



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 BÁSICOS:**

- Hospitalización: Coseguro de la Parte A más cobertura durante 365 días adicionales luego de que finalicen los beneficios de Medicare.
- Gastos médicos: Coseguro 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 coseguro o los copagos de la Parte B.
- Sangre: Las primeras 3 pintas de sangre cada año.
- Centros paliativos: Coseguro de la Parte A.

<b>A</b>	Beneficios básicos, coseguro del 100% de la Parte B incluido						
<b>B</b>	Beneficios básicos, coseguro del 100% de la Parte B incluido		Deducible de la Parte A				
<b>D</b>	Beneficios básicos, coseguro del 100% de la Parte B incluido	Coseguro por atención en centros de enfermería especializada	Deducible de la Parte A			Emergencias en viajes al extranjero	
<b>G</b> <b>G<sup>1</sup></b>	Beneficios básicos, coseguro del 100% de la Parte B incluido	Coseguro por atención en centros de enfermería especializada	Deducible de la Parte A		Exceso de la Parte B (100%)	Emergencias en viajes al extranjero	
<b>K</b>	La hospitalización y la atención médica preventiva se pagan al 100%; otros beneficios básicos se pagan al 50%	Coseguro del 50% por atención en centros de enfermería especializada	Deducible del 50% de la Parte A				Límite de gastos de bolsillo de \$5,880; se paga al 100% luego de alcanzar el límite
<b>L</b>	La hospitalización y la atención médica preventiva se pagan al 100%; otros beneficios básicos se pagan al 75%	Coseguro del 75% por atención en centros de enfermería especializada	Deducible del 75% de la Parte A				Límite de gastos de bolsillo de \$2,940; se paga al 100% luego de alcanzar el límite
<b>M</b>	Beneficios básicos, coseguro del 100% de la Parte B incluido	Coseguro por atención en centros de enfermería especializada	Deducible del 50% de la Parte A			Emergencias en viajes al extranjero	
<b>N</b>	Beneficios básicos, coseguro 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	Coseguro por atención en centros de enfermería especializada	Deducible de la Parte A			Emergencias en viajes al extranjero	

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

<b>C</b>	Beneficios básicos, coseguro del 100% de la Parte B incluido	Coseguro por atención en centros de enfermería especializada	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte B		Emergencias en viajes al extranjero	
<b>F</b>	Beneficios básicos, coseguro del 100% de la Parte B incluido <sup>1</sup>	Coseguro por atención en centros de enfermería especializada	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte B	Exceso de la Parte B (100%)	Emergencias en viajes al extranjero	
<b>F<sup>1</sup></b>							

<sup>1</sup> Estas coberturas con deducible alto pagan los mismos beneficios que las Coberturas F y G luego de que se haya pagado un deducible de \$2,340 por año calendario. Los beneficios de las Coberturas F y G, con deducible alto, no comenzarán hasta que los gastos de bolsillo sean de \$2,340. 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 adicional para casos de emergencia durante viajes al extranjero.

<sup>2</sup> 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 \$1,408 tiene cobertura en cualquier hospital en el que reciba atención. Solo algunos hospitales son prestadores de servicios médicos de la red conforme a esta póliza. Consulte con su médico para determinar si este tiene privilegios de admisión en un hospital de la red. Si no es así, es posible que usted deba acudir a otro médico al momento de la hospitalización o deberá pagar todos los gastos. Si el asegurado se muda fuera del área de servicio, habrá una reducción en la cobertura y tendrá la oportunidad de contratar otra póliza suplementaria de Medicare de la misma aseguradora, que incluya beneficios comparables o menores a los que tenía, o contratar una póliza suplementaria de Medicare o Medicare Select de otra aseguradora para las coberturas A, B, C, F, K o L, en un plazo de 63 días desde la finalización de la cobertura.

## Tasas de la prima mensual, vigentes a partir del 1.º de abril de 2020

### 65 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$134.90	\$122.64	N/A	N/A	\$149.42	\$135.84	N/A	N/A
<b>F</b>	\$169.92	\$154.47	\$154.63	\$140.57	\$188.20	\$171.09	\$171.27	\$155.70
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$38.88	\$35.35	N/A	N/A	\$43.07	\$39.15	N/A	N/A
<b>G</b>	\$129.69	\$117.90	\$118.02	\$107.29	\$145.39	\$132.17	\$132.31	\$120.28
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$37.32	\$33.94	N/A	N/A	\$41.35	\$37.58	N/A	N/A
<b>N</b>	\$104.43	\$94.94	\$95.03	\$86.39	\$117.08	\$106.43	\$106.54	\$96.85

### 66 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$141.29	\$128.44	N/A	N/A	\$156.49	\$142.26	N/A	N/A
<b>F</b>	\$177.96	\$161.78	\$161.94	\$147.22	\$197.11	\$179.19	\$179.37	\$163.06
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$40.72	\$37.02	N/A	N/A	\$45.11	\$41.01	N/A	N/A
<b>G</b>	\$136.59	\$124.18	\$124.30	\$113.00	\$153.04	\$139.12	\$139.26	\$126.60
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$39.09	\$35.54	N/A	N/A	\$43.31	\$39.37	N/A	N/A
<b>N</b>	\$109.99	\$99.99	\$100.09	\$90.99	\$123.23	\$112.03	\$112.14	\$101.95

# 67 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$147.67	\$134.25	N/A	N/A	\$163.56	\$148.69	N/A	N/A
<b>F</b>	\$186.00	\$169.09	\$169.26	\$153.87	\$206.01	\$187.29	\$187.47	\$170.43
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$42.56	\$38.69	N/A	N/A	\$47.14	\$42.86	N/A	N/A
<b>G</b>	\$143.50	\$130.45	\$130.58	\$118.71	\$160.68	\$146.08	\$146.22	\$132.93
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$40.86	\$37.14	N/A	N/A	\$45.25	\$41.15	N/A	N/A
<b>N</b>	\$115.55	\$105.05	\$105.15	\$95.59	\$129.39	\$117.63	\$117.75	\$107.04

# 68 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$154.05	\$140.05	N/A	N/A	\$170.63	\$155.12	N/A	N/A
<b>F</b>	\$194.04	\$176.40	\$176.57	\$160.52	\$214.92	\$195.38	\$195.58	\$177.80
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$44.40	\$40.37	N/A	N/A	\$49.18	\$44.71	N/A	N/A
<b>G</b>	\$150.40	\$136.73	\$136.86	\$124.42	\$168.33	\$153.03	\$153.18	\$139.26
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$42.62	\$38.76	N/A	N/A	\$47.21	\$42.92	N/A	N/A
<b>N</b>	\$121.11	\$110.10	\$110.21	\$100.19	\$135.55	\$123.23	\$123.35	\$112.14

# 69 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$160.44	\$145.85	N/A	N/A	\$177.70	\$161.55	N/A	N/A
<b>F</b>	\$202.08	\$183.71	\$183.89	\$167.17	\$223.82	\$203.48	\$203.68	\$185.16
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$46.24	\$42.04	N/A	N/A	\$51.22	\$46.56	N/A	N/A
<b>G</b>	\$157.30	\$143.00	\$143.15	\$130.13	\$175.98	\$159.98	\$160.14	\$145.58
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$44.39	\$40.36	N/A	N/A	\$49.17	\$44.70	N/A	N/A
<b>N</b>	\$126.67	\$115.15	\$115.27	\$104.79	\$141.71	\$128.82	\$128.95	\$117.23

# 70 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$166.82	\$151.65	N/A	N/A	\$184.77	\$167.97	N/A	N/A
<b>F</b>	\$210.12	\$191.02	\$191.21	\$173.83	\$232.73	\$211.57	\$211.78	\$192.53
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$48.08	\$43.71	N/A	N/A	\$53.26	\$48.42	N/A	N/A
<b>G</b>	\$164.21	\$149.28	\$149.43	\$135.84	\$183.62	\$166.93	\$167.10	\$151.91
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$46.16	\$41.96	N/A	N/A	\$51.13	\$46.48	N/A	N/A
<b>N</b>	\$132.23	\$120.21	\$120.33	\$109.39	\$147.86	\$134.42	\$134.56	\$122.32

# 71 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$173.20	\$157.46	N/A	N/A	\$191.84	\$174.40	N/A	N/A
<b>F</b>	\$218.16	\$198.33	\$198.52	\$180.48	\$241.64	\$219.67	\$219.89	\$199.90
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$49.92	\$45.38	N/A	N/A	\$55.30	\$50.27	N/A	N/A
<b>G</b>	\$171.11	\$155.56	\$155.71	\$141.56	\$191.27	\$173.88	\$174.06	\$158.23
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$47.92	\$43.56	N/A	N/A	\$53.09	\$48.26	N/A	N/A
<b>N</b>	\$137.79	\$125.26	\$125.39	\$113.99	\$154.02	\$140.02	\$140.16	\$127.42

# 72 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$179.59	\$163.26	N/A	N/A	\$198.91	\$180.83	N/A	N/A
<b>F</b>	\$226.20	\$205.64	\$205.84	\$187.13	\$250.54	\$227.76	\$227.99	\$207.27
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$51.76	\$47.06	N/A	N/A	\$57.33	\$52.12	N/A	N/A
<b>G</b>	\$178.02	\$161.83	\$161.99	\$147.27	\$198.92	\$180.83	\$181.01	\$164.56
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$49.69	\$45.18	N/A	N/A	\$55.04	\$50.04	N/A	N/A
<b>N</b>	\$143.35	\$130.32	\$130.45	\$118.59	\$160.18	\$145.62	\$145.76	\$132.51

# 73 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$185.97	\$169.06	N/A	N/A	\$205.98	\$187.26	N/A	N/A
<b>F</b>	\$234.24	\$212.94	\$213.16	\$193.78	\$259.45	\$235.86	\$236.10	\$214.63
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$53.60	\$48.73	N/A	N/A	\$59.37	\$53.97	N/A	N/A
<b>G</b>	\$184.92	\$168.11	\$168.28	\$152.98	\$206.56	\$187.78	\$187.97	\$170.88
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$51.46	\$46.78	N/A	N/A	\$57.00	\$51.81	N/A	N/A
<b>N</b>	\$148.91	\$135.37	\$135.51	\$123.19	\$166.34	\$151.22	\$151.37	\$137.61

# 74 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$192.35	\$174.87	N/A	N/A	\$213.05	\$193.68	N/A	N/A
<b>F</b>	\$242.28	\$220.25	\$220.47	\$200.43	\$268.35	\$243.96	\$244.20	\$222.00
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$55.44	\$50.40	N/A	N/A	\$61.41	\$55.83	N/A	N/A
<b>G</b>	\$191.82	\$174.38	\$174.56	\$158.69	\$214.21	\$194.74	\$194.93	\$177.21
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$53.22	\$48.38	N/A	N/A	\$58.95	\$53.60	N/A	N/A
<b>N</b>	\$154.47	\$140.42	\$140.56	\$127.79	\$172.49	\$156.81	\$156.97	\$142.70

# 75 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$198.74	\$180.67	N/A	N/A	\$220.12	\$200.11	N/A	N/A
<b>F</b>	\$250.32	\$227.56	\$227.79	\$207.08	\$277.26	\$252.05	\$252.30	\$229.37
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$57.28	\$52.08	N/A	N/A	\$63.45	\$57.68	N/A	N/A
<b>G</b>	\$198.73	\$180.66	\$180.84	\$164.40	\$221.86	\$201.69	\$201.89	\$183.54
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$54.99	\$50.00	N/A	N/A	\$60.91	\$55.37	N/A	N/A
<b>N</b>	\$160.03	\$145.48	\$145.62	\$132.38	\$178.65	\$162.41	\$162.57	\$147.79

# 76 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$205.12	\$186.47	N/A	N/A	\$227.19	\$206.54	N/A	N/A
<b>F</b>	\$258.36	\$234.87	\$235.11	\$213.73	\$286.16	\$260.15	\$260.41	\$236.73
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$59.12	\$53.75	N/A	N/A	\$65.49	\$59.53	N/A	N/A
<b>G</b>	\$205.63	\$186.94	\$187.12	\$170.11	\$229.50	\$208.64	\$208.85	\$189.86
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$56.76	\$51.60	N/A	N/A	\$62.87	\$57.15	N/A	N/A
<b>N</b>	\$165.58	\$150.53	\$150.68	\$136.98	\$184.81	\$168.01	\$168.18	\$152.89



# 77 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$211.50	\$192.28	N/A	N/A	\$234.26	\$212.97	N/A	N/A
<b>F</b>	\$266.40	\$242.18	\$242.42	\$220.39	\$295.07	\$268.24	\$268.51	\$244.10
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$60.96	\$55.42	N/A	N/A	\$67.52	\$61.38	N/A	N/A
<b>G</b>	\$212.53	\$193.21	\$193.41	\$175.82	\$237.15	\$215.59	\$215.81	\$196.19
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$58.52	\$53.20	N/A	N/A	\$64.82	\$58.92	N/A	N/A
<b>N</b>	\$171.14	\$155.59	\$155.74	\$141.58	\$190.97	\$173.61	\$173.78	\$157.98

# 78 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$217.89	\$198.08	N/A	N/A	\$241.33	\$219.39	N/A	N/A
<b>F</b>	\$274.44	\$249.49	\$249.74	\$227.04	\$303.97	\$276.34	\$276.62	\$251.47
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$62.80	\$57.09	N/A	N/A	\$69.56	\$63.24	N/A	N/A
<b>G</b>	\$219.44	\$199.49	\$199.69	\$181.53	\$244.80	\$222.54	\$222.76	\$202.51
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$60.29	\$54.81	N/A	N/A	\$66.78	\$60.71	N/A	N/A
<b>N</b>	\$176.70	\$160.64	\$160.80	\$146.18	\$197.12	\$179.20	\$179.38	\$163.08

# 79 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$224.27	\$203.88	N/A	N/A	\$248.40	\$225.82	N/A	N/A
<b>F</b>	\$282.48	\$256.80	\$257.06	\$233.69	\$312.88	\$284.44	\$284.72	\$258.84
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$64.64	\$58.77	N/A	N/A	\$71.60	\$65.09	N/A	N/A
<b>G</b>	\$226.34	\$205.76	\$205.97	\$187.25	\$252.44	\$229.49	\$229.72	\$208.84
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$62.05	\$56.42	N/A	N/A	\$68.74	\$62.49	N/A	N/A
<b>N</b>	\$182.26	\$165.69	\$165.86	\$150.78	\$203.28	\$184.80	\$184.99	\$168.17

# 80 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$230.65	\$209.68	N/A	N/A	\$255.47	\$232.25	N/A	N/A
<b>F</b>	\$290.52	\$264.11	\$264.37	\$240.34	\$321.78	\$292.53	\$292.82	\$266.20
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$66.48	\$60.44	N/A	N/A	\$73.64	\$66.94	N/A	N/A
<b>G</b>	\$233.24	\$212.04	\$212.25	\$192.96	\$260.09	\$236.45	\$236.68	\$215.17
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$63.82	\$58.02	N/A	N/A	\$70.69	\$64.26	N/A	N/A
<b>N</b>	\$187.82	\$170.75	\$170.92	\$155.38	\$209.44	\$190.40	\$190.59	\$173.26

# 81 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$237.04	\$215.49	N/A	N/A	\$262.54	\$238.68	N/A	N/A
<b>F</b>	\$298.56	\$271.42	\$271.69	\$246.99	\$330.69	\$300.63	\$300.93	\$273.57
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$68.32	\$62.11	N/A	N/A	\$75.67	\$68.80	N/A	N/A
<b>G</b>	\$240.15	\$218.32	\$218.54	\$198.67	\$267.74	\$243.40	\$243.64	\$221.49
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$65.59	\$59.63	N/A	N/A	\$72.64	\$66.05	N/A	N/A
<b>N</b>	\$193.38	\$175.80	\$175.98	\$159.98	\$215.60	\$196.00	\$196.19	\$178.36

# 82 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$243.42	\$221.29	N/A	N/A	\$269.62	\$245.10	N/A	N/A
<b>F</b>	\$306.60	\$278.73	\$279.01	\$253.64	\$339.59	\$308.72	\$309.03	\$280.94
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$70.16	\$63.78	N/A	N/A	\$77.71	\$70.65	N/A	N/A
<b>G</b>	\$247.05	\$224.59	\$224.82	\$204.38	\$275.38	\$250.35	\$250.60	\$227.82
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$67.35	\$61.23	N/A	N/A	\$74.60	\$67.82	N/A	N/A
<b>N</b>	\$198.94	\$180.85	\$181.04	\$164.58	\$221.75	\$201.59	\$201.80	\$183.45

# 83 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$249.80	\$227.09	N/A	N/A	\$276.69	\$251.53	N/A	N/A
<b>F</b>	\$314.64	\$286.04	\$286.32	\$260.29	\$348.50	\$316.82	\$317.14	\$288.30
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$72.00	\$65.46	N/A	N/A	\$79.75	\$72.50	N/A	N/A
<b>G</b>	\$253.96	\$230.87	\$231.10	\$210.09	\$283.03	\$257.30	\$257.56	\$234.14
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$69.12	\$62.84	N/A	N/A	\$76.56	\$69.60	N/A	N/A
<b>N</b>	\$204.50	\$185.91	\$186.09	\$169.18	\$227.91	\$207.19	\$207.40	\$188.54

# 84 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$256.19	\$232.90	N/A	N/A	\$283.76	\$257.96	N/A	N/A
<b>F</b>	\$322.68	\$293.35	\$293.64	\$266.94	\$357.41	\$324.91	\$325.24	\$295.67
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$73.84	\$67.13	N/A	N/A	\$81.79	\$74.35	N/A	N/A
<b>G</b>	\$260.86	\$237.15	\$237.38	\$215.80	\$290.68	\$264.25	\$264.52	\$240.47
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$70.89	\$64.44	N/A	N/A	\$78.52	\$71.38	N/A	N/A
<b>N</b>	\$210.06	\$190.96	\$191.15	\$173.78	\$234.07	\$212.79	\$213.00	\$193.64

# 85 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$262.57	\$238.70	N/A	N/A	\$290.83	\$264.39	N/A	N/A
<b>F</b>	\$330.72	\$300.66	\$300.96	\$273.60	\$366.31	\$333.01	\$333.34	\$303.04
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$75.68	\$68.80	N/A	N/A	\$83.83	\$76.21	N/A	N/A
<b>G</b>	\$267.76	\$243.42	\$243.66	\$221.51	\$298.32	\$271.20	\$271.47	\$246.79
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$72.65	\$66.05	N/A	N/A	\$80.48	\$73.16	N/A	N/A
<b>N</b>	\$215.62	\$196.02	\$196.21	\$178.37	\$240.23	\$218.39	\$218.61	\$198.73

# 86 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$268.95	\$244.50	N/A	N/A	\$297.90	\$270.81	N/A	N/A
<b>F</b>	\$338.76	\$307.96	\$308.27	\$280.25	\$375.22	\$341.11	\$341.45	\$310.41
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$77.52	\$70.47	N/A	N/A	\$85.86	\$78.06	N/A	N/A
<b>G</b>	\$274.67	\$249.70	\$249.95	\$227.22	\$305.97	\$278.15	\$278.43	\$253.12
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$74.42	\$67.65	N/A	N/A	\$82.43	\$74.94	N/A	N/A
<b>N</b>	\$221.18	\$201.07	\$201.27	\$182.97	\$246.38	\$223.99	\$224.21	\$203.83

# 87 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$275.34	\$250.31	N/A	N/A	\$304.97	\$277.24	N/A	N/A
<b>F</b>	\$346.80	\$315.27	\$315.59	\$286.90	\$384.12	\$349.20	\$349.55	\$317.77
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$79.36	\$72.15	N/A	N/A	\$87.90	\$79.91	N/A	N/A
<b>G</b>	\$281.57	\$255.97	\$256.23	\$232.94	\$313.62	\$285.11	\$285.39	\$259.45
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$76.19	\$69.26	N/A	N/A	\$84.38	\$76.71	N/A	N/A
<b>N</b>	\$226.74	\$206.12	\$206.33	\$187.57	\$252.54	\$229.58	\$229.81	\$208.92

# 88 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$281.72	\$256.11	N/A	N/A	\$312.04	\$283.67	N/A	N/A
<b>F</b>	\$354.84	\$322.58	\$322.91	\$293.55	\$393.03	\$357.30	\$357.65	\$325.14
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$81.20	\$73.82	N/A	N/A	\$89.94	\$81.76	N/A	N/A
<b>G</b>	\$288.47	\$262.25	\$262.51	\$238.65	\$321.26	\$292.06	\$292.35	\$265.77
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$77.95	\$70.87	N/A	N/A	\$86.34	\$78.49	N/A	N/A
<b>N</b>	\$232.30	\$211.18	\$211.39	\$192.17	\$258.70	\$235.18	\$235.42	\$214.01

# 89 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$288.10	\$261.91	N/A	N/A	\$319.11	\$290.10	N/A	N/A
<b>F</b>	\$362.88	\$329.89	\$330.22	\$300.20	\$401.93	\$365.39	\$365.76	\$332.51
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$83.04	\$75.49	N/A	N/A	\$91.98	\$83.62	N/A	N/A
<b>G</b>	\$295.38	\$268.53	\$268.79	\$244.36	\$328.91	\$299.01	\$299.31	\$272.10
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$79.72	\$72.47	N/A	N/A	\$88.30	\$80.28	N/A	N/A
<b>N</b>	\$237.86	\$216.23	\$216.45	\$196.77	\$264.86	\$240.78	\$241.02	\$219.11

# 90 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$294.49	\$267.71	N/A	N/A	\$326.18	\$296.52	N/A	N/A
<b>F</b>	\$370.92	\$337.20	\$337.54	\$306.85	\$410.84	\$373.49	\$373.86	\$339.87
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$84.88	\$77.17	N/A	N/A	\$94.02	\$85.47	N/A	N/A
<b>G</b>	\$302.28	\$274.80	\$275.08	\$250.07	\$336.56	\$305.96	\$306.27	\$278.42
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$81.48	\$74.08	N/A	N/A	\$90.26	\$82.05	N/A	N/A
<b>N</b>	\$243.41	\$221.29	\$221.51	\$201.37	\$271.01	\$246.38	\$246.62	\$224.20

# 91 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$300.87	\$273.52	N/A	N/A	\$333.25	\$302.95	N/A	N/A
<b>F</b>	\$378.96	\$344.51	\$344.85	\$313.50	\$419.74	\$381.58	\$381.97	\$347.24
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$86.72	\$78.84	N/A	N/A	\$96.05	\$87.32	N/A	N/A
<b>G</b>	\$309.19	\$281.08	\$281.36	\$255.78	\$344.20	\$312.91	\$313.22	\$284.75
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$83.25	\$75.69	N/A	N/A	\$92.21	\$83.83	N/A	N/A
<b>N</b>	\$248.97	\$226.34	\$226.57	\$205.97	\$277.17	\$251.97	\$252.23	\$229.30

# 92 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$307.25	\$279.32	N/A	N/A	\$340.32	\$309.38	N/A	N/A
<b>F</b>	\$387.00	\$351.82	\$352.17	\$320.16	\$428.65	\$389.68	\$390.07	\$354.61
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$88.56	\$80.51	N/A	N/A	\$98.09	\$89.17	N/A	N/A
<b>G</b>	\$316.09	\$287.35	\$287.64	\$261.49	\$351.85	\$319.86	\$320.18	\$291.08
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$85.02	\$77.29	N/A	N/A	\$94.17	\$85.60	N/A	N/A
<b>N</b>	\$254.53	\$231.39	\$231.62	\$210.57	\$283.33	\$257.57	\$257.83	\$234.39



# 93 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$313.64	\$285.12	N/A	N/A	\$347.39	\$315.81	N/A	N/A
<b>F</b>	\$395.04	\$359.13	\$359.49	\$326.81	\$437.55	\$397.78	\$398.17	\$361.98
<b>Cobertura F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$90.40	\$82.18	N/A	N/A	\$100.13	\$91.03	N/A	N/A
<b>G</b>	\$322.99	\$293.63	\$293.92	\$267.20	\$359.50	\$326.81	\$327.14	\$297.40
<b>Cobertura G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$86.78	\$78.89	N/A	N/A	\$96.12	\$87.39	N/A	N/A
<b>N</b>	\$260.09	\$236.45	\$236.68	\$215.17	\$289.49	\$263.17	\$263.43	\$239.48

# 94 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$320.02	\$290.93	N/A	N/A	\$354.46	\$322.23	N/A	N/A
<b>F</b>	\$403.08	\$366.44	\$366.80	\$333.46	\$446.46	\$405.87	\$406.28	\$369.34
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$92.24	\$83.86	N/A	N/A	\$102.17	\$92.88	N/A	N/A
<b>G</b>	\$329.90	\$299.91	\$300.21	\$272.91	\$367.14	\$333.77	\$334.10	\$303.73
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$88.55	\$80.51	N/A	N/A	\$98.08	\$89.16	N/A	N/A
<b>N</b>	\$265.65	\$241.50	\$241.74	\$219.77	\$295.64	\$268.77	\$269.04	\$244.58

# 95 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$326.40	\$296.73	N/A	N/A	\$361.53	\$328.66	N/A	N/A
<b>F</b>	\$411.12	\$373.75	\$374.12	\$340.11	\$455.36	\$413.97	\$414.38	\$376.71
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$94.08	\$85.53	N/A	N/A	\$104.21	\$94.73	N/A	N/A
<b>G</b>	\$336.80	\$306.18	\$306.49	\$278.63	\$374.79	\$340.72	\$341.06	\$310.05
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$90.32	\$82.11	N/A	N/A	\$100.04	\$90.94	N/A	N/A
<b>N</b>	\$271.21	\$246.56	\$246.80	\$224.37	\$301.80	\$274.37	\$274.64	\$249.67

# 96 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$332.79	\$302.53	N/A	N/A	\$368.60	\$335.09	N/A	N/A
<b>F</b>	\$419.16	\$381.06	\$381.44	\$346.76	\$464.27	\$422.06	\$422.49	\$384.08
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$95.92	\$87.20	N/A	N/A	\$106.24	\$96.59	N/A	N/A
<b>G</b>	\$343.70	\$312.46	\$312.77	\$284.34	\$382.44	\$347.67	\$348.02	\$316.38
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$92.08	\$83.71	N/A	N/A	\$101.99	\$92.73	N/A	N/A
<b>N</b>	\$276.77	\$251.61	\$251.86	\$228.96	\$307.96	\$279.96	\$280.24	\$254.77

# 97 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$339.17	\$308.34	N/A	N/A	\$375.67	\$341.52	N/A	N/A
<b>F</b>	\$427.20	\$388.37	\$388.75	\$353.41	\$473.18	\$430.16	\$430.59	\$391.45
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$97.76	\$88.87	N/A	N/A	\$108.28	\$98.44	N/A	N/A
<b>G</b>	\$350.61	\$318.73	\$319.05	\$290.05	\$390.08	\$354.62	\$354.98	\$322.70
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$93.85	\$85.32	N/A	N/A	\$103.95	\$94.50	N/A	N/A
<b>N</b>	\$282.33	\$256.66	\$256.92	\$233.56	\$314.12	\$285.56	\$285.85	\$259.86

# 98 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$345.55	\$314.14	N/A	N/A	\$382.74	\$347.94	N/A	N/A
<b>F</b>	\$435.24	\$395.68	\$396.07	\$360.06	\$482.08	\$438.26	\$438.69	\$398.81
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$99.60	\$90.55	N/A	N/A	\$110.32	\$100.29	N/A	N/A
<b>G</b>	\$357.51	\$325.01	\$325.34	\$295.76	\$397.73	\$361.57	\$361.93	\$329.03
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$95.62	\$86.93	N/A	N/A	\$105.91	\$96.28	N/A	N/A
<b>N</b>	\$287.89	\$261.72	\$261.98	\$238.16	\$320.27	\$291.16	\$291.45	\$264.95

# 99 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$351.94	\$319.94	N/A	N/A	\$389.81	\$354.37	N/A	N/A
<b>F</b>	\$443.28	\$402.98	\$403.39	\$366.72	\$490.99	\$446.35	\$446.80	\$406.18
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$101.44	\$92.22	N/A	N/A	\$112.36	\$102.14	N/A	N/A
<b>G</b>	\$364.42	\$331.29	\$331.62	\$301.47	\$405.38	\$368.52	\$368.89	\$335.36
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$97.38	\$88.53	N/A	N/A	\$107.87	\$98.05	N/A	N/A
<b>N</b>	\$293.45	\$266.77	\$267.04	\$242.76	\$326.43	\$296.76	\$297.05	\$270.05

# Más de 100 años

	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>		Estándar		Blue Plan65 Select <sup>2</sup>	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
<b>A</b>	\$358.32	\$325.75	N/A	N/A	\$396.88	\$360.80	N/A	N/A
<b>F</b>	\$451.32	\$410.29	\$410.70	\$373.37	\$499.89	\$454.45	\$454.90	\$413.55
<b>F con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$103.28	\$93.89	N/A	N/A	\$114.40	\$104.00	N/A	N/A
<b>G</b>	\$371.32	\$337.56	\$337.90	\$307.18	\$413.02	\$375.48	\$375.85	\$341.68
<b>G con deducible alto<sup>1</sup></b>	\$99.15	\$90.13	N/A	N/A	\$109.82	\$99.84	N/A	N/A
<b>N</b>	\$299.01	\$271.82	\$272.10	\$247.36	\$332.59	\$302.35	\$302.66	\$275.14

Usted tiene la opción de adquirir cualquiera de las coberturas suplementarias de Medicare que se muestran en la portada con fondo blanco como coberturas estándar o como coberturas Blue Plan65 *Select*, excepto la Cobertura A, la Cobertura F con deducible alto<sup>1</sup> y la Cobertura G con deducible alto<sup>1</sup>. Esas coberturas están disponibles como **coberturas estándar únicamente**.

Las Coberturas 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 \$1,408 tiene cobertura en cualquier hospital en el que reciba atención. Solo algunos hospitales son prestadores de servicios médicos de la red conforme a esta póliza. Consulte con su médico para determinar si este tiene privilegios de admisión en un hospital de la red. Si no es así, es posible que usted deba acudir a otro médico al momento de la hospitalización o deberá pagar todos los gastos. Si se muda fuera del área de servicio, habrá una reducción en la cobertura y tendrá la oportunidad de contratar otra póliza suplementaria de Medicare de la misma aseguradora, que incluya beneficios comparables o menores a los que tenía, o contratar una póliza suplementaria de Medicare o Medicare Select de otra aseguradora para las coberturas A, B, C, F, K o L, en un plazo de 63 días desde la finalización de la cobertura.

## **INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMA**

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

### **Sexo**

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

### **Descuento para integrantes de un hogar**

Puede cumplir con los requisitos para un descuento si usted y otra persona viven en el mismo hogar y están asegurados mediante una cobertura de Seguro Suplementario de Medicare de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma a partir del 1.º de mayo de 2019.

### **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.

---

## DIVULGACIONES

---

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

### LEA SU PÓLIZA MUY ATENTAMENTE

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

### DERECHO DE DEVOLUCIÓN DE SU PÓLIZA

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

### REEMPLAZO DE PÓLIZA

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

### AVISO

Es posible que esta póliza no cubra completamente todos sus costos médicos. Ni Blue Cross and Blue Shield of 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 "Medicare y usted" para conocer más detalles.

### LAS RESPUESTAS COMPLETAS SON MUY IMPORTANTES

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

---

## DIVULGACIONES ADICIONALES DE BLUE PLAN65 *SELECT*

---

### SU PRESTADOR DE SERVICIOS MÉDICOS DE LA RED BLUE PLAN65 *SELECT*

Al elegir Blue Plan65 *Select* como su cobertura suplementaria de Medicare, usted acepta recibir servicios de un prestador de la red Blue Plan65 *Select* para recibir el nivel de beneficios más alto. Para conocer la lista más actualizada de nuestros prestadores de servicios médicos de la red Blue Plan65 *Select*, visite nuestro sitio web en **espanol.bcbsok.com**. Si recibe servicios incluidos de un prestador fuera de la red y los servicios estaban disponibles a través de un prestador 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 PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS DE LA RED BLUE PLAN65 *SELECT*

Si recibe servicios que no sean de emergencia de un prestador de servicios médicos 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 \$1,408 de los montos aprobados por Medicare). Usted será responsable de pagar este monto.
- No se proporcionará cobertura para el monto del coseguro de la Parte A de Medicare desde el día 21 hasta el día 100 por atención en un centro de enfermería especializada, luego de recibir el alta hospitalaria. Usted será responsable de pagar este monto.
- No se proporcionará cobertura para el monto del deducible de la Parte B de Medicare (los primeros \$198 de los montos aprobados por Medicare). Usted será responsable de pagar 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 pagar esta diferencia si el prestador de servicios médicos 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, tendrán cobertura como servicios clasificados de la red Blue Plan65 *Select* sin importar si acude a un prestador de servicios médicos 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 prestador de la red Blue Plan65 *Select*.

## **PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR INCONFORMIDADES**

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma se compromete a proporcionar servicios de gestión de beneficios y Servicio al Cliente de calidad que respondan a las necesidades de nuestros asegurados. Nuestra corporación proporciona Servicio al Cliente destinado a los asegurados con 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, red de prestadores de servicios médicos, entre otras inquietudes.

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

## **CONTROL DE CALIDAD**

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

A los prestadores de servicios médicos de la red Blue Plan65 *Select* se les comunican criterios por escrito para la continuación en la red o la remoción 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 la red 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, siempre y cuando presente 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
<b>Hospitalización<sup>3</sup></b> Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,408	\$0	\$1,408 (Deducible de la Parte A)
Días 61 a 90	Todo, excepto \$352 por día	\$352 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$704 por día	\$704 por día	\$0
– 365 días adicionales una vez que los días de reserva de por vida se hayan utilizado	\$0	100% de los gastos elegibles para Medicare	\$0 <sup>4</sup>
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Atención en centros de enfermería especializada<sup>3</sup></b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una hospitalización durante al menos 3 días y la admisión a un centro aprobado por Medicare en el plazo de 30 días desde el alta hospitalaria			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$176 por día	\$0	Hasta \$176 por día
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>Atención en centros paliativos</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico	Todo copago o coseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero son muy limitados.	Copago o coseguro de Medicare	\$0

<sup>3</sup> Un período de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente internado en un hospital, y finaliza luego de que ha recibido el alta hospitalaria y no ha recibido atención especializada en ningún otro centro durante 60 días consecutivos.

<sup>4</sup> AVISO: Cuando se agotan sus beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros ocupa el lugar de Medicare y pagará el monto que Medicare hubiera pagado por hasta 365 días adicionales, según lo estipulado en los “Beneficios principales” de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle cualquier saldo basándose en la diferencia entre los cargos facturados y el monto que Medicare hubiera pagado.



# Cobertura A

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura A paga	Usted paga
<b>Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos</b> , como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y externos, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, y equipo médico duradero			
Primeros \$198 de los montos aprobados por Medicare <sup>5</sup>	\$0	\$0	\$198 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
<b>Cargos en exceso de la Parte B</b> (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$198 de los montos aprobados por Medicare <sup>5</sup>	\$0	\$0	\$198 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
<b>Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico</b>	100%	\$0	\$0

## MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	La Cobertura A paga	Usted paga
<b>Servicios de atención médica en el hogar aprobados por Medicare</b>			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$198 de los montos aprobados por Medicare <sup>5</sup>	\$0	\$0	\$198 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

<sup>5</sup> Una vez que le hayan facturado \$198 de los montos aprobados por Medicare por servicios incluidos, habrá alcanzado su deducible de la Parte B del año calendario.

# Cobertura F

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F paga	Usted paga
<b>Hospitalización<sup>3</sup></b> Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,408	\$1,408 (Deducible de la Parte A) <sup>2</sup>	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$352 por día	\$352 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$704 por día	\$704 por día	\$0
– 365 días adicionales una vez que los días de reserva de por vida se hayan utilizado	\$0	100% de los gastos elegibles para Medicare	\$0 <sup>4</sup>
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Atención en centros de enfermería especializada<sup>3</sup></b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una hospitalización durante al menos 3 días y la admisión a un centro aprobado por Medicare en el plazo de 30 días desde el alta hospitalaria			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$176 por día	Hasta \$176 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>Atención en centros paliativos</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico	Todo copago o coseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero son muy limitados.	Copago o coseguro de Medicare	\$0

# Cobertura F

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F paga	Usted paga
<b>Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos</b> , como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y externos, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, y equipo médico duradero			
Primeros \$198 de los montos aprobados por Medicare <sup>5</sup>	\$0	\$198 (Deducible de la Parte B)	\$0
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
<b>Cargos en exceso de la Parte B</b> (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$198 de los montos aprobados por Medicare <sup>5</sup>	\$0	\$198 (Deducible de la Parte B)	\$0
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
<b>Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico</b>	100%	\$0	\$0
<b>MEDICARE (PARTES A Y B)</b>			
Servicios	Medicare paga	La Cobertura F paga	Usted paga
<b>Servicios de atención médica en el hogar aprobados por Medicare</b>			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$198 de los montos aprobados por Medicare <sup>5</sup>	\$0	\$198 (Deducible de la Parte B)	\$0
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

# Cobertura F

## OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

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

# Cobertura F con deducible alto

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

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,340 <sup>1</sup> , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,340 <sup>1</sup> , usted paga
<b>Hospitalización<sup>3</sup></b> Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,408	\$1,408 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$352 por día	\$352 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$704 por día	\$704 por día	\$0
– 365 días adicionales una vez que los días de reserva de por vida se hayan utilizado	\$0	100% de los gastos elegibles para Medicare	\$0 <sup>4</sup>
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Atención en centros de enfermería especializada<sup>3</sup></b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una hospitalización durante al menos 3 días y la admisión a un centro aprobado por Medicare en el plazo de 30 días desde el alta hospitalaria			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$176 por día	Hasta \$176 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>Atención en centros paliativos</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico	Todo copago o coseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero son muy limitados.	Copago o coseguro 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 \$2,340 <sup>1</sup> , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,340 <sup>1</sup> , usted paga
<b>Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos</b> , como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y externos, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, y equipo médico duradero			
Primeros \$198 de los montos aprobados por Medicare <sup>5</sup>	\$0	\$198 (Deducible de la Parte B)	\$0
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
<b>Cargos en exceso de la Parte B</b> (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$198 de los montos aprobados por Medicare <sup>5</sup>	\$0	\$198 (Deducible de la Parte B)	\$0
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
<b>Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico</b>	100%	\$0	\$0

## MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,340 <sup>1</sup> , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,340 <sup>1</sup> , usted paga
<b>Servicios de atención médica en el hogar aprobados por Medicare</b>			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$198 de los montos aprobados por Medicare <sup>5</sup>	\$0	\$198 (Deducible de la Parte B)	\$0
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

# Cobertura F con deducible alto

## OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,340 <sup>1</sup> , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,340 <sup>1</sup> , usted paga
<b>Viajes al extranjero: Servicios sin cobertura de Medicare</b> Servicios de atención médica de emergencia médicamente necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU.			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80% para un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20% y los montos superiores al máximo de por vida de \$50,000

# Cobertura G

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G paga	Usted paga
<b>Hospitalización<sup>3</sup></b> Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,408	\$1,408 (Deducible de la Parte A) <sup>2</sup>	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$352 por día	\$352 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$704 por día	\$704 por día	\$0
– 365 días adicionales una vez que los días de reserva de por vida se hayan utilizado	\$0	100% de los gastos elegibles para Medicare	\$0 <sup>4</sup>
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Atención en centros de enfermería especializada<sup>3</sup></b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una hospitalización durante al menos 3 días y la admisión a un centro aprobado por Medicare en el plazo de 30 días desde el alta hospitalaria			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$176 por día	Hasta \$176 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>Atención en centros paliativos</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico	Todo copago o coseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero son muy limitados.	Copago o coseguro de Medicare	\$0



# Cobertura G

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G paga	Usted paga
<b>Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos</b> , como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y externos, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, y equipo médico duradero			
Primeros \$198 de los montos aprobados por Medicare <sup>5</sup>	\$0	\$0	\$198 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
<b>Cargos en exceso de la Parte B</b> (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$198 de los montos aprobados por Medicare <sup>5</sup>	\$0	\$0	\$198 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
<b>Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico</b>	100%	\$0	\$0

## MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G paga	Usted paga
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$198 de los montos aprobados por Medicare <sup>5</sup>	\$0	\$0	\$198 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

# Cobertura G

## OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

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

# Cobertura G con deducible alto

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

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,340 <sup>1</sup> , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,340 <sup>1</sup> , usted paga
<b>Hospitalización<sup>3</sup></b> Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,408	\$1,408 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$352 por día	\$352 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$704 por día	\$704 por día	\$0
– 365 días adicionales una vez que los días de reserva de por vida se hayan utilizado	\$0	100% de los gastos elegibles para Medicare	\$0 <sup>4</sup>
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Atención en centros de enfermería especializada<sup>3</sup></b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una hospitalización durante al menos 3 días y la admisión a un centro aprobado por Medicare en el plazo de 30 días desde el alta hospitalaria			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$176 por día	Hasta \$176 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>Atención en centros paliativos</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico	Todo copago o coseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero son muy limitados.	Copago o coseguro 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 \$2,340 <sup>1</sup> , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,340 <sup>1</sup> , usted paga
<b>Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos</b> , como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y externos, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, y equipo médico duradero			
Primeros \$198 de los montos aprobados por Medicare <sup>5</sup>	\$0	\$0	\$198 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
<b>Cargos en exceso de la Parte B</b> (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$198 de los montos aprobados por Medicare <sup>5</sup>	\$0	\$0	\$198 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
<b>Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico</b>	100%	\$0	\$0

## MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,340 <sup>1</sup> , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,340 <sup>1</sup> , usted paga
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$198 de los montos aprobados por Medicare <sup>5</sup>	\$0	\$0	\$198 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

# Cobertura G con deducible alto

## OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,340 <sup>1</sup> , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,340 <sup>1</sup> , usted paga
<p><b>Viajes al extranjero: Servicios sin cobertura de Medicare</b>                      Servicios de atención médica de emergencia médicamente necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU.</p>			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80% para un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20% y los montos superiores al máximo de por vida de \$50,000

# Cobertura N

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
<b>Hospitalización<sup>3</sup></b> Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,408	\$1,408 (Deducible de la Parte A) <sup>2</sup>	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$352 por día	\$352 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$704 por día	\$704 por día	\$0
– 365 días adicionales una vez que los días de reserva de por vida se hayan utilizado	\$0	100% de los gastos elegibles para Medicare	\$0 <sup>4</sup>
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Atención en centros de enfermería especializada<sup>3</sup></b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una hospitalización durante al menos 3 días y la admisión a un centro aprobado por Medicare en el plazo de 30 días desde el alta hospitalaria			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$176 por día	Hasta \$176 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>Atención en centros paliativos</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico	Todo copago o coseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero son muy limitados.	Copago o coseguro de Medicare	\$0

# Cobertura N

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
<b>Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos</b> , como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y externos, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, y equipo médico duradero			
Primeros \$198 de los montos aprobados por Medicare <sup>5</sup>	\$0	\$0	\$198 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Saldo, además de hasta \$20 por consulta presencial y hasta \$50 por acudir a salas de emergencias. No se aplica el copago de hasta \$50 si el asegurado es ingresado a cualquier hospital y la consulta de emergencia tiene cobertura como gasto de la Parte A de Medicare.	Hasta \$20 por consulta presencial y hasta \$50 por consulta médica en salas de emergencias. No se aplica el copago de hasta \$50 si el asegurado es ingresado a cualquier hospital y la consulta de emergencia tiene cobertura como gasto de la Parte A de Medicare.
<b>Cargos en exceso de la Parte B</b> (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	\$0	Todos los gastos
<b>Sangre</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$198 de los montos aprobados por Medicare <sup>5</sup>	\$0	\$0	\$198 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
<b>Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico</b>	100%	\$0	\$0

# Cobertura N

## MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
<b>Servicios de atención médica en el hogar aprobados por Medicare</b>			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$198 de los montos aprobados por Medicare <sup>5</sup>	\$0	\$0	\$198 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

## OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

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



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. No está relacionado con el programa Medicare federal o gobierno de los EE. UU., ni cuenta con su patrocinio.

Blue Cross and Blue Shield of 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.