

FLORIDA BLUE**
DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA COBERTURA SUPLEMENTARIA
DE MEDICARE – Carátula

Planes A, B, C, D, F, G, K, L, M, N Suplementarios a BlueMedicare

Aviso al comprador: Puede ser que estas pólizas no cubran todos los gastos asociados con los servicios médicos incurridos por el comprador durante el periodo de cobertura. Se le advierte al comprador revisar cuidadosamente todas las limitaciones de la póliza. Esta tabla muestra los beneficios que incluye cada plan suplementario estándar de Medicare. Todas las empresas deben tener al Plan "A" disponible. Es posible que algunos planes no estén disponibles en su estado.

Beneficios básicos:

- **Hospitalización:** – coaseguro de la Parte A más la cobertura por 365 días adicionales después de que terminen los beneficios de Medicare.
- **Gastos médicos:** – coaseguro de la Parte B (generalmente el 20% de los gastos aprobados por Medicare) o copagos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Los Planes K, L y N requieren que los asegurados paguen una porción del coaseguro o los copagos de la Parte B.
- **Sangre** – las primeras tres pintas de sangre por año.
- **Hospicio para Enfermos Terminales** – Coaseguro de la Parte A

A	B	C	D	F	F*	G	K	L	M	N
Básicos, incluye el 100% del coaseguro de la Parte B	Básicos, incluye el 100% del coaseguro de la Parte B	Básicos, incluye el 100% del coaseguro de la Parte B	Básicos, incluye el 100% del coaseguro de la Parte B	Básicos, incluye el 100% del coaseguro de la Parte B		Básicos, incluye el 100% del coaseguro de la Parte B	Hospitalización y servicios preventivos cubiertos al 100%; otros beneficios básicos cubiertos al 50%	Hospitalización y servicios preventivos cubiertos al 100%; otros beneficios básicos cubiertos al 75%	Básicos, incluye el 100% del coaseguro de la Parte B	Básicos, incluye el 100% del coaseguro de la Parte B, con excepción de un copago de hasta \$20 por visita al consultorio y un copago de hasta \$50 por visita a la sala de emergencia.
		Coaseguro para Centro de enfermería especializada	Coaseguro para Centro de enfermería especializada	Coaseguro para Centro de enfermería especializada		Coaseguro para Centro de enfermería especializada	50% del coaseguro para Centro de enfermería especializada	75% del coaseguro para Centro de enfermería especializada	Coaseguro para Centro de enfermería especializada	Coaseguro para Centro de enfermería especializada
	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A		Deducible de la Parte A	50% del Deducible de la Parte A	75% del deducible de la Parte A	50% del Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A
		Deducible de la Parte B		Deducible de la Parte B						
				Excedente de la Parte B (100%)		Excedente de la Parte B (100%)				
		Emergencia en viaje al extranjero	Emergencia en viaje al extranjero	Emergencia en viaje al extranjero		Emergencia en viaje al extranjero			Emergencia en viaje al extranjero	Emergencia en viaje al extranjero
							Límite de gastos a su cargo de \$5,560 cubiertos al 100% luego de alcanzar el límite	Límite de gastos a su cargo de \$2,780 cubiertos al 100% luego de alcanzar el límite		

*El Plan F también cuenta con una opción llamada plan F de deducible alto. Este plan paga los mismos beneficios que el plan F después de que se ha pagado un deducible por año calendario de \$2,780. Los beneficios del plan F de deducible alto no comenzarán hasta que los gastos a su cargo superen \$2,780. Los gastos menores para este deducible son gastos que normalmente el plan pagaría. Estos gastos incluyen los deducibles de las Partes A y B de Medicare, pero no incluyen el deducible separado para emergencias durante viajes al extranjero.

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

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

PAGO MENSUAL - NO USA TABACO

Edad al momento de inscripción	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan F	Plan G	Plan K	Plan L	Plan M	Plan N
Menor de 65	\$715.80	\$850.20	\$979.60	\$908.80	\$995.30	\$919.00	\$492.00	\$701.00	\$842.40	\$825.60
65	\$211.90	\$251.80	\$290.00	\$269.10	\$294.60	\$272.20	\$145.70	\$207.50	\$249.50	\$244.50
66	\$216.30	\$257.50	\$295.70	\$276.30	\$300.20	\$279.20	\$149.60	\$212.90	\$255.90	\$251.10
67	\$220.70	\$263.70	\$303.20	\$283.80	\$307.70	\$286.60	\$153.70	\$218.70	\$262.50	\$258.20
68	\$225.30	\$270.00	\$311.00	\$291.80	\$315.60	\$294.60	\$158.00	\$224.80	\$269.60	\$265.50
69	\$229.50	\$275.70	\$318.70	\$299.30	\$323.10	\$302.20	\$162.10	\$230.80	\$276.40	\$272.70
De 70 a 71	\$235.10	\$284.30	\$329.80	\$310.40	\$334.10	\$313.10	\$168.10	\$239.20	\$286.00	\$283.10
De 72 a 74	\$243.30	\$296.30	\$348.20	\$328.90	\$353.60	\$331.60	\$178.30	\$253.70	\$302.40	\$300.80
De 75 a 79	\$250.60	\$311.10	\$374.40	\$356.20	\$379.80	\$358.90	\$193.50	\$275.00	\$326.00	\$327.40
Más de 80	\$246.30	\$321.60	\$420.40	\$399.60	\$425.80	\$402.20	\$217.40	\$308.70	\$361.40	\$371.80

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldar el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

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

PAGO MENSUAL - USA TABACO

Edad al momento de inscripción	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan F	Plan G	Plan K	Plan L	Plan M	Plan N
Menor de 65	\$786.90	\$935.40	\$1077.70	\$999.90	\$1094.50	\$1010.80	\$541.50	\$770.90	\$926.40	\$908.00
65	\$233.00	\$277.00	\$319.10	\$296.10	\$324.10	\$299.20	\$160.30	\$228.30	\$274.40	\$268.90
66	\$237.90	\$283.30	\$325.30	\$304.00	\$330.20	\$307.10	\$164.50	\$234.20	\$281.40	\$276.30
67	\$242.80	\$290.10	\$333.60	\$312.40	\$338.60	\$315.40	\$169.00	\$240.70	\$288.80	\$284.00
68	\$247.90	\$297.00	\$342.20	\$321.00	\$347.20	\$324.10	\$173.80	\$247.40	\$296.50	\$292.20
69	\$252.40	\$303.30	\$350.50	\$329.30	\$355.40	\$332.40	\$178.30	\$253.80	\$304.10	\$300.00
De 70 a 71	\$258.60	\$312.80	\$362.70	\$341.40	\$367.50	\$344.40	\$185.00	\$263.00	\$314.60	\$311.40
De 72 a 74	\$267.50	\$326.00	\$383.10	\$361.90	\$389.00	\$364.70	\$196.30	\$279.10	\$332.60	\$330.80
De 75 a 79	\$275.60	\$342.30	\$411.90	\$391.80	\$417.80	\$394.60	\$212.90	\$302.50	\$358.60	\$360.10
Más de 80	\$271.00	\$353.70	\$462.30	\$439.60	\$468.20	\$442.40	\$239.10	\$339.50	\$397.40	\$409.00

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldar el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

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

PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - NO USA TABACO

Edad al momento de inscripción	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan F	Plan G	Plan K	Plan L	Plan M	Plan N
Menor de 65	\$705.10	\$837.50	\$964.90	\$895.20	\$980.30	\$905.30	\$484.60	\$690.50	\$829.70	\$813.20
65	\$208.70	\$248.00	\$285.70	\$265.10	\$290.20	\$268.10	\$143.60	\$204.40	\$245.70	\$240.80
66	\$213.10	\$253.70	\$291.30	\$272.20	\$295.70	\$275.00	\$147.30	\$209.70	\$252.00	\$247.40
67	\$217.40	\$259.80	\$298.60	\$279.60	\$303.00	\$282.30	\$151.40	\$215.40	\$258.60	\$254.30
68	\$221.90	\$266.00	\$306.40	\$287.40	\$310.90	\$290.20	\$155.60	\$221.50	\$265.50	\$261.50
69	\$226.00	\$271.60	\$313.90	\$294.90	\$318.20	\$297.60	\$159.70	\$227.30	\$272.30	\$268.60
De 70 a 71	\$231.50	\$280.00	\$324.80	\$305.70	\$329.10	\$308.40	\$165.60	\$235.60	\$281.70	\$278.80
De 72 a 74	\$239.60	\$291.90	\$343.00	\$324.00	\$348.30	\$326.60	\$175.70	\$249.90	\$297.80	\$296.30
De 75 a 79	\$246.80	\$306.50	\$368.80	\$350.90	\$374.10	\$353.50	\$190.60	\$270.80	\$321.10	\$322.50
Más de 80	\$242.60	\$316.80	\$414.10	\$393.60	\$419.40	\$396.10	\$214.20	\$304.00	\$355.90	\$366.20

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldarse el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

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

PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - USA TABACO

Edad al momento de inscripción	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan F	Plan G	Plan K	Plan L	Plan M	Plan N
Menor de 65	\$775.10	\$921.30	\$1061.50	\$984.90	\$1078.10	\$995.60	\$533.40	\$759.40	\$912.50	\$894.40
65	\$229.60	\$272.80	\$314.30	\$291.60	\$319.20	\$294.70	\$157.90	\$224.90	\$270.30	\$264.90
66	\$234.30	\$279.00	\$320.40	\$299.40	\$325.30	\$302.50	\$162.00	\$230.70	\$277.10	\$272.20
67	\$239.20	\$285.80	\$328.60	\$307.70	\$333.50	\$310.70	\$166.50	\$237.10	\$284.40	\$279.70
68	\$244.20	\$292.50	\$337.00	\$316.20	\$342.00	\$319.20	\$171.20	\$243.70	\$292.10	\$287.80
69	\$248.60	\$298.70	\$345.20	\$324.40	\$350.10	\$327.40	\$175.70	\$250.00	\$299.50	\$295.50
De 70 a 71	\$254.70	\$308.10	\$357.30	\$336.20	\$362.00	\$339.20	\$182.20	\$259.10	\$309.90	\$306.70
De 72 a 74	\$263.50	\$321.10	\$377.30	\$356.50	\$383.20	\$359.30	\$193.40	\$274.90	\$327.60	\$325.80
De 75 a 79	\$271.50	\$337.10	\$405.80	\$385.90	\$411.50	\$388.70	\$209.70	\$298.00	\$353.20	\$354.70
Más de 80	\$267.00	\$348.40	\$455.30	\$433.00	\$461.20	\$435.80	\$235.50	\$334.40	\$391.50	\$402.90

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldar el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

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

PAGO MENSUAL - NO USA TABACO

Edad al momento de inscripción	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan F	Plan G	Plan K	Plan L	Plan M	Plan N
Menor de 65	\$504.10	\$598.60	\$689.60	\$640.40	\$700.60	\$647.10	\$346.60	\$493.50	\$593.60	\$581.40
65	\$149.30	\$177.30	\$204.20	\$189.70	\$207.40	\$191.70	\$102.70	\$146.10	\$175.70	\$172.10
66	\$152.30	\$181.40	\$208.20	\$194.50	\$211.50	\$196.60	\$105.30	\$150.00	\$180.10	\$176.90
67	\$155.40	\$185.70	\$213.60	\$199.80	\$216.80	\$201.80	\$108.20	\$154.20	\$184.80	\$181.80
68	\$158.70	\$190.10	\$218.90	\$205.40	\$222.10	\$207.40	\$111.40	\$158.30	\$189.90	\$187.00
69	\$161.50	\$194.30	\$224.30	\$210.90	\$227.40	\$212.80	\$114.20	\$162.50	\$194.60	\$192.10
De 70 a 71	\$165.50	\$200.20	\$232.30	\$218.40	\$235.20	\$220.40	\$118.30	\$168.50	\$201.40	\$199.20
De 72 a 74	\$171.40	\$208.80	\$245.20	\$231.60	\$249.10	\$233.50	\$125.50	\$178.50	\$213.00	\$211.80
De 75 a 79	\$176.50	\$219.10	\$263.60	\$250.90	\$267.40	\$252.70	\$136.20	\$193.70	\$229.60	\$230.60
Más de 80	\$173.50	\$226.40	\$296.00	\$281.30	\$299.90	\$283.20	\$153.00	\$217.40	\$254.40	\$261.80

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldarse el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

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

PAGO MENSUAL - USA TABACO

Edad al momento de inscripción	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan F	Plan G	Plan K	Plan L	Plan M	Plan N
Menor de 65	\$554.40	\$658.80	\$758.50	\$704.50	\$770.50	\$711.50	\$381.40	\$542.80	\$652.90	\$639.60
65	\$164.30	\$195.10	\$224.60	\$208.70	\$228.20	\$210.80	\$112.90	\$160.70	\$193.30	\$189.30
66	\$167.40	\$199.40	\$229.10	\$213.90	\$232.60	\$216.20	\$115.80	\$165.00	\$198.20	\$194.50
67	\$171.00	\$204.40	\$235.00	\$219.90	\$238.40	\$222.00	\$119.00	\$169.60	\$203.40	\$200.10
68	\$174.50	\$209.10	\$240.90	\$226.00	\$244.50	\$228.20	\$122.40	\$174.20	\$208.90	\$205.70
69	\$177.70	\$213.60	\$246.80	\$232.00	\$250.20	\$234.10	\$125.50	\$178.70	\$214.10	\$211.40
De 70 a 71	\$182.10	\$220.20	\$255.50	\$240.50	\$258.70	\$242.50	\$130.20	\$185.40	\$221.60	\$219.20
De 72 a 74	\$188.40	\$229.60	\$269.70	\$254.70	\$273.90	\$256.90	\$138.10	\$196.50	\$234.30	\$232.90
De 75 a 79	\$194.20	\$241.00	\$290.00	\$275.90	\$294.30	\$278.00	\$149.90	\$213.00	\$252.60	\$253.60
Más de 80	\$190.80	\$249.10	\$325.50	\$309.50	\$329.80	\$311.50	\$168.40	\$239.10	\$279.80	\$288.00

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldarse el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

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

PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - NO USA TABACO

Edad al momento de inscripción	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan F	Plan G	Plan K	Plan L	Plan M	Plan N
Menor de 65	\$496.50	\$589.60	\$679.30	\$630.80	\$690.10	\$637.40	\$341.40	\$486.10	\$584.70	\$572.70
65	\$147.10	\$174.70	\$201.10	\$186.80	\$204.30	\$188.80	\$101.20	\$143.90	\$173.10	\$169.60
66	\$150.00	\$178.60	\$205.10	\$191.60	\$208.30	\$193.70	\$103.70	\$147.80	\$177.40	\$174.20
67	\$153.10	\$183.00	\$210.40	\$196.80	\$213.50	\$198.80	\$106.60	\$151.90	\$182.10	\$179.10
68	\$156.30	\$187.30	\$215.60	\$202.30	\$218.80	\$204.30	\$109.70	\$155.90	\$187.10	\$184.20
69	\$159.00	\$191.40	\$220.90	\$207.70	\$224.00	\$209.60	\$112.50	\$160.00	\$191.70	\$189.30
De 70 a 71	\$163.00	\$197.20	\$228.80	\$215.20	\$231.70	\$217.00	\$116.50	\$166.00	\$198.30	\$196.20
De 72 a 74	\$168.80	\$205.60	\$241.50	\$228.10	\$245.40	\$230.00	\$123.60	\$175.90	\$209.90	\$208.60
De 75 a 79	\$173.90	\$215.80	\$259.70	\$247.10	\$263.40	\$248.90	\$134.10	\$190.80	\$226.10	\$227.10
Más de 80	\$170.90	\$223.00	\$291.50	\$277.00	\$295.40	\$278.90	\$150.70	\$214.20	\$250.60	\$257.90

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldarse el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

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

PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - USA TABACO

Edad al momento de inscripción	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan F	Plan G	Plan K	Plan L	Plan M	Plan N
Menor de 65	\$546.10	\$648.90	\$747.10	\$693.90	\$758.90	\$700.80	\$375.70	\$534.60	\$643.10	\$630.00
65	\$161.80	\$192.10	\$221.30	\$205.50	\$224.80	\$207.60	\$111.20	\$158.30	\$190.40	\$186.50
66	\$164.90	\$196.50	\$225.70	\$210.70	\$229.10	\$213.00	\$114.10	\$162.50	\$195.20	\$191.60
67	\$168.50	\$201.30	\$231.40	\$216.60	\$234.90	\$218.70	\$117.20	\$167.00	\$200.30	\$197.10
68	\$171.90	\$206.00	\$237.30	\$222.60	\$240.80	\$224.80	\$120.50	\$171.60	\$205.80	\$202.70
69	\$175.00	\$210.40	\$243.10	\$228.60	\$246.50	\$230.50	\$123.60	\$176.00	\$210.80	\$208.20
De 70 a 71	\$179.40	\$216.90	\$251.70	\$236.90	\$254.80	\$238.80	\$128.30	\$182.60	\$218.30	\$215.90
De 72 a 74	\$185.60	\$226.10	\$265.60	\$250.90	\$269.80	\$253.00	\$136.00	\$193.60	\$230.80	\$229.40
De 75 a 79	\$191.30	\$237.40	\$285.70	\$271.70	\$289.90	\$273.80	\$147.60	\$209.90	\$248.80	\$249.80
Más de 80	\$187.90	\$245.40	\$320.60	\$304.80	\$324.80	\$306.80	\$165.90	\$235.50	\$275.60	\$283.70

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldarse el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

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

PAGO MENSUAL - NO USA TABACO

Edad al momento de inscripción	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan F	Plan G	Plan K	Plan L	Plan M	Plan N
Menor de 65	\$475.20	\$564.70	\$650.60	\$603.70	\$660.70	\$609.90	\$326.60	\$465.40	\$559.50	\$548.20
65	\$140.70	\$167.20	\$192.60	\$178.70	\$195.60	\$180.60	\$96.70	\$137.80	\$165.60	\$162.40
66	\$143.60	\$171.00	\$196.40	\$183.40	\$199.20	\$185.40	\$99.20	\$141.40	\$169.80	\$166.80
67	\$146.50	\$175.20	\$201.20	\$188.40	\$204.40	\$190.30	\$102.00	\$145.30	\$174.40	\$171.50
68	\$149.70	\$179.20	\$206.50	\$193.80	\$209.60	\$195.60	\$105.00	\$149.40	\$179.00	\$176.30
69	\$152.40	\$183.20	\$211.60	\$198.70	\$214.50	\$200.60	\$107.60	\$153.30	\$183.50	\$181.10
De 70 a 71	\$156.10	\$188.80	\$218.90	\$206.00	\$221.70	\$207.80	\$111.70	\$158.80	\$190.00	\$188.00
De 72 a 74	\$161.50	\$196.80	\$231.10	\$218.40	\$234.80	\$220.10	\$118.40	\$168.40	\$200.80	\$199.70
De 75 a 79	\$166.40	\$206.60	\$248.40	\$236.60	\$252.20	\$238.30	\$128.50	\$182.50	\$216.40	\$217.50
Más de 80	\$163.50	\$213.50	\$279.10	\$265.20	\$282.70	\$267.00	\$144.30	\$205.00	\$239.80	\$246.90

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldarse el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

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

PAGO MENSUAL - USA TABACO

Edad al momento de inscripción	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan F	Plan G	Plan K	Plan L	Plan M	Plan N
Menor de 65	\$522.80	\$621.20	\$715.50	\$663.90	\$726.80	\$671.30	\$359.50	\$512.30	\$615.50	\$603.30
65	\$154.80	\$183.90	\$211.80	\$196.60	\$215.30	\$198.80	\$106.40	\$151.70	\$182.30	\$178.50
66	\$158.00	\$188.10	\$216.00	\$201.70	\$219.20	\$203.80	\$109.20	\$155.40	\$186.80	\$183.50
67	\$161.10	\$192.60	\$221.50	\$207.30	\$224.70	\$209.30	\$112.30	\$159.70	\$191.90	\$188.60
68	\$164.60	\$197.10	\$227.10	\$213.20	\$230.60	\$215.30	\$115.40	\$164.40	\$196.90	\$193.90
69	\$167.50	\$201.50	\$232.70	\$218.60	\$236.10	\$220.60	\$118.40	\$168.70	\$201.80	\$199.20
De 70 a 71	\$171.70	\$207.70	\$240.90	\$226.60	\$243.80	\$228.60	\$122.80	\$174.70	\$209.00	\$206.80
De 72 a 74	\$177.70	\$216.30	\$254.30	\$240.40	\$258.30	\$242.10	\$130.30	\$185.30	\$220.90	\$219.80
De 75 a 79	\$182.90	\$227.20	\$273.40	\$260.20	\$277.30	\$262.00	\$141.40	\$200.80	\$238.00	\$239.20
Más de 80	\$179.90	\$234.80	\$307.00	\$291.80	\$311.00	\$293.70	\$158.80	\$225.50	\$263.90	\$271.50

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldarse el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

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

PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO -NO USA TABACO

Edad al momento de inscripción	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan F	Plan G	Plan K	Plan L	Plan M	Plan N
Menor de 65	\$468.00	\$556.20	\$640.90	\$594.60	\$650.80	\$600.80	\$321.70	\$458.40	\$551.20	\$540.00
65	\$138.60	\$164.70	\$189.70	\$176.00	\$192.70	\$177.90	\$95.30	\$135.70	\$163.10	\$159.90
66	\$141.40	\$168.50	\$193.50	\$180.60	\$196.20	\$182.60	\$97.70	\$139.20	\$167.20	\$164.30
67	\$144.30	\$172.60	\$198.20	\$185.60	\$201.30	\$187.50	\$100.50	\$143.10	\$171.80	\$168.90
68	\$147.40	\$176.50	\$203.40	\$190.90	\$206.40	\$192.70	\$103.40	\$147.20	\$176.30	\$173.70
69	\$150.10	\$180.40	\$208.40	\$195.70	\$211.30	\$197.60	\$106.00	\$151.00	\$180.70	\$178.40
De 70 a 71	\$153.70	\$185.90	\$215.60	\$202.90	\$218.40	\$204.60	\$110.00	\$156.40	\$187.20	\$185.20
De 72 a 74	\$159.00	\$193.80	\$227.70	\$215.20	\$231.30	\$216.80	\$116.70	\$165.90	\$197.80	\$196.70
De 75 a 79	\$163.90	\$203.50	\$244.70	\$233.10	\$248.40	\$234.80	\$126.60	\$179.70	\$213.20	\$214.30
Más de 80	\$161.00	\$210.30	\$274.90	\$261.20	\$278.50	\$263.00	\$142.10	\$201.90	\$236.20	\$243.20

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldarse el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

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

PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - USA TABACO

Edad al momento de inscripción	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan F	Plan G	Plan K	Plan L	Plan M	Plan N
Menor de 65	\$515.00	\$611.90	\$704.80	\$653.90	\$715.90	\$661.20	\$354.10	\$504.60	\$606.20	\$594.30
65	\$152.50	\$181.20	\$208.60	\$193.70	\$212.10	\$195.80	\$104.80	\$149.40	\$179.50	\$175.90
66	\$155.60	\$185.30	\$212.70	\$198.70	\$215.90	\$200.80	\$107.60	\$153.10	\$184.00	\$180.70
67	\$158.70	\$189.70	\$218.20	\$204.20	\$221.40	\$206.20	\$110.60	\$157.30	\$189.00	\$185.70
68	\$162.10	\$194.10	\$223.70	\$210.00	\$227.10	\$212.10	\$113.70	\$161.90	\$193.90	\$191.00
69	\$165.00	\$198.50	\$229.20	\$215.30	\$232.50	\$217.30	\$116.70	\$166.10	\$198.80	\$196.20
De 70 a 71	\$169.10	\$204.50	\$237.30	\$223.20	\$240.20	\$225.10	\$121.00	\$172.10	\$205.90	\$203.70
De 72 a 74	\$175.00	\$213.10	\$250.50	\$236.70	\$254.50	\$238.50	\$128.40	\$182.50	\$217.60	\$216.50
De 75 a 79	\$180.20	\$223.80	\$269.30	\$256.30	\$273.20	\$258.10	\$139.20	\$197.80	\$234.40	\$235.60
Más de 80	\$177.20	\$231.30	\$302.40	\$287.40	\$306.40	\$289.30	\$156.40	\$222.10	\$260.00	\$267.40

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldarse el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

Esta tabla muestra las primas Fuera del estado. Si su residencia principal ya no es en el estado de Florida, lo que significa que se muda fuera del estado de manera permanente, su prima para este plan será ajustada como aparece a continuación.

PAGO MENSUAL - NO USA TABACO

Edad al momento de inscripción	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan F	Plan G	Plan K	Plan L	Plan M	Plan N
Menor de 65	\$573.30	\$680.30	\$783.90	\$727.50	\$796.30	\$735.80	\$393.50	\$560.70	\$674.00	\$661.20
65	\$169.70	\$201.50	\$232.10	\$215.50	\$235.70	\$217.90	\$116.50	\$166.00	\$199.60	\$195.90
66	\$173.20	\$206.00	\$236.60	\$220.90	\$240.10	\$223.40	\$119.70	\$170.50	\$204.70	\$200.90
67	\$176.60	\$211.00	\$242.70	\$227.10	\$246.20	\$229.50	\$122.90	\$175.20	\$210.10	\$206.60
68	\$180.20	\$216.10	\$249.00	\$233.50	\$252.50	\$235.70	\$126.40	\$179.90	\$215.90	\$212.50
69	\$183.60	\$220.60	\$255.00	\$239.50	\$258.70	\$241.70	\$129.80	\$184.60	\$221.20	\$218.30
De 70 a 71	\$188.10	\$227.40	\$263.90	\$248.20	\$267.20	\$250.50	\$134.60	\$191.50	\$228.90	\$226.50
De 72 a 74	\$194.70	\$237.20	\$278.70	\$263.20	\$283.10	\$265.30	\$142.70	\$203.00	\$241.90	\$240.70
De 75 a 79	\$200.60	\$249.00	\$299.70	\$285.10	\$304.00	\$287.20	\$154.80	\$220.00	\$260.80	\$262.00
Más de 80	\$197.20	\$257.40	\$336.40	\$319.80	\$340.80	\$321.80	\$173.90	\$247.00	\$289.20	\$297.50

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldar el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

Esta tabla muestra las primas Fuera del estado. Si su residencia principal ya no es en el estado de Florida, lo que significa que se muda fuera del estado de manera permanente, su prima para este plan será ajustada como aparece a continuación.

PAGO MENSUAL - USA TABACO

Edad al momento de inscripción	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan F	Plan G	Plan K	Plan L	Plan M	Plan N
Menor de 65	\$630.30	\$748.70	\$862.30	\$800.20	\$875.60	\$809.30	\$433.30	\$616.60	\$741.70	\$727.20
65	\$186.60	\$221.70	\$255.40	\$237.00	\$259.30	\$239.60	\$128.30	\$182.60	\$219.70	\$215.40
66	\$190.50	\$226.60	\$260.20	\$243.20	\$264.30	\$245.70	\$131.60	\$187.40	\$225.20	\$221.00
67	\$194.30	\$232.10	\$267.00	\$249.90	\$270.90	\$252.40	\$135.30	\$192.60	\$231.10	\$227.20
68	\$198.30	\$237.70	\$273.80	\$256.90	\$277.80	\$259.30	\$139.00	\$198.00	\$237.40	\$233.70
69	\$201.90	\$242.70	\$280.60	\$263.40	\$284.50	\$266.00	\$142.70	\$203.20	\$243.40	\$240.10
De 70 a 71	\$207.00	\$250.20	\$290.40	\$273.10	\$294.00	\$275.50	\$148.00	\$210.70	\$251.80	\$249.20
De 72 a 74	\$214.20	\$260.90	\$306.40	\$289.60	\$311.40	\$291.90	\$157.00	\$223.40	\$266.20	\$264.70
De 75 a 79	\$220.60	\$273.80	\$329.60	\$313.60	\$334.40	\$315.90	\$170.20	\$242.00	\$287.00	\$288.20
Más de 80	\$216.90	\$283.20	\$370.00	\$351.70	\$374.90	\$354.00	\$191.20	\$271.60	\$318.10	\$327.20

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldar el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

Esta tabla muestra las primas Fuera del estado. Si su residencia principal ya no es en el estado de Florida, lo que significa que se muda fuera del estado de manera permanente, su prima para este plan será ajustada como aparece a continuación.

PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - NO USA TABACO

Edad al momento de inscripción	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan F	Plan G	Plan K	Plan L	Plan M	Plan N
Menor de 65	\$564.70	\$670.10	\$772.10	\$716.60	\$784.40	\$724.70	\$387.60	\$552.30	\$663.90	\$651.20
65	\$167.10	\$198.50	\$228.70	\$212.30	\$232.20	\$214.60	\$114.80	\$163.50	\$196.60	\$192.90
66	\$170.60	\$202.90	\$233.10	\$217.60	\$236.50	\$220.00	\$117.90	\$167.90	\$201.70	\$197.90
67	\$174.00	\$207.90	\$239.10	\$223.70	\$242.50	\$226.00	\$121.10	\$172.60	\$207.00	\$203.50
68	\$177.50	\$212.80	\$245.30	\$230.00	\$248.70	\$232.20	\$124.50	\$177.20	\$212.60	\$209.30
69	\$180.90	\$217.30	\$251.10	\$235.90	\$254.80	\$238.10	\$127.80	\$181.80	\$217.90	\$215.10
De 70 a 71	\$185.30	\$224.00	\$260.00	\$244.50	\$263.20	\$246.70	\$132.60	\$188.60	\$225.50	\$223.10
De 72 a 74	\$191.80	\$233.60	\$274.50	\$259.20	\$278.80	\$261.30	\$140.60	\$200.00	\$238.30	\$237.10
De 75 a 79	\$197.60	\$245.30	\$295.20	\$280.80	\$299.40	\$282.90	\$152.50	\$216.70	\$256.90	\$258.10
Más de 80	\$194.20	\$253.60	\$331.40	\$315.00	\$335.70	\$317.00	\$171.30	\$243.30	\$284.90	\$293.10

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldar el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

Esta tabla muestra las primas Fuera del estado. Si su residencia principal ya no es en el estado de Florida, lo que significa que se muda fuera del estado de manera permanente, su prima para este plan será ajustada como aparece a continuación.

PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - USA TABACO

Edad al momento de inscripción	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan F	Plan G	Plan K	Plan L	Plan M	Plan N
Menor de 65	\$620.90	\$737.50	\$849.40	\$788.20	\$862.50	\$797.10	\$426.80	\$607.30	\$730.60	\$716.30
65	\$183.80	\$218.40	\$251.60	\$233.40	\$255.50	\$236.00	\$126.40	\$179.90	\$216.40	\$212.20
66	\$187.60	\$223.20	\$256.30	\$239.50	\$260.30	\$242.10	\$129.60	\$184.60	\$221.80	\$217.70
67	\$191.40	\$228.70	\$263.00	\$246.20	\$266.90	\$248.60	\$133.30	\$189.70	\$227.70	\$223.80
68	\$195.40	\$234.10	\$269.70	\$253.00	\$273.60	\$255.50	\$136.90	\$195.00	\$233.90	\$230.20
69	\$198.90	\$239.10	\$276.40	\$259.40	\$280.20	\$262.00	\$140.60	\$200.10	\$239.70	\$236.50
De 70 a 71	\$203.90	\$246.50	\$286.00	\$269.00	\$289.50	\$271.40	\$145.80	\$207.50	\$248.00	\$245.50
De 72 a 74	\$211.00	\$257.00	\$301.80	\$285.20	\$306.70	\$287.50	\$154.60	\$220.00	\$262.20	\$260.80
De 75 a 79	\$217.30	\$269.70	\$324.60	\$308.90	\$329.40	\$311.10	\$167.70	\$238.40	\$282.70	\$283.90
Más de 80	\$213.60	\$278.90	\$364.50	\$346.40	\$369.20	\$348.60	\$188.40	\$267.50	\$313.30	\$322.30

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldar el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

Información de la prima

Nosotros, Florida Blue, solo podremos aumentar la prima si aumentamos la prima de todos los planes como el suyo en este estado.

Divulgaciones

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

Lea su póliza muy atentamente

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

Derecho a devolución de la póliza

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

Sustitución de Pólizas

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

Aviso

- Es posible que éste plan no cubra completamente todos sus gastos médicos.
- Ni Florida Blue, ni sus representantes están conectados con Medicare.
- Esta Descripción general no incluye todos los detalles de la cobertura de Medicare. Para obtener más detalles, póngase en contacto con la Oficina del Seguro Social de su localidad o consulte el libro *Medicare & You (Medicare y usted)*.

Es muy importante que brinde respuestas completas

Cuando llene la solicitud de una nueva póliza, asegúrese de responder de forma veraz y completa todas las preguntas acerca de su historial médico y de salud. La empresa podrá cancelar su póliza y rehusarse a pagar las reclamaciones si omite o falsifica información médica importante.

Revise la aplicación detenidamente antes de firmarla. Verifique que toda la información se haya registrado correctamente.

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

PLAN A

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

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACIÓN* Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios			
Primeros 60 días	Todo menos \$1,364	\$0	\$1,364 (deducible de la Parte A)
Del día 61 al día 90	Todo menos \$341 por día	\$341 por día	\$0
Del día 91 y en adelante:			
--Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo menos \$682	\$682 por día	\$0
--Una vez que utiliza los días de reserva de por vida:			
--365 días adicionales	\$0	100% de los Gastos elegibles de Medicare	\$0**
--Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA* Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Del día 21 al día 100	Todo menos \$170.50 por día	\$0	Hasta \$170.50 por día
Día 101 y en adelante	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

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

PLAN A

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

*Una vez que se le hayan cobrado los \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero			
Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	100%	\$0	\$0

PARTES A y B DEL PLAN A

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR			
SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE			
Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
- Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

PLAN B

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

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACIÓN* Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días Del día 61 al día 90 Del día 91 y en adelante: --Mientras usa los 60 días de reserva de por vida --Una vez que utiliza los días de reserva de por vida: --365 días adicionales --Más allá de los 365 días adicionales	Todo menos \$1,364 Todo menos \$341 por día Todo menos \$682 \$0 \$0	\$1,364 (deducible de la Parte A) \$341 por día \$682 por día 100% de los Gastos elegibles de Medicare \$0	\$0 \$0 \$0 \$0** Todos los costos
ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA* Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital Primeros 20 días Del día 21 al día 100 Día 101 y en adelante	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$170.50 por día \$0	\$0 \$0 \$0	\$0 Hasta \$170.50 por día Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

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

PLAN B

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

*Una vez que se le hayan cobrado los \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	100%	\$0	\$0

PARTES A y B del PLAN B

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero - Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

PLAN C

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

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACIÓN* Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios			
Primeros 60 días	Todo menos \$1,364	\$1,364 (deducible de la Parte A)	\$0
Del día 61 al día 90	Todo menos \$341 por día	\$341 por día	\$0
Del día 91 y en adelante:			
--Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo menos \$682	\$682 por día	\$0
--Una vez que utiliza los días de reserva de por vida:			
--365 días adicionales	\$0	100% de los Gastos elegibles de Medicare	\$0**
--Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA* Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Del día 21 al día 100	Todo menos \$170.50 por día	Hasta \$170.50 por día	\$0
Día 101 y en adelante	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

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

PLAN C

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

*Una vez que se le hayan cobrado los \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)	\$0
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)	\$0
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	100%	\$0	\$0

PARTES A y B del PLAN C

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero - Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)	\$0
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

PLAN C
OTROS BENEFICIOS – SIN COBERTURA DE MEDICARE

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

PLAN D

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

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACIÓN* Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios			
Primeros 60 días	Todo menos \$1,364	\$1,364 (deducible de la Parte A)	\$0
Del día 61 al día 90	Todo menos \$341 por día	\$341 por día	\$0
Del día 91 y en adelante:			
--Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo menos \$682	\$682 por día	\$0
--Una vez que utiliza los días de reserva de por vida:			
--365 días adicionales	\$0	100% de los Gastos elegibles de Medicare	\$0**
--Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA* Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Del día 21 al día 100	Todo menos \$170.50 por día	Hasta \$170.50 por día	\$0
Día 101 y en adelante	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

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

PLAN D

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

*Una vez que se le hayan cobrado los \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero			
Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	100%	\$0	\$0

PARTES A y B del PLAN D

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR			
SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE			
Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
- Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

PLAN D
OTROS BENEFICIOS – SIN COBERTURA DE MEDICARE

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

PLAN F

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

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACIÓN* Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios			
Primeros 60 días	Todo menos \$1,364	\$1,364 (deducible de la Parte A)	\$0
Del día 61 al día 90	Todo menos \$341 por día	\$341 por día	\$0
Del día 91 y en adelante:			
--Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo menos \$682	\$682 por día	\$0
--Una vez que utiliza los días de reserva de por vida:			
--365 días adicionales	\$0	100% de los Gastos elegibles de Medicare	\$0**
--Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA* Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Del día 21 al día 100	Todo menos \$170.50 por día	Hasta \$170.50 por día	\$0
Día 101 y en adelante	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

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

PLAN F

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

*Una vez que se le hayan cobrado los \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero			
Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)	\$0
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	100%	\$0
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)	\$0
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	100%	\$0	\$0

PARTES A y B del PLAN F

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR			
SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE			
Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
- Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)	\$0
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

PLAN F
OTROS BENEFICIOS – SIN COBERTURA DE MEDICARE

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

PLAN G

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

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACIÓN* Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios			
Primeros 60 días	Todo menos \$1,364	\$1,364 (deducible de la Parte A)	\$0
Del día 61 al día 90	Todo menos \$341 por día	\$341 por día	\$0
Del día 91 y en adelante:			
--Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo menos \$682	\$682 por día	\$0
--Una vez que utiliza los días de reserva de por vida:			
--365 días adicionales	\$0	100% de los Gastos elegibles de Medicare	\$0**
--Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA* Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Del día 21 al día 100	Todo menos \$170.50 por día	Hasta \$170.50 por día	\$0
Día 101 y en adelante	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

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

PLAN G

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

*Una vez que se le hayan cobrado los \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	100%	\$0
SANGRE Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	100%	\$0	\$0

PARTES A y B DEL PLAN G

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero - Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

PLAN G
OTROS BENEFICIOS – SIN COBERTURA DE MEDICARE

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

PLAN K

*Pagará la mitad del costo compartido de algunos servicios cubiertos hasta que alcance el límite de desembolso anual de \$5,560 cada año calendario. Las cantidades que se toman en cuenta para su límite están indicados con diamantes (♦) en el cuadro de abajo. Una vez alcance el límite anual, el plan paga el 100% del copago y coaseguro de Medicare por el resto del año calendario. Sin embargo, el límite NO incluye los cargos por parte de su proveedor que excedan las cantidades aprobadas por Medicare (llamadas Cargos En Exceso "Excess Charges") y usted será responsable de pagar la diferencia entre la cantidad cobrada por su proveedor y la cantidad pagada por Medicare por el artículo o servicio.

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

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
HOSPITALIZACIÓN*			
Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días	Todo menos \$1,364	\$682 (50% del deducible de la Parte A)	\$682 (50% del deducible de la Parte A) ♦
Del día 61 al día 90	Todo menos \$341 por día	\$341 por día	\$0
Del día 91 y en adelante: --Mientras usa los 60 días de reserva de por vida --Una vez que utiliza los días de reserva de por vida: --365 días adicionales	Todo menos \$682 \$0	\$682 por día 100% de los Gastos elegibles de Medicare	\$0 \$0***
--Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*			
Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Del día 21 al día 100	Todo menos \$170.50 por día	Hasta \$85.25 por día (50% del coaseguro de la Parte A)	Hasta \$85.25 por día (50% of del coaseguro de la Parte A) ♦
Día 101 y en adelante	\$0	\$0	Todos los costos

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	50%	50% ♦
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	50% Copago/coaseguro de Medicare	50% Copago/coaseguro de Medicare ♦
Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.			

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

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

***Una vez que se le hayan cobrado los \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero			
Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)***
Beneficios Preventivos para servicios cubiertos por Medicare	Generalmente el 80% o más de las cantidades aprobadas por Medicare	Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Todos los costos por encima de las cantidades aprobadas por Medicare
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 10%	Generalmente el 10% ♦
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos (y no cuentan hacia el límite anual a su cargo de \$5,560)*

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	50%	50%♦
Siguientes \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)****♦
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 10%	Generalmente el 10% ♦
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	100%	\$0	\$0

*Este plan limita sus pagos de gastos a su cargo anuales para cantidades aprobadas por Medicare hasta \$5,560 por año. Sin embargo, el límite NO incluye los cargos por parte de su proveedor que excedan las cantidades aprobadas por Medicare (llamadas Cargos En Exceso "Excess Charges") y usted será responsable de pagar la diferencia entre la cantidad cobrada por su proveedor y la cantidad pagada por Medicare por el artículo o servicio.

**PLAN K
PARTES A y B**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR			
SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE			
Servicios y suministros médicos especializados	100%	\$0	\$0
médicamente necesarios			
Equipo médico duradero			
- Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)♦
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	10%	10% ♦

*****Los beneficios de Medicare pueden cambiar. Consulte la última *Guía del seguro de salud para personas con Medicare*.

PLAN L

*Pagará un cuarto del costo compartido de algunos servicios cubiertos hasta que alcance el límite de desembolso anual de \$2,780 cada año calendario. Las cantidades que se toman en cuenta para su límite están indicados con diamantes (♦) en el cuadro de abajo. Una vez alcance el límite anual, el plan paga el 100% del copago y coaseguro de Medicare por el resto del año calendario. Sin embargo, el límite NO incluye los cargos por parte de su proveedor que excedan las cantidades aprobadas por Medicare (llamadas Cargos En Exceso "Excess Charges") y usted será responsable de pagar la diferencia entre la cantidad cobrada por su proveedor y la cantidad pagada por Medicare por el artículo o servicio.

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

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
HOSPITALIZACIÓN*			
Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días	Todo menos \$1,364	\$1,023 (75% of del deducible de la Parte A)	\$341 (25% of del deducible de la Parte A) ♦
Del día 61 al día 90	Todo menos \$341 por día	\$341 por día	\$0
Del día 91 y en adelante:			
--Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo menos \$682	\$682 por día	\$0
--Una vez que utiliza los días de reserva de por vida:			
--365 días adicionales	\$0	100% de los Gastos elegibles de Medicare	\$0***
--Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*			
Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Del día 21 al día 100	Todo menos \$170.50 por día	Hasta \$127.88 por día (75% del coaseguro de la Parte A)	Hasta \$42.62 por día (25% del coaseguro de la Parte A) ♦
Día 101 y en adelante	\$0	\$0	Todos los costos

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	75%	25% ♦
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	75% Copago/coaseguro de Medicare	25% Copago/coaseguro de Medicare ♦
Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.			

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

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

***Una vez que se le hayan cobrado los \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero			
Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)***
Beneficios Preventivos para servicios cubiertos por Medicare	Generalmente el 80% o más de las cantidades aprobadas por Medicare	Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Todos los costos por encima de las cantidades aprobadas por Medicare
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 15%	Generalmente el 5% ♦
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos (y no cuentan hacia el límite anual a su cargo de \$2,780)*

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	75%	25%♦
Siguientes \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)♦
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 15%	Generalmente el 5% ♦
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	100%	\$0	\$0

*Este plan limita sus pagos de gastos a su cargo anuales para cantidades aprobadas por Medicare hasta \$2,780 por año. Sin embargo, el límite NO incluye los cargos por parte de su proveedor que excedan las cantidades aprobadas por Medicare (llamadas Cargos En Exceso "Excess Charges") y usted será responsable de pagar la diferencia entre la cantidad cobrada por su proveedor y la cantidad pagada por Medicare por el artículo o servicio.

**PLAN L
PARTES A y B**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR			
SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE			
Servicios y suministros médicos especializados	100%	\$0	\$0
médicamente necesarios			
Equipo médico duradero			
- Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)♦
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	15%	5% ♦

*****Los beneficios de Medicare pueden cambiar. Consulte la última *Guía del seguro de salud para personas con Medicare*.

PLAN M

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

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACIÓN* Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días	Todo menos \$1,364	\$682 (50% del deducible de la Parte A)	\$682 (50% del deducible de la Parte A)
Del día 61 al día 90	Todo menos \$341 por día	\$341 por día	\$0
Del día 91 y en adelante: --Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo menos \$682	\$682 por día	\$0
--Una vez que utiliza los días de reserva de por vida: --365 días adicionales	\$0	100% de los Gastos elegibles de Medicare	\$0**
--Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA* Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Del día 21 al día 100	Todo menos \$170.50 por día	Hasta \$170.50 por día	\$0
Día 101 y en adelante	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

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

PLAN M

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

*Una vez que se le hayan cobrado los \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	100%	\$0	\$0

PARTES A y B DEL PLAN M

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero - Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

PLAN M
OTROS BENEFICIOS – SIN COBERTURA DE MEDICARE

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

PLAN N

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

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACIÓN* Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios			
Primeros 60 días	Todo menos \$1,364	\$1,364 (deducible de la Parte A)	\$0
Del día 61 al día 90	Todo menos \$341 por día	\$341 por día	\$0
Del día 91 y en adelante:			
--Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo menos \$682	\$682 por día	\$0
--Una vez que utiliza los días de reserva de por vida:			
--365 días adicionales	\$0	100% de los Gastos elegibles de Medicare	\$0**
--Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA* Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Del día 21 al día 100	Todo menos \$170.50 por día	Hasta \$170.50 por día	\$0
Día 101 y en adelante	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

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

PLAN N

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

*Una vez que se le hayan cobrado los \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO, tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare* Restante de las cantidades aprobadas por Medicare</p>	<p>\$0 Generalmente el 80%</p>	<p>\$0 Saldo, hasta \$20 por visita al consultorio médico y hasta \$50 por visita a la sala de emergencia. No se aplica el copago de hasta \$50 si el asegurado es admitido a cualquier hospital y la visita de emergencia es cubierta como gasto de la Parte A de Medicare.</p>	<p>\$185 (deducible de la Parte B) Hasta \$20 por visita al consultorio médico y hasta \$50 por vista a la sala de emergencias. No se aplica el copago de hasta \$50 si el asegurado es admitido a cualquier hospital y la visita de emergencia es cubierta como gasto de la Parte A de Medicare.</p>
<p>Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)</p>	<p>\$0</p>	<p>\$0</p>	<p>Todos los costos</p>
<p>SANGRE Primeras 3 pintas Sigüientes \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare* Restante de las cantidades aprobadas por Medicare</p>	<p>\$0 \$0 80%</p>	<p>Todos los costos \$0 20%</p>	<p>\$0 \$185 (deducible de la Parte B) \$0</p>
<p>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</p>	<p>100%</p>	<p>\$0</p>	<p>\$0</p>

PARTES A y B DEL PLAN N

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR			
SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE			
Servicios y suministros médicos especializados	100%	\$0	\$0
médicamente necesarios			
Equipo médico duradero			
- Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$185 (deducible de la Parte B)
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

**PLAN N
OTROS BENEFICIOS – SIN COBERTURA DE MEDICARE**

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