

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

**Planes BlueMedicare Select Suplementarios a Medicare B, C, D, M**  
**Planes BlueMedicare Suplementarios a Medicare A, C, F**

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 miembros 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	Select B	Select C	C	Select D	F	F*	G	K	L	Select 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 a su cargo 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**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$715.80	\$979.60	\$995.30	\$697.50	\$834.90	\$751.70	\$746.70
65	\$211.90	\$290.00	\$294.60	\$239.90	\$287.20	\$258.50	\$256.80
66	\$216.30	\$295.70	\$300.20	\$246.60	\$293.50	\$266.80	\$265.00
67	\$220.70	\$303.20	\$307.70	\$253.50	\$302.30	\$275.50	\$273.60
68	\$225.30	\$311.00	\$315.60	\$260.30	\$311.10	\$284.20	\$282.40
69	\$229.50	\$318.70	\$323.10	\$266.70	\$319.70	\$292.90	\$290.80
De 70 a 71	\$235.10	\$329.80	\$334.10	\$275.60	\$332.20	\$305.60	\$303.40
De 72 a 74	\$243.30	\$348.20	\$353.60	\$288.00	\$352.10	\$325.50	\$323.20
De 75 a 79	\$250.60	\$374.40	\$379.80	\$299.90	\$380.00	\$352.80	\$350.20
Más de 80	\$246.30	\$420.40	\$425.80	\$295.90	\$418.50	\$391.10	\$387.30

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

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

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

**PAGO MENSUAL - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$786.90	\$1077.70	\$1094.50	\$767.30	\$919.00	\$826.70	\$821.10
65	\$233.00	\$319.10	\$324.10	\$264.00	\$316.00	\$284.40	\$282.40
66	\$237.90	\$325.30	\$330.20	\$271.30	\$322.90	\$293.50	\$291.50
67	\$242.80	\$333.60	\$338.60	\$278.80	\$332.60	\$303.00	\$301.10
68	\$247.90	\$342.20	\$347.20	\$286.30	\$342.20	\$312.70	\$310.60
69	\$252.40	\$350.50	\$355.40	\$293.40	\$351.60	\$322.30	\$320.00
De 70 a 71	\$258.60	\$362.70	\$367.50	\$303.20	\$365.40	\$336.20	\$333.70
De 72 a 74	\$267.50	\$383.10	\$389.00	\$316.90	\$387.40	\$357.90	\$355.60
De 75 a 79	\$275.60	\$411.90	\$417.80	\$329.90	\$418.10	\$388.10	\$385.10
Más de 80	\$271.00	\$462.30	\$468.20	\$325.50	\$460.20	\$430.20	\$426.10

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

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

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

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

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$705.10	\$964.90	\$980.30	\$687.10	\$822.40	\$740.40	\$735.50
65	\$208.70	\$285.70	\$290.20	\$236.30	\$282.90	\$254.70	\$253.00
66	\$213.10	\$291.30	\$295.70	\$242.90	\$289.10	\$262.80	\$261.00
67	\$217.40	\$298.60	\$303.00	\$249.70	\$297.80	\$271.30	\$269.50
68	\$221.90	\$306.40	\$310.90	\$256.40	\$306.40	\$280.00	\$278.20
69	\$226.00	\$313.90	\$318.20	\$262.70	\$314.90	\$288.50	\$286.40
De 70 a 71	\$231.50	\$324.80	\$329.10	\$271.50	\$327.20	\$301.00	\$298.90
De 72 a 74	\$239.60	\$343.00	\$348.30	\$283.60	\$346.80	\$320.60	\$318.30
De 75 a 79	\$246.80	\$368.80	\$374.10	\$295.40	\$374.30	\$347.50	\$345.00
Más de 80	\$242.60	\$414.10	\$419.40	\$291.40	\$412.20	\$385.30	\$381.50

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

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

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

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

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$775.10	\$1061.50	\$1078.10	\$755.80	\$905.20	\$814.30	\$808.80
65	\$229.60	\$314.30	\$319.20	\$260.00	\$311.30	\$280.10	\$278.20
66	\$234.30	\$320.40	\$325.30	\$267.20	\$318.10	\$289.10	\$287.20
67	\$239.20	\$328.60	\$333.50	\$274.60	\$327.60	\$298.50	\$296.50
68	\$244.20	\$337.00	\$342.00	\$282.10	\$337.10	\$308.00	\$305.90
69	\$248.60	\$345.20	\$350.10	\$289.00	\$346.30	\$317.50	\$315.20
De 70 a 71	\$254.70	\$357.30	\$362.00	\$298.60	\$360.00	\$331.10	\$328.70
De 72 a 74	\$263.50	\$377.30	\$383.20	\$312.10	\$381.60	\$352.50	\$350.20
De 75 a 79	\$271.50	\$405.80	\$411.50	\$324.90	\$411.80	\$382.20	\$379.30
Más de 80	\$267.00	\$455.30	\$461.20	\$320.60	\$453.30	\$423.70	\$419.70

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

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

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

**PAGO MENSUAL - NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$504.10	\$689.60	\$700.60	\$472.20	\$565.20	\$508.80	\$505.50
65	\$149.30	\$204.20	\$207.40	\$162.40	\$194.40	\$175.00	\$173.80
66	\$152.30	\$208.20	\$211.50	\$167.00	\$198.70	\$180.60	\$179.30
67	\$155.40	\$213.60	\$216.80	\$171.50	\$204.70	\$186.50	\$185.30
68	\$158.70	\$218.90	\$222.10	\$176.10	\$210.60	\$192.40	\$191.20
69	\$161.50	\$224.30	\$227.40	\$180.60	\$216.40	\$198.20	\$196.90
De 70 a 71	\$165.50	\$232.30	\$235.20	\$186.60	\$224.90	\$206.80	\$205.40
De 72 a 74	\$171.40	\$245.20	\$249.10	\$194.90	\$238.30	\$220.20	\$218.60
De 75 a 79	\$176.50	\$263.60	\$267.40	\$202.90	\$257.30	\$238.90	\$237.00
Más de 80	\$173.50	\$296.00	\$299.90	\$200.30	\$283.40	\$264.70	\$262.10

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

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

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

**PAGO MENSUAL - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$554.40	\$758.50	\$770.50	\$519.30	\$621.90	\$560.00	\$556.30
65	\$164.30	\$224.60	\$228.20	\$178.60	\$213.90	\$192.50	\$191.30
66	\$167.40	\$229.10	\$232.60	\$183.60	\$218.60	\$198.60	\$197.40
67	\$171.00	\$235.00	\$238.40	\$188.70	\$225.20	\$205.20	\$203.80
68	\$174.50	\$240.90	\$244.50	\$193.90	\$231.60	\$211.60	\$210.10
69	\$177.70	\$246.80	\$250.20	\$198.60	\$238.00	\$218.10	\$216.60
De 70 a 71	\$182.10	\$255.50	\$258.70	\$205.30	\$247.40	\$227.50	\$225.90
De 72 a 74	\$188.40	\$269.70	\$273.90	\$214.40	\$262.20	\$242.40	\$240.60
De 75 a 79	\$194.20	\$290.00	\$294.30	\$223.20	\$283.10	\$262.70	\$260.80
Más de 80	\$190.80	\$325.50	\$329.80	\$220.40	\$311.70	\$291.20	\$288.30

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

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

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

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

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$496.50	\$679.30	\$690.10	\$465.20	\$556.80	\$501.20	\$497.90
65	\$147.10	\$201.10	\$204.30	\$160.00	\$191.50	\$172.40	\$171.20
66	\$150.00	\$205.10	\$208.30	\$164.50	\$195.70	\$177.90	\$176.60
67	\$153.10	\$210.40	\$213.50	\$169.00	\$201.60	\$183.70	\$182.50
68	\$156.30	\$215.60	\$218.80	\$173.50	\$207.40	\$189.50	\$188.30
69	\$159.00	\$220.90	\$224.00	\$177.90	\$213.20	\$195.30	\$193.90
De 70 a 71	\$163.00	\$228.80	\$231.70	\$183.80	\$221.60	\$203.70	\$202.30
De 72 a 74	\$168.80	\$241.50	\$245.40	\$192.00	\$234.70	\$216.90	\$215.30
De 75 a 79	\$173.90	\$259.70	\$263.40	\$199.90	\$253.40	\$235.30	\$233.50
Más de 80	\$170.90	\$291.50	\$295.40	\$197.30	\$279.10	\$260.70	\$258.20

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

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



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

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

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$546.10	\$747.10	\$758.90	\$511.50	\$612.60	\$551.60	\$547.90
65	\$161.80	\$221.30	\$224.80	\$175.90	\$210.70	\$189.70	\$188.40
66	\$164.90	\$225.70	\$229.10	\$180.90	\$215.30	\$195.60	\$194.40
67	\$168.50	\$231.40	\$234.90	\$185.90	\$221.80	\$202.10	\$200.70
68	\$171.90	\$237.30	\$240.80	\$191.00	\$228.10	\$208.40	\$206.90
69	\$175.00	\$243.10	\$246.50	\$195.60	\$234.50	\$214.90	\$213.40
De 70 a 71	\$179.40	\$251.70	\$254.80	\$202.20	\$243.70	\$224.10	\$222.50
De 72 a 74	\$185.60	\$265.60	\$269.80	\$211.20	\$258.30	\$238.70	\$237.00
De 75 a 79	\$191.30	\$285.70	\$289.90	\$219.80	\$278.90	\$258.80	\$256.90
Más de 80	\$187.90	\$320.60	\$324.80	\$217.00	\$307.00	\$286.80	\$284.00

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

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

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

**PAGO MENSUAL - NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$475.20	\$650.60	\$660.70	\$445.70	\$533.10	\$479.60	\$476.70
65	\$140.70	\$192.60	\$195.60	\$153.20	\$183.40	\$165.00	\$164.00
66	\$143.60	\$196.40	\$199.20	\$157.30	\$187.50	\$170.30	\$169.30
67	\$146.50	\$201.20	\$204.40	\$161.90	\$192.90	\$175.90	\$174.80
68	\$149.70	\$206.50	\$209.60	\$166.20	\$198.50	\$181.40	\$180.30
69	\$152.40	\$211.60	\$214.50	\$170.20	\$204.00	\$187.00	\$185.70
De 70 a 71	\$156.10	\$218.90	\$221.70	\$176.00	\$212.20	\$195.00	\$193.50
De 72 a 74	\$161.50	\$231.10	\$234.80	\$183.90	\$224.90	\$207.90	\$206.30
De 75 a 79	\$166.40	\$248.40	\$252.20	\$191.60	\$242.60	\$225.30	\$223.60
Más de 80	\$163.50	\$279.10	\$282.70	\$189.00	\$267.20	\$249.80	\$247.30

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

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

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

**PAGO MENSUAL - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$522.80	\$715.50	\$726.80	\$490.10	\$586.60	\$527.50	\$524.50
65	\$154.80	\$211.80	\$215.30	\$168.60	\$201.70	\$181.40	\$180.40
66	\$158.00	\$216.00	\$219.20	\$173.10	\$206.30	\$187.40	\$186.10
67	\$161.10	\$221.50	\$224.70	\$178.10	\$212.30	\$193.40	\$192.20
68	\$164.60	\$227.10	\$230.60	\$182.80	\$218.40	\$199.60	\$198.40
69	\$167.50	\$232.70	\$236.10	\$187.20	\$224.60	\$205.60	\$204.20
De 70 a 71	\$171.70	\$240.90	\$243.80	\$193.50	\$233.50	\$214.50	\$212.90
De 72 a 74	\$177.70	\$254.30	\$258.30	\$202.30	\$247.40	\$228.60	\$226.80
De 75 a 79	\$182.90	\$273.40	\$277.30	\$210.70	\$266.90	\$247.80	\$245.90
Más de 80	\$179.90	\$307.00	\$311.00	\$207.90	\$293.90	\$274.70	\$272.00

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

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

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

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

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$468.00	\$640.90	\$650.80	\$439.00	\$525.10	\$472.40	\$469.50
65	\$138.60	\$189.70	\$192.70	\$150.90	\$180.70	\$162.50	\$161.50
66	\$141.40	\$193.50	\$196.20	\$155.00	\$184.70	\$167.70	\$166.80
67	\$144.30	\$198.20	\$201.30	\$159.50	\$190.00	\$173.20	\$172.10
68	\$147.40	\$203.40	\$206.40	\$163.70	\$195.50	\$178.70	\$177.60
69	\$150.10	\$208.40	\$211.30	\$167.60	\$201.00	\$184.20	\$183.00
De 70 a 71	\$153.70	\$215.60	\$218.40	\$173.30	\$209.00	\$192.10	\$190.60
De 72 a 74	\$159.00	\$227.70	\$231.30	\$181.10	\$221.60	\$204.80	\$203.20
De 75 a 79	\$163.90	\$244.70	\$248.40	\$188.70	\$239.00	\$221.90	\$220.20
Más de 80	\$161.00	\$274.90	\$278.50	\$186.10	\$263.20	\$246.00	\$243.60

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

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

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

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

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$515.00	\$704.80	\$715.90	\$482.70	\$577.80	\$519.50	\$516.60
65	\$152.50	\$208.60	\$212.10	\$166.00	\$198.70	\$178.70	\$177.70
66	\$155.60	\$212.70	\$215.90	\$170.50	\$203.20	\$184.50	\$183.30
67	\$158.70	\$218.20	\$221.40	\$175.40	\$209.10	\$190.50	\$189.30
68	\$162.10	\$223.70	\$227.10	\$180.00	\$215.10	\$196.60	\$195.40
69	\$165.00	\$229.20	\$232.50	\$184.40	\$221.20	\$202.60	\$201.10
De 70 a 71	\$169.10	\$237.30	\$240.20	\$190.60	\$230.00	\$211.30	\$209.70
De 72 a 74	\$175.00	\$250.50	\$254.50	\$199.30	\$243.70	\$225.20	\$223.40
De 75 a 79	\$180.20	\$269.30	\$273.20	\$207.60	\$262.90	\$244.10	\$242.20
Más de 80	\$177.20	\$302.40	\$306.40	\$204.80	\$289.50	\$270.60	\$267.90

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

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

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

**PAGO MENSUAL - NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$573.30	\$783.90	\$796.30	\$536.80	\$642.20	\$577.80	\$574.20
65	\$169.70	\$232.10	\$235.70	\$184.60	\$220.80	\$198.70	\$197.50
66	\$173.20	\$236.60	\$240.10	\$189.70	\$225.80	\$205.30	\$203.80
67	\$176.60	\$242.70	\$246.20	\$194.90	\$232.60	\$211.90	\$210.60
68	\$180.20	\$249.00	\$252.50	\$200.20	\$239.30	\$218.50	\$217.10
69	\$183.60	\$255.00	\$258.70	\$205.30	\$245.90	\$225.30	\$223.70
De 70 a 71	\$188.10	\$263.90	\$267.20	\$212.10	\$255.60	\$235.10	\$233.50
De 72 a 74	\$194.70	\$278.70	\$283.10	\$221.50	\$270.90	\$250.40	\$248.50
De 75 a 79	\$200.60	\$299.70	\$304.00	\$230.70	\$292.40	\$271.40	\$269.40
Más de 80	\$197.20	\$336.40	\$340.80	\$227.60	\$321.80	\$300.90	\$298.00

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

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

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

**PAGO MENSUAL - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$630.30	\$862.30	\$875.60	\$590.60	\$706.40	\$635.90	\$631.70
65	\$186.60	\$255.40	\$259.30	\$203.20	\$243.00	\$218.60	\$217.30
66	\$190.50	\$260.20	\$264.30	\$208.60	\$248.40	\$225.80	\$224.20
67	\$194.30	\$267.00	\$270.90	\$214.40	\$255.90	\$233.20	\$231.60
68	\$198.30	\$273.80	\$277.80	\$220.20	\$263.20	\$240.40	\$238.90
69	\$201.90	\$280.60	\$284.50	\$225.80	\$270.50	\$247.80	\$246.10
De 70 a 71	\$207.00	\$290.40	\$294.00	\$233.30	\$281.00	\$258.50	\$256.70
De 72 a 74	\$214.20	\$306.40	\$311.40	\$243.70	\$298.10	\$275.50	\$273.40
De 75 a 79	\$220.60	\$329.60	\$334.40	\$253.70	\$321.60	\$298.60	\$296.40
Más de 80	\$216.90	\$370.00	\$374.90	\$250.40	\$354.10	\$331.00	\$327.70

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

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

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

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

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$564.70	\$772.10	\$784.40	\$528.80	\$632.50	\$569.20	\$565.60
65	\$167.10	\$228.70	\$232.20	\$181.90	\$217.50	\$195.70	\$194.50
66	\$170.60	\$233.10	\$236.50	\$186.90	\$222.40	\$202.20	\$200.70
67	\$174.00	\$239.10	\$242.50	\$192.00	\$229.10	\$208.80	\$207.40
68	\$177.50	\$245.30	\$248.70	\$197.20	\$235.70	\$215.20	\$213.90
69	\$180.90	\$251.10	\$254.80	\$202.20	\$242.20	\$221.90	\$220.30
De 70 a 71	\$185.30	\$260.00	\$263.20	\$208.90	\$251.70	\$231.50	\$230.00
De 72 a 74	\$191.80	\$274.50	\$278.80	\$218.10	\$266.80	\$246.60	\$244.80
De 75 a 79	\$197.60	\$295.20	\$299.40	\$227.30	\$288.00	\$267.30	\$265.40
Más de 80	\$194.20	\$331.40	\$335.70	\$224.20	\$317.00	\$296.40	\$293.50

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

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



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

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

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan F</b>	<b>Select B</b>	<b>Select C</b>	<b>Select D</b>	<b>Select M</b>
Menor de 65	\$620.90	\$849.40	\$862.50	\$581.70	\$695.80	\$626.30	\$622.20
65	\$183.80	\$251.60	\$255.50	\$200.10	\$239.30	\$215.30	\$214.00
66	\$187.60	\$256.30	\$260.30	\$205.50	\$244.70	\$222.40	\$220.80
67	\$191.40	\$263.00	\$266.90	\$211.20	\$252.10	\$229.70	\$228.10
68	\$195.40	\$269.70	\$273.60	\$216.90	\$259.30	\$236.80	\$235.30
69	\$198.90	\$276.40	\$280.20	\$222.40	\$266.50	\$244.10	\$242.40
De 70 a 71	\$203.90	\$286.00	\$289.50	\$229.80	\$276.80	\$254.70	\$252.80
De 72 a 74	\$211.00	\$301.80	\$306.70	\$240.10	\$293.60	\$271.30	\$269.30
De 75 a 79	\$217.30	\$324.60	\$329.40	\$249.90	\$316.70	\$294.10	\$291.90
Más de 80	\$213.60	\$364.50	\$369.20	\$246.60	\$348.80	\$326.00	\$322.80

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

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

## **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.

Florida Blue tiene un procedimiento para responder a las quejas de los miembros. Si no está satisfecho con la forma en que manejamos la negación de la reclamación o por cualquier otra razón, puede enviar una queja formal. Las quejas deben ser enviadas por escrito y deben contener las palabras "Esta es una queja" para asegurarnos de entender el propósito de su carta. Señale claramente la naturaleza de su queja y envíela por escrito a la atención de: Grievance & Appeals, Medicare Member Services Department, Florida Blue, 8400 NW 33rd St. Suite 100, Miami FL 33122-1932. Las quejas se procesarán dentro de un plazo máximo de 60 días después de que Florida Blue las recibe.

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

## **Lea 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.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días 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	\$0 \$341 por día \$682 por día 100% de los Gastos elegibles de Medicare \$0	\$1,364 (deducible de la Parte A) \$0 \$0 \$0** Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital Primeros 20 días 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
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

\*\*AVISO: Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los "Beneficios principales" 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.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero Primero \$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
<b>SANGRE</b> 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
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

**PARTES A y B DEL PLAN A**

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b> <b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b> Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero - Primero \$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

**SELECT 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	
		PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE	PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días 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 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 \$0	\$0 \$0 \$0 \$0** Todos los costos	\$1,364 (deducible de la Parte A) \$341 por día \$682 por día Todos los costos Todos los costos
<b>ADMISIONES POR EMERGENCIA</b>	Igual que las demás admisiones	Igual que las demás admisiones	Igual que una admisión a un hospital participante	Todos los costos más allá del beneficio máximo de por vida	Todos los costos más allá del beneficio máximo de por vida

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

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

\*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
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital Primeros 20 días  Del día 21 al día 100  Día 101 y en adelante	Todas las cantidades  Todo menos \$170.50  \$0	\$0  \$0  \$0	\$0  Hasta \$170.50 por día  Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b>  Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

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

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

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$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
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b> <b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b> Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios  Equipo médico duradero - Primero \$185 de las cantidades aprobadas por Medicare* - Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	100%    \$0  80%	\$0    \$0  20%	\$0    \$185 (deducible de la Parte B)  \$0



**SELECT 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	
		PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE	PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días 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 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 \$0	\$0 \$0 \$0 \$0** Todos los costos	\$1,364 (deducible de la Parte A) \$341 por día \$682 por día Todos los costos Todos los costos
<b>ADMISIONES POR EMERGENCIA</b>	Igual que las demás admisiones	Igual que las demás admisiones	Igual que una admisión a un hospital participante	Todos los costos más allá del beneficio máximo de por vida	Todos los costos más allá del beneficio máximo de por vida

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

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

\*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
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital Primeros 20 días  Del día 21 al día 100  Día 101 y en adelante	Todas las cantidades  Todo menos \$170.50  \$0	\$0  Hasta \$170.50 por día  \$0	\$0  \$0  Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b>  Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

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

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

\*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
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b> SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero - Primero \$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

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

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

**PLAN 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.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días 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
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital Primeros 20 días Del día 21 al día 100 Día 101 y en adelante	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$170.50 por día \$0	\$0 Hasta \$170.50 por día \$0	\$0 \$0 Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

\*\*AVISO: Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los "Beneficios principales" 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.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero Primero \$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
<b>SANGRE</b> 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
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

**PARTES A y B del PLAN C**

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b> <b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b> Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero - Primero \$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**

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

**SELECT 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	
		PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE	PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días 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 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 \$0	\$0 \$0 \$0 \$0** Todos los costos	\$1,364 (deducible de la Parte A) \$341 por día \$682 por día Todos los costos Todos los costos
<b>ADMISIONES POR EMERGENCIA</b>	Igual que las demás admisiones	Igual que las demás admisiones	Igual que una admisión a un hospital participante	Todos los costos más allá del beneficio máximo de por vida	Todos los costos más allá del beneficio máximo de por vida

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



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

\*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.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital Primeros 20 días  Del día 21 al día 100  Día 101 y en adelante	Todas las cantidades  Todo menos \$170.50  \$0	\$0  Hasta \$170.50 por día  \$0	\$0  \$0  Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b>  Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

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

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

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$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
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b> SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero - Primero \$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

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

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

**PLAN F**

**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.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días 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
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital Primeros 20 días Del día 21 al día 100 Día 101 y en adelante	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$170.50 por día \$0	\$0 Hasta \$170.50 por día \$0	\$0 \$0 Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

\*\*AVISO: Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los "Beneficios principales" 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.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero			
Primero \$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
<b>SANGRE</b>			
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
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

**PARTES A y B del PLAN F**

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>			
<b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b>			
Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
- Primero \$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><b>VIAJE AL EXTRANJERO – SIN COBERTURA DE MEDICARE</b>            Servicios de atención de emergencia necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de EE.UU.</p> <p>Primero \$250 por año calendario</p> <p>Restante de los cargos</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>80% hasta un beneficio máximo vitalicio de \$50,000</p>	<p>\$250</p> <p>20% y cantidades por encima de \$50,000 como máximo vitalicio</p>

**SELECT 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	
		PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE	PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días 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 Todo menos \$682 \$0 \$0	\$682 (50% deducible de la Parte A) \$341 por día \$682 por día 100% de los Gastos elegibles de Medicare \$0	\$0 \$0 \$0 \$0 \$0	\$682 \$0 \$0 \$0** Todos los costos	\$1,364 (deducible de la Parte A) \$341 por día \$682 por día Todos los costos Todos los costos
<b>ADMISIONES POR EMERGENCIA</b>	Igual que las demás admisiones	Igual que las demás admisiones	Igual que una admisión a un hospital participante	Todos los costos más allá del beneficio máximo de por vida	Todos los costos más allá del beneficio máximo de por vida

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

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

\*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	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b>  Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital</p> <p>Primeros 20 días</p> <p>Del día 21 al día 100</p> <p>Día 101 y en adelante</p>	<p>Todas las cantidades</p> <p>Todo menos \$170.50</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>Hasta \$170.50 por día</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>Todos los costos</p>
<p><b>SANGRE</b>  Primeras 3 pintas  Cantidades adicionales</p>	<p>\$0</p> <p>100%</p>	<p>3 pintas</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p><b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b>  Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.</p>	<p>Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.</p>	<p>Copago/coaseguro de Medicare</p>	<p>\$0</p>



**SELECT 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.

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

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

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$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
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b> SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero - Primero \$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

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

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