$557.72	\$507.02	\$507.52	\$461.38
Cobertura F con deducible alto¹	\$126.75	\$115.22	N/A	N/A	\$140.40	\$127.63	N/A	N/A
G	\$405.11	\$368.28	\$357.26	\$324.78	\$450.60	\$409.65	\$397.38	\$361.25
Cobertura G con deducible alto¹	\$108.36	\$98.51	N/A	N/A	\$120.02	\$109.11	N/A	N/A
G Plus	\$423.72	\$386.89	\$375.87	\$343.39	\$469.21	\$428.26	\$415.99	\$379.86
N	\$357.17	\$324.69	\$325.03	\$295.47	\$397.28	\$361.17	\$361.52	\$328.65

Usted tiene la opción de adquirir cualquiera de las coberturas suplementarias de Medicare que se muestran en la portada de color blanco como coberturas estándares o como coberturas Blue Plan65 *Select*, excepto la Cobertura A, la Cobertura F con deducible alto¹ y la Cobertura G con deducible alto¹. Esas coberturas están disponibles como **coberturas estándares únicamente**.

Las Coberturas Blue Plan65 *Select* exigen que usted acuda a un hospital de la red Blue Plan65 *Select* en el caso de admisiones que no sean de emergencia para recibir cobertura para el deducible de la Parte A de Medicare. En el caso de una emergencia, el deducible de \$1,632 tiene cobertura en cualquier hospital en el que reciba atención. Solo algunos hospitales son prestadores de servicios médicos de la red conforme a esta póliza. Consulte con su médico para determinar si este tiene privilegios de admisión en un hospital de la red. Si no es así, es posible que usted deba acudir a otro médico al momento de la hospitalización o deberá pagar todos los gastos. Si se muda fuera del área de servicio, habrá una reducción de la cobertura de beneficios y existirá la oportunidad de adquirir cualquier póliza suplementaria de Medicare con beneficios comparables o menores ofrecidos por la aseguradora o coberturas Select/suplementarias de Medicare A, B, C, F, K o L de cualquier aseguradora en un plazo de 63 días desde la finalización.

INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMA

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

Sexo

Un factor que determinará su prima es 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, cigarros electrónicos, etc.

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

DESCUENTOS DE PRIMAS

Puede haber un descuento disponible en la prima del seguro suplementario de Medicare de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma. Los criterios de elegibilidad se describen a continuación. Si es elegible para un descuento, el descuento se aplicará a su próxima factura y permanecerá vigente mientras esté asegurado por su cobertura suplementario de Medicare de BCBSOK.

Los descuentos no se pueden combinar; solo se permite un tipo de descuento por asegurado.

Descuento por hogar con varios asegurados

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

Descuento Continue with BlueSM

Podría ser elegible para un descuento si solicitó cobertura de una póliza suplementaria de Medicare de BCBSOK emitida con una fecha de entrada en vigor a partir del 1 de enero de 2022 y de una cobertura de seguro de gastos médicos individual o grupal comercial de Blue Cross and Blue Shield, y esa cobertura estuvo dentro del año de la entrada en vigor de su póliza suplementaria de Medicare de BCBSOK.

Blue Family DiscountSM

Podría ser elegible para un descuento si solicitó cobertura de una póliza suplementaria de Medicare de BCBSOK emitida con una fecha de entrada en vigor a partir del 1 de enero de 2024 y cumple con los criterios para el descuento por hogar con varios asegurados Y el descuento de Continue with Blue.

DIVULGACIONES

Utilice este esquema para comparar los beneficios, los servicios 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 reemplazará otra póliza de seguro de gastos médicos, NO la cancele hasta que efectivamente reciba su nueva póliza y esté seguro de que quiere mantenerla.

AVISO

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

LAS RESPUESTAS COMPLETAS SON MUY IMPORTANTES

Revise la solicitud atentamente antes de firmarla. Asegúrese de que toda la información esté registrada como corresponde.

DIVULGACIONES ADICIONALES DE BLUE PLAN65 SELECT

SU PROFESIONAL DE LA RED BLUE PLAN65 SELECT

Al elegir Blue Plan65 *Select* como su cobertura suplementaria de Medicare, usted acepta recibir servicios de un profesional de la red Blue Plan65 *Select* para recibir el nivel de beneficios y servicios más alto. Para conocer la lista más actualizada de nuestros profesionales de la red Blue Plan65 *Select*, visite nuestro sitio web en **espanol.bcbsok.com**. Si recibe servicios incluidos de un profesional fuera de la red y los servicios estaban disponibles a través de un profesional de la red Blue Plan65 *Select*, esos servicios se reembolsarán a un nivel de beneficios más bajo, excepto en casos de atención médica de emergencia.

ESTIPULACIONES DE RESTRICCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA RED BLUE PLAN65 SELECT

Si recibe servicios que no sean de emergencia de un profesional fuera de la red Blue Plan65 *Select*, se reducirá la cobertura de la parte suplementaria de los servicios de Medicare de la siguiente manera:

- No se proporcionará cobertura para el monto del deducible de la Parte A de Medicare (los primeros \$1,632 de los montos aprobados por Medicare). Usted será responsable de este monto.
- No se proporcionará cobertura para el monto del coaseguro de la Parte A de Medicare desde el día 21 hasta el día 100 en un centro de enfermería especializada luego de recibir el alta hospitalaria. Usted será responsable de este monto.
- No se proporcionará cobertura para el monto del deducible de la Parte B de Medicare (los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare). Usted será responsable de este monto.
- No se proporcionará cobertura para la diferencia entre el cargo real de la Parte B de Medicare que se facturó y el cargo de la Parte B aprobado por Medicare. Es posible que usted sea responsable de esta diferencia si su profesional médico no acepta la asignación de Medicare.

COBERTURA PARA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Los beneficios para atención médica de emergencia, que son gastos elegibles de Medicare, se proporcionarán al nivel de la red Blue Plan65 *Select* sin importar si se acude a un profesional de la red Blue Plan65 *Select*. Esto incluye servicios que son necesarios de inmediato debido a una enfermedad, una lesión o un problema de salud imprevistos y no resulta razonable obtener los servicios a través de un profesional de la red Blue Plan65 *Select*.

PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR INCONFORMIDADES

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma se compromete a proporcionar administración de beneficios y Servicio al Cliente que sean atentos y de calidad para nuestros asegurados. Nuestra corporación proporciona Servicio al Cliente destinado a los asegurados de la cobertura suplementaria de Medicare. Este servicio incluye personal comprometido, líneas telefónicas específicas y acceso telefónico gratuito.

La unidad especializada de Servicio al Cliente de nuestro Departamento de Servicio al Cliente en Tulsa, Oklahoma, es responsable de abordar las consultas de los asegurados con respecto al pago de reclamaciones, facturación, niveles de cobertura, interpretación de beneficios, profesionales de la red, entre otras inquietudes.

Si su consulta no se resuelve satisfactoriamente en nuestra área especializada de Servicio al Cliente, se puede iniciar un procedimiento de inconformidad para obtener una revisión o aclaración adicional; el mismo se describe en la póliza.

CONTROL DE CALIDAD

Todos los profesionales de la red Blue Plan65 *Select* se eligen en función de criterios específicos por escrito y la calidad de la atención médica que proporcionan se evalúa de forma regular. Existen procesos para aplicar medidas correctivas cuando están justificadas.

Se comunican a los profesionales de la red Blue Plan65 *Select* criterios por escrito para continuar en la red o ser eliminados de esta.

DERECHO DE ADQUISICIÓN

Usted tiene derecho a solicitar cualquier póliza suplementaria de Medicare que ofrezca Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, siempre y cuando viva a una distancia de 25 millas de un hospital de Blue Plan65 *Select*. Si solicita cobertura conforme a esta póliza suplementaria de Medicare Blue Plan65 *Select*, puede cambiar su cobertura a cualquier póliza suplementaria de Medicare que ofrezca beneficios similares o menos beneficios mediante un aviso de intercambio por escrito con 31 días de anticipación.

Cobertura A

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura A paga	Usted paga
Hospitalización³ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,632	\$0	\$1,632 (deducible de la Parte A)
Días 61 a 90	Todo, excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
A partir del día 91:			
- Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$816 por día	\$816 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 de Medicare	\$0 ⁴
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centro de enfermería especializada³ 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 \$204 por día	\$0	Hasta \$204 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 del médico de enfermedad terminal	Todo, excepto copago o coaseguro muy limitados por medicamentos para pacientes no hospitalizados y atención médica de relevo para pacientes hospitalizados	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

³ 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.

⁴ 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 el saldo sobre la base de cualquier diferencia entre sus 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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁵	\$0	\$0	\$240 (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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁵	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios de laboratorio clínico: 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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁵	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

⁵ Una vez que le hayan facturado \$240 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
Hospitalización³ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,632	\$1,632 (deducible de la Parte A) ²	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
A partir del día 91:			
- Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$816 por día	\$816 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 de Medicare	\$0 ⁴
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centro de enfermería especializada³ 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 \$204 por día	Hasta \$204 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, excepto copago o coaseguro muy limitados por medicamentos para pacientes no hospitalizados y atención médica de relevo para pacientes hospitalizados	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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁵	\$0	\$240 (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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁵	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)	\$0
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios de laboratorio clínico: 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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁵	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)	\$0
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

Cobertura F

OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA MEDICARE

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F paga	Usted paga
Viajes al extranjero: Sin cobertura 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 F con deducible alto

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

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,800 ¹ , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,800 ¹ , usted paga
Hospitalización³ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,632	\$1,632 (deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$816 por día	\$816 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 de Medicare	\$0 ⁴
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centro de enfermería especializada³ 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 \$204 por día	Hasta \$204 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, excepto copago o coaseguro muy limitados por medicamentos para pacientes no hospitalizados y atención médica de relevo para pacientes hospitalizados	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

Cobertura F con deducible alto

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,800 ¹ , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,800 ¹ , 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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁵	\$0	\$240 (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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁵	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)	\$0
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios de laboratorio clínico: Pruebas para servicios de diagnóstico	100%	\$0	\$0

MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,800 ¹ , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,800 ¹ , 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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁵	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)	\$0
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA MEDICARE

Viajes al extranjero: Sin cobertura 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
Hospitalización³ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,632	\$1,632 (deducible de la Parte A) ²	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$816 por día	\$816 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 de Medicare	\$0 ⁴
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centro de enfermería especializada³ 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 \$204 por día	Hasta \$204 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, excepto copago o coaseguro muy limitados por medicamentos para pacientes no hospitalizados y atención médica de relevo para pacientes hospitalizados	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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁵	\$0	\$0	\$240 (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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁵	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios de laboratorio clínico: 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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁵	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA MEDICARE

Viajes al extranjero: Sin cobertura 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 con deducible alto

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

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,800 ¹ , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,800 ¹ , usted paga
Hospitalización³ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,632	\$1,632 (deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$816 por día	\$816 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 de Medicare	\$0 ⁴
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centro de enfermería especializada³ 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 \$204 por día	Hasta \$204 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, excepto copago o coaseguro muy limitados por medicamentos para pacientes no hospitalizados y atención médica de relevo para pacientes hospitalizados	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

Cobertura G con deducible alto

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,800 ¹ , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,800 ¹ , 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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁵	\$0	\$0	\$240 (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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁵	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios de laboratorio clínico: Pruebas para servicios de diagnóstico	100%	\$0	\$0

MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,800 ¹ , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,800 ¹ , usted paga
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁵	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

Cobertura G con deducible alto

OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA MEDICARE

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,800 ¹ , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,800 ¹ , usted paga
<p>Viajes al extranjero: Sin cobertura Medicare Servicios de atención médica de emergencia médicamente necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU.</p>			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80% para un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20% y los montos superiores al máximo de por vida de \$50,000

Cobertura G Plus

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
Hospitalización⁴ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,632	\$1,632 (deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$816 por día	\$816 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 de Medicare	\$0 ⁵
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centro de enfermería especializada⁴ 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 \$204 por día	Hasta \$204 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, excepto copago o coaseguro muy limitados por medicamentos para pacientes no hospitalizados y atención médica de relevo para pacientes hospitalizados	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

Cobertura G Plus

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios de laboratorio clínico: Pruebas para servicios de diagnóstico	100%	\$0	\$0

MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA MEDICARE

Viajes al extranjero: Sin cobertura 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

⁶ Una vez que le hayan facturado \$240 de los montos aprobados por Medicare por servicios incluidos, habrá alcanzado su deducible de la Parte B del año calendario.

Cobertura G Plus

BENEFICIOS INNOVADORES

SERVICIOS DENTALES

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
Evaluaciones de diagnóstico			
Dentro de la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
Servicios de prevención			
Dentro de la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
Radiografías de diagnóstico			
Dentro de la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
Servicios básicos de restauración⁷			
Dentro de la red	\$0	80%	20%
Fuera de la red	\$0	50%	50%
Extracciones no quirúrgicas			
Dentro de la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
Servicios periodontales no quirúrgicos			
Dentro de la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
Servicios complementarios			
Dentro de la red	\$0	50%	50%
Fuera de la red	\$0	30%	70%

⁷ Una vez por diente por año calendario.

Cobertura G Plus

SERVICIOS PARA LA VISTA

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
Examen anual de rutina			
Dentro de la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	Todo excepto \$40	\$40
Asignación para materiales			
Dentro de la red	\$0	\$130	Saldo restante
Fuera de la red	\$0	\$65	Saldo restante
AUDICIÓN⁸			
Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
Examen anual de rutina	\$0	100%	\$0
Descuentos de artículos	\$0	Generalmente el 30%	Saldo restante

⁸ Todos los servicios deben recibirse dentro de la red.

Cobertura N

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
Hospitalización³ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,632	\$1,632 (deducible de la Parte A) ²	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
A partir del día 91:			
- Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$816 por día	\$816 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 de Medicare	\$0 ⁴
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centro de enfermería especializada³ 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 \$204 por día	Hasta \$204 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, excepto copago o coaseguro muy limitados por medicamentos para pacientes no hospitalizados y atención médica de relevo para pacientes hospitalizados	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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁵	\$0	\$0	\$240 (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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁵	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios de laboratorio clínico: Pruebas para servicios de diagnóstico	100%	\$0	\$0

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 \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁵	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

Cobertura N

OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA MEDICARE

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
Viajes al extranjero: Sin cobertura 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 Oklahoma, 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 Oklahoma se reserva el derecho a cambiar las tasas ocasionalmente.

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare. No está relacionado con el gobierno de los EE. UU. ni con el programa federal Medicare, ni cuenta con su patrocinio.