



Esta tabla muestra los beneficios y servicios médicos incluidos en cada una de las coberturas suplementarias estándar de Medicare. Algunas coberturas tal vez no estén disponibles. Solo los solicitantes que son elegibles por primera vez para Medicare antes de 2020 pueden contratar las coberturas C, F y F con deducible alto.

Blue Cross and Blue Shield of Montana no ofrece las coberturas sombreadas en color gris.

Aviso: El símbolo ✓ significa que se paga el 100% del beneficio.

Beneficios y servicios médicos	Coberturas disponibles para todos los solicitantes								Solo para personas que fueron elegibles para Medicare antes de 2020.	
	A	B	D	G ¹	K ²	L ²	M	N	C	F ¹
Coaseguro de la Parte A de Medicare y cobertura para hospitalización (hasta 365 días adicionales después de haber agotado los beneficios de Medicare)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Coaseguro o copago de la Parte B de Medicare	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	Se aplican copagos ³	✓	✓
Sangre (primeras tres pintas)	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓	✓	✓
Coaseguro o copago de la Parte A para atención en un centro paliativo	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓	✓	✓
Coaseguro por atención en centros de enfermería especializada			✓	✓	50%	75%	✓	✓	✓	✓
Deducible de la Parte A de Medicare		✓	✓	✓	50%	75%	50%	✓	✓	✓
Deducible de la Parte B de Medicare									✓	✓

Beneficios y servicios médicos	Coberturas disponibles para todos los solicitantes								Solo para personas que fueron elegibles para Medicare antes de 2020.	
	A	B	D	G ¹	K ²	L ²	M	N	C	F ¹
Gastos en exceso de la Parte B de Medicare				✓						✓
Atención de emergencia en viajes al extranjero (hasta los límites de la cobertura)			✓	✓			✓	✓	✓	✓
Límite en gastos de bolsillo en 2024 ²					\$7,060 ²	\$3,530 ²				

¹ Las Coberturas F y G también tienen una opción de deducible alto, que exige pagar primero un deducible de \$2,800 antes de que la cobertura comience a pagar. Cuando se alcanza el deducible de la cobertura, la cobertura paga el 100% de los servicios con cobertura durante el resto del año calendario. La Cobertura G con deducible alto no cubre el deducible de la Parte B de Medicare. Sin embargo, las Coberturas F y G, con deducible alto, tienen en cuenta su pago del deducible de la Parte B de Medicare para llegar al deducible de la cobertura.

² Las Coberturas K y L pagan el 100% de los servicios con cobertura durante el resto del año calendario una vez que usted alcance el límite anual de gastos de bolsillo.

³ La Cobertura N paga el 100% del coaseguro de la Parte B, salvo un copago de hasta \$20 por ciertas consultas presenciales y un copago de hasta \$50 por consultas médicas en la sala de emergencias que no resulten en la hospitalización del paciente.

SERVICIOS INNOVADORES INCLUIDOS EN LA COBERTURA G PLUS Y LA COBERTURA G PLUS CON DEDUCIBLE ALTO

SERVICIOS PARA LA VISTA:

- **Anteojos o lentes de contacto (convencionales o desechables)**
- **Un examen rutinario de la vista incluye:**
 - Examen de las órbitas oculares
 - Prueba de agudeza visual
 - Examen del campo visual completo por confrontación u otros medios
 - Motilidad ocular
 - Examen de pupilas
 - Medición de la presión intraocular
 - Examen oftalmoscópico con dilatación pupilar

SERVICIOS DENTALES :

La cobertura para servicios dentales incluye los siguiente servicios, siempre y cuando sean prestados por su dentista, un dentista auxiliar o un médico.

- **Evaluaciones diagnósticas**
 - Exámenes bucales periódicos
 - Evaluaciones bucales de problemas específicos, ya sean limitadas, detalladas o exhaustivas
 - Evaluaciones bucales integrales para nuevos pacientes o pacientes establecidos
 - Exámenes bucales
- **Servicios preventivos**
 - Profilaxis: limpieza, raspado y pulido profesional de los dientes
 - Aplicación tópica de fluoruro
- **Radiografías diagnósticas**
 - Radiografías panorámicas y de todos los dientes
 - Radiografías con aleta de mordida
 - Radiografías periapicales, según sea necesario para el diagnóstico
- **Servicios dentales de restauración básicos**
 - Restauraciones de amalgamas
 - Restauraciones con compuesto de resina
 - Rellenos sedativos
 - Remoción o retención de remanentes coronales
 - Extracciones por erupción de dientes o raíces expuestas
- **Extracciones no quirúrgicas**

SERVICIOS AUDITIVOS:

- Acceso sin costo a un examen auditivo rutinario por año calendario
- Tarifa de \$699 por dispositivo auditivo “Advanced” para asegurados
- Tarifa de \$999 por dispositivo auditivo “Premium” para asegurados

Tarifas mensuales de las primas, vigentes a partir del 1.º de mayo de 2023

Blue Cross and Blue Shield of Montana solo puede aumentar la prima si aumentara la prima de todas las pólizas similares a la suya en Montana. Las primas pueden cambiar cuando cumpla los 65 años y, posteriormente, cada año hasta que cumpla los 80 años.

Un aumento en la prima de un seguro de gastos médicos no entrará en vigor hasta que el titular de la póliza reciba un aviso por escrito, según lo requiere la ley.

No consumidores de tabaco

	Cobertura A	Cobertura F	Cobertura F con deducible alto ¹	Cobertura G	Cobertura G con deducible alto ¹	Cobertura G Plus	Cobertura G ¹ Plus con deducible alto	Cobertura N
Menor de 65 años	\$625.91	\$870.39	\$386.53	\$785.39	\$354.32	\$804.43	\$373.36	\$635.26
65 años	\$129.91	\$182.37	\$67.13	\$138.10	\$63.97	\$157.14	\$83.01	\$128.13
66 años	\$134.11	\$188.37	\$69.24	\$142.64	\$65.99	\$161.68	\$85.03	\$132.19
67 años	\$138.49	\$194.39	\$71.52	\$147.18	\$68.15	\$166.22	\$87.19	\$136.46
68 años	\$142.87	\$200.57	\$73.61	\$151.87	\$70.14	\$170.91	\$89.18	\$140.86
69 años	\$147.40	\$206.92	\$76.01	\$156.67	\$72.44	\$175.71	\$91.48	\$145.31
70 años	\$153.36	\$215.39	\$79.13	\$163.10	\$75.41	\$182.14	\$94.45	\$151.25
71 años	\$158.79	\$223.18	\$81.83	\$168.98	\$77.98	\$188.02	\$97.02	\$156.69
72 años	\$164.39	\$230.93	\$84.63	\$174.85	\$80.65	\$193.89	\$99.69	\$161.96
73 años	\$169.99	\$238.89	\$87.46	\$180.87	\$83.35	\$199.91	\$102.39	\$167.57
74 años	\$175.75	\$247.03	\$90.44	\$187.04	\$86.19	\$206.08	\$105.23	\$173.35
75 años	\$183.98	\$258.68	\$94.70	\$195.87	\$90.24	\$214.91	\$109.28	\$181.50
76 años	\$190.63	\$268.03	\$98.07	\$202.93	\$93.47	\$221.97	\$112.51	\$187.98
77 años	\$197.43	\$277.59	\$101.48	\$210.17	\$96.70	\$229.21	\$115.74	\$194.62
78 años	\$204.45	\$287.65	\$105.00	\$217.80	\$100.07	\$236.84	\$119.11	\$201.59
79 años	\$211.81	\$297.89	\$108.70	\$225.54	\$103.57	\$244.58	\$122.61	\$208.73
Mayores de 80 años	\$219.50	\$308.84	\$112.66	\$233.84	\$107.36	\$252.88	\$126.40	\$216.39

Tarifas mensuales de las primas, vigentes a partir del 1.º de mayo de 2023

Blue Cross and Blue Shield of Montana solo puede aumentar la prima si aumentara la prima de todas las pólizas similares a la suya en Montana. Las primas pueden cambiar cuando cumpla los 65 años y, posteriormente, cada año hasta que cumpla los 80 años.

Un aumento en la prima de un seguro de gastos médicos no entrará en vigor hasta que el titular de la póliza reciba un aviso por escrito, según lo requiere la ley.

Consumidores de tabaco

	Cobertura A	Cobertura F	Cobertura F con deducible alto ¹	Cobertura G	Cobertura G con deducible alto ¹	Cobertura G Plus	Cobertura G ¹ Plus con deducible alto	Cobertura N
Menor de 65 años	\$625.91	\$870.39	\$386.53	\$785.39	\$354.32	\$804.43	\$373.36	\$635.26
65 años	\$149.39	\$209.72	\$77.19	\$158.81	\$73.56	\$180.71	\$95.46	\$147.34
66 años	\$154.22	\$216.62	\$79.62	\$164.03	\$75.88	\$185.93	\$97.78	\$152.01
67 años	\$159.26	\$223.54	\$82.24	\$169.25	\$78.37	\$191.15	\$100.26	\$156.92
68 años	\$164.30	\$230.65	\$84.65	\$174.65	\$80.66	\$196.54	\$102.55	\$161.98
69 años	\$169.51	\$237.95	\$87.41	\$180.17	\$83.30	\$202.06	\$105.20	\$167.10
70 años	\$176.36	\$247.69	\$90.99	\$187.56	\$86.72	\$209.46	\$108.61	\$173.93
71 años	\$182.60	\$256.65	\$94.10	\$194.32	\$89.67	\$216.22	\$111.57	\$180.19
72 años	\$189.04	\$265.56	\$97.32	\$201.07	\$92.74	\$222.97	\$114.64	\$186.25
73 años	\$195.48	\$274.72	\$100.57	\$208.00	\$95.85	\$229.89	\$117.74	\$192.70
74 años	\$202.11	\$284.08	\$104.00	\$215.09	\$99.11	\$236.99	\$121.01	\$199.35
75 años	\$211.57	\$297.48	\$108.90	\$225.25	\$103.77	\$247.14	\$125.67	\$208.72
76 años	\$219.22	\$308.23	\$112.78	\$233.36	\$107.49	\$255.26	\$129.38	\$216.17
77 años	\$227.04	\$319.22	\$116.70	\$241.69	\$111.20	\$263.59	\$133.10	\$223.81
78 años	\$235.11	\$330.79	\$120.75	\$250.47	\$115.08	\$272.36	\$136.97	\$231.82
79 años	\$243.58	\$342.57	\$125.00	\$259.37	\$119.10	\$281.26	\$141.00	\$240.03
Mayores de 80 años	\$252.42	\$355.16	\$129.55	\$268.91	\$123.46	\$290.81	\$145.36	\$248.84

Usted tiene la opción de contratar cualquiera de las coberturas suplementarias de Medicare que se muestran en la portada con fondo blanco como coberturas estándar.

INFORMACIÓN SOBRE LAS PRIMAS

Blue Cross and Blue Shield of Montana solo puede aumentar su prima si aumentara la prima de todas las pólizas similares a la suya en el estado. No cambiaremos su prima ni cancelaremos su póliza debido a que tiene problemas médicos. Las primas pueden cambiar cuando cumpla los 65 años y, posteriormente, cada año hasta que cumpla los 80 años. Un aumento en la prima de un seguro de gastos médicos no entrará en vigor hasta que el titular de la póliza reciba un aviso por escrito, según lo requiere la ley.

CONSUMO DE PRODUCTOS CON TABACO

Blue Cross and Blue Shield of Montana (BCBSMT) define a un consumidor de tabaco como una persona que consume o que consumió algún producto que contiene tabaco en los últimos 6 meses antes de la fecha de solicitar la cobertura. Esto incluye, entre otros, el consumo de cigarrillos, cigarros, productos a base de tabaco sin humo, cigarros electrónicos, productos solubles con tabaco y vaporizadores.

DESCUENTOS EN LAS PRIMAS

Puede haber descuentos en las primas de Seguro Suplementario de Medicare de Blue Cross and Blue Shield of Montana (BCBSMT). Los criterios de elegibilidad se describen a continuación. En caso de ser elegible para un descuento, este se aplicará a la próxima factura y permanecerá vigente, siempre y cuando el asegurado siga cumpliendo con los criterios de elegibilidad. Los descuentos no se pueden combinar; solo se permite un tipo de descuento por asegurado.

DESCUENTO POR HOGAR CON VARIOS ASEGURADOS

Usted puede ser elegible para un descuento si cuenta con una póliza de Seguro Suplementario de Medicare efectiva a partir del 1.º de mayo de 2022, y usted vive con un cónyuge o una pareja en union libre si ha vivido con hasta tres adultos mayores de 60 años por los últimos 12 meses.

Descuento Continue with BlueSM por continuar con una de nuestras coberturas

Usted puede ser elegible para un descuento si tuvo cobertura comercial grupal a través del empleo o cobertura de un seguro médico particular de Blue Cross and Blue Shield que fue emitida en Illinois, Montana, Nuevo México, Oklahoma o Texas y esa cobertura estuvo vigente dentro de un año desde que la póliza de Seguro Suplementario de Medicare de BCBSMT entró en vigor. Se aplica a las pólizas de Seguro Suplementario de Medicare de BCBSMT que entraron en vigor el 1.º de mayo de 2023 o en una fecha posterior.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Use este esquema para comparar los niveles de cobertura y las primas de cada póliza.

LEA LA PÓLIZA DETENIDAMENTE

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

DERECHO DE DEVOLUCIÓN DE LA PÓLIZA

Si no está satisfecho con la póliza, devuélvala a la siguiente dirección: **Medicare Supplement Membership, 3645 Alice Street, Helena, MT 59601.**

Si nos devuelve la póliza dentro de los 30 días de haberla recibido, trataremos la póliza como si nunca se hubiera emitido y le devolveremos todos los pagos que haya efectuado.

REEMPLAZO DE PÓLIZA

Si va a reemplazar otra póliza de seguro de gastos médicos con esta póliza, NO la cancele hasta que reciba la nueva póliza y esté seguro de que quiere mantenerla.

AVISO

Es posible que esta póliza no cubra completamente todos sus gastos médicos. Ni Blue Cross and Blue Shield of Montana ni sus agentes tienen

conexión con Medicare. Este Esquema de cobertura no incluye todos los detalles de la cobertura Medicare. Comuníquese con la Oficina del Seguro Social de su localidad o consulte los detalles en el manual "Medicare y Usted".

LAS RESPUESTAS COMPLETAS SON MUY IMPORTANTES

Revise la solicitud detenidamente antes de firmarla. Verifique que toda la información se haya registrado como corresponde.

Cobertura A

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura A paga	Usted paga
Hospitalización⁴ Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,632	\$0	\$1,632 (Deducible de la Parte A)
Días 61 al 90	Todo, excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$816 por día	\$816 por día	\$0
– 365 días adicionales, una vez que se hayan usado los días de reserva de por vida	\$0	100% de los gastos elegibles según Medicare	\$0 ⁵
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada⁴ Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluso haber sido hospitalizado por al menos 3 días y, en un plazo de 30 días desde el alta hospitalaria, haber sido admitido a un centro aprobado por Medicare.			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 al 100	Todo, excepto \$240 por día	\$0	Hasta \$240 por día
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
Sangre:			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
Atención en centros paliativos Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluso contar con una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico.	Todo copago y coaseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero muy limitados.	Copago y coaseguro de Medicare	\$0

⁴ Un período de beneficios inicia el primer día que recibe servicios como paciente internado en un hospital, y finaliza cuando es dado de alta del hospital, a menos de que haya recibido atención médica especializada en algún otro centro durante 60 días consecutivos.

⁵ AVISO: Cuando se agota la cobertura para servicios hospitalarios incluidos en la Parte A de Medicare, la compañía de seguros ocupa el lugar de Medicare y pagará la cantidad que Medicare hubiera pagado por hasta 365 días adicionales de hospitalización, según lo estipulado en los "Beneficios principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle cualquier saldo basándose en la diferencia entre los montos facturados y lo que Medicare hubiera pagado.

Cobertura A

MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura A paga	Usted paga
Gastos médicos: Servicios dentro o fuera del hospital y tratamiento hospitalario para pacientes externos, como los siguientes: servicios de médicos; servicios y suministros médicos y quirúrgicos, tanto para pacientes internados como ambulatorios; terapia física y del habla; pruebas diagnósticas; equipo médico duradero			
Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
Gastos que excedan la Parte B (que superen los montos aprobados por Medicare)	\$0	\$0	Todos los gastos
Sangre:			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas diagnósticas	100%	\$0	\$0

MEDICARE (PARTES A Y B)

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

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

Cobertura F

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F paga	Usted paga
Hospitalización⁴ Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,632	\$1,632 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 al 90	Todo, excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$816 por día	\$816 por día	\$0
– 365 días adicionales, una vez que se hayan usado los días de reserva de por vida	\$0	100% de los gastos elegibles según Medicare	\$0 ⁵
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada⁴ Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluso haber sido hospitalizado por al menos 3 días y, en un plazo de 30 días desde el alta hospitalaria, haber sido admitido a un centro aprobado por Medicare.			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 al 100	Todo, excepto \$240 por día	Hasta \$240 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
Sangre:			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
Atención en centros paliativos Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluso contar con una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico.	Todo copago y coaseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero muy limitados.	Copago y coaseguro de Medicare	\$0

Cobertura F

MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F paga	Usted paga
Gastos médicos: Servicios dentro o fuera del hospital y tratamiento hospitalario para pacientes externos, como los siguientes: servicios de médicos; servicios y suministros médicos y quirúrgicos, tanto para pacientes internados como ambulatorios; terapia física y del habla; pruebas diagnósticas; equipo médico duradero			
Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)	\$0
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
Gastos que excedan la Parte B (que sobrepasen los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
Sangre:			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)	\$0
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas diagnósticas	100%	\$0	\$0

MEDICARE (PARTES A Y B)

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

Cobertura F

OTROS BENEFICIOS Y SERVICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F paga	Usted paga
Viajes al extranjero: Servicios sin cobertura de Medicare Servicios de emergencia médicamente necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU.			
Primeros \$250 por año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	El 80%, hasta alcanzar un máximo de por vida de \$50,000	El 20% y las cantidades que excedan el máximo de por vida de \$50,000

Cobertura F con deducible alto

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

Servicios	Medicare paga	Después de pagar el deducible de \$2,800 ¹ , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,800 ¹ , usted paga
Hospitalización⁴ Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,632	\$1,632 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 al 90	Todo, excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$816 por día	\$816 por día	\$0
– 365 días adicionales, una vez que se hayan usado los días de reserva de por vida	\$0	100% de los gastos elegibles según Medicare	\$0 ⁵
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada⁴ Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluso haber sido hospitalizado por al menos 3 días y, en un plazo de 30 días desde el alta hospitalaria, haber sido admitido a un centro aprobado por Medicare.			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 al 100	Todo, excepto \$240 por día	Hasta \$240 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
Sangre:			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
Atención en centros paliativos Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluso contar con una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico.	Todo copago y coaseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero muy limitados.	Copago y coaseguro de Medicare	\$0

Cobertura F con deducible alto

MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	Después de pagar el deducible de \$2,800 ¹ , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,800 ¹ , usted paga
Gastos médicos: Servicios dentro o fuera del hospital y tratamiento hospitalario para pacientes externos, como los siguientes: servicios de médicos; servicios y suministros médicos y quirúrgicos, tanto para pacientes internados como ambulatorios; terapia física y del habla; pruebas diagnósticas; equipo médico duradero			
Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)	\$0
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
Gastos que excedan la Parte B (que sobrepasen los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
Sangre:			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)	\$0
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas diagnósticas	100%	\$0	\$0

MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	Después de pagar el deducible de \$2,800 ¹ , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,800 ¹ , usted paga
Servicios de atención médica en el hogar aprobados por Medicare			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)	\$0
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

Cobertura F con deducible alto

OTROS BENEFICIOS Y SERVICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	Después de pagar el deducible de \$2,800 ¹ , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,800 ¹ , usted paga
Viajes al extranjero: Servicios sin cobertura de Medicare Servicios de emergencia médicamente necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU.			
Primeros \$250 por año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	El 80%, hasta alcanzar un máximo de por vida de \$50,000	El 20% y las cantidades que excedan el máximo de por vida de \$50,000

Cobertura G

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G paga	Usted paga
Hospitalización⁴ Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,632	\$1,632 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 al 90	Todo, excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$816 por día	\$816 por día	\$0
– 365 días adicionales, una vez que se hayan usado los días de reserva de por vida	\$0	100% de los gastos elegibles según Medicare	\$0 ⁵
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada⁴ Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluso haber sido hospitalizado por al menos 3 días y, en un plazo de 30 días desde el alta hospitalaria, haber sido admitido a un centro aprobado por Medicare.			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 al 100	Todo, excepto \$240 por día	Hasta \$240 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
Sangre:			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
Atención en centros paliativos Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluso contar con una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico.	Todo copago y coaseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero muy limitados.	Copago y coaseguro de Medicare	\$0

Cobertura G

MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G paga	Usted paga
Gastos médicos: Servicios dentro o fuera del hospital y tratamiento hospitalario para pacientes externos, como los siguientes: servicios de médicos; servicios y suministros médicos y quirúrgicos, tanto para pacientes internados como ambulatorios; terapia física y del habla; pruebas diagnósticas; equipo médico duradero			
Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
Gastos que excedan la Parte B (que sobrepasen los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
Sangre:			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas diagnósticas	100%	\$0	\$0
MEDICARE (PARTES A Y B)			
Servicios	Medicare paga	La Cobertura G paga	Usted paga
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

Cobertura G

OTROS BENEFICIOS Y SERVICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G paga	Usted paga
Viajes al extranjero: Servicios sin cobertura de Medicare Servicios de emergencia médicamente necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU.			
Primeros \$250 por año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	El 80%, hasta alcanzar un máximo de por vida de \$50,000	El 20% y las cantidades que excedan el máximo de por vida de \$50,000

Cobertura G con deducible alto

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

Servicios	Medicare paga	Después de pagar el deducible de \$2,800 ¹ , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,800 ¹ , usted paga
Hospitalización⁴ Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,632	\$1,632 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 al 90	Todo, excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
A partir del día 91:			
- Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$816 por día	\$816 por día	\$0
- 365 días adicionales, una vez que se hayan usado los días de reserva de por vida	\$0	100% de los gastos elegibles según Medicare	\$0 ⁵
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada⁴ Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluso haber sido hospitalizado por al menos 3 días y, en un plazo de 30 días desde el alta hospitalaria, haber sido admitido a un centro aprobado por Medicare.			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 al 100	Todo, excepto \$240 por día	Hasta \$240 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
Sangre:			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
Atención en centros paliativos Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluso contar con una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico.	Todo copago y coaseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero muy limitados.	Copago y coaseguro de Medicare	\$0

Cobertura G con deducible alto

MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	Después de pagar el deducible de \$2,800 ¹ , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,800 ¹ , usted paga
Gastos médicos: Servicios dentro o fuera del hospital y tratamiento hospitalario para pacientes externos, como los siguientes: servicios de médicos; servicios y suministros médicos y quirúrgicos, tanto para pacientes internados como ambulatorios; terapia física y del habla; pruebas diagnósticas; equipo médico duradero			
Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
Gastos que excedan la Parte B (que sobrepasen los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
Sangre:			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas diagnósticas	100%	\$0	\$0

MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	Después de pagar el deducible de \$2,800 ¹ , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,800 ¹ , usted paga
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

Cobertura G con deducible alto

OTROS BENEFICIOS Y SERVICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

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

Cobertura G Plus

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
Hospitalización⁴ Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,632	\$1,632 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
A partir del día 91:			
- Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$816 por día	\$816 por día	\$0
- 365 días adicionales, una vez que los días de reserva de por vida se hayan utilizado	\$0	100% de los gastos elegibles para Medicare	\$0 ⁵
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada⁴ Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una hospitalización durante al menos 3 días y la admisión a un centro aprobado por Medicare en el plazo de 30 días desde el alta hospitalaria			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$240 por día	Hasta \$240 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
Sangre			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
Atención en centros paliativos Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico	Todo copago o coaseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero son muy limitados	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

Cobertura G Plus

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos , como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y externos, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, y equipo médico duradero			
Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
Sangre			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas diagnósticas	100%	\$0	\$0

MEDICARE (PARTES A Y B)

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

Cobertura G Plus

OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

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

BENEFICIOS INNOVADORES

SERVICIOS DENTALES

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
Pruebas diagnósticas			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
Servicios preventivos			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
Radiografías diagnósticas			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
Servicios básicos de restauración⁷	\$0	50%	50%
Extracciones no quirúrgicas			
En la red	\$0	75%	25%
Fuera de la red	\$0	50%	50%

⁷ Una vez por diente por año calendario.

Cobertura G Plus

BENEFICIOS INNOVADORES

SERVICIOS PARA LA VISTA

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
Examen anual de rutina			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	Todo, excepto \$40	\$40
Asignación para suministros			
En la red	\$0	\$130	Saldo restante
Fuera de la red	\$0	\$65	Saldo restante

SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN⁸

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
Examen anual de rutina	\$0	100%	\$0
Descuentos para aparatos	\$0	Generalmente, el 30%	Saldo restante

⁸ Todos los servicios deben recibirse dentro de la red.

Cobertura G Plus con deducible alto

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

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible ¹ de \$2,800, la Cobertura G Plus paga	Además del deducible ¹ de \$2,800, usted paga
Hospitalización⁴ Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,632	\$1,632 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
A partir del día 91:			
- Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$816 por día	\$816 por día	\$0
- 365 días adicionales, una vez que los días de reserva de por vida se hayan utilizado	\$0	100% de los gastos elegibles para Medicare	\$0 ⁵
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada⁴ Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una hospitalización durante al menos 3 días y la admisión a un centro aprobado por Medicare en el plazo de 30 días desde el alta hospitalaria			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$240 por día	Hasta \$240 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
Sangre			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
Atención en centros paliativos Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico	Todo copago o coaseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero son muy limitados	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

Cobertura G Plus con deducible alto

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible ¹ de \$2,800, la Cobertura G Plus paga	Además del deducible ¹ de \$2,800, usted paga
Gastos médicos: Dentro o fuera del hospital y por tratamiento hospitalario para pacientes externos, como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y externos, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico, y equipo médico duradero			
Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Generalmente, el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (que superan los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
Sangre			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico	100%	\$0	\$0

MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible ¹ de \$2,800, la Cobertura G Plus paga	Además del deducible ¹ de \$2,800, usted paga
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
-Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
- Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

Cobertura G Plus con deducible alto

OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

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

BENEFICIOS INNOVADORES

SERVICIOS DENTALES

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
Pruebas diagnósticas			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
Servicios preventivos			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
Radiografías diagnósticas			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	50%	50%
Servicios básicos de restauración⁷	\$0	50%	50%
Extracciones no quirúrgicas			
En la red	\$0	75%	25%
Fuera de la red	\$0	50%	50%

⁷ Una vez por diente por año calendario.

Cobertura G Plus con deducible alto

BENEFICIOS INNOVADORES

SERVICIOS PARA LA VISTA

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
Examen anual de rutina			
En la red	\$0	100%	\$0
Fuera de la red	\$0	Todo, excepto \$40	\$40
Asignación para suministros			
En la red	\$0	\$130	Saldo restante
Fuera de la red	\$0	\$65	Saldo restante

SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN⁸

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G Plus paga	Usted paga
Examen anual de rutina	\$0	100%	\$0
Descuentos para aparatos	\$0	Generalmente, el 30%	Saldo restante

⁸ Todos los servicios deben recibirse dentro de la red.

Cobertura N

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
Hospitalización⁴ Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,632	\$1,632 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 al 90	Todo, excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
A partir del día 91:			
- Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$816 por día	\$816 por día	\$0
- 365 días adicionales, una vez que se hayan usado los días de reserva de por vida	\$0	100% de los gastos elegibles según Medicare	\$0 ⁵
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada⁴ Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluso haber sido hospitalizado por al menos 3 días y, en un plazo de 30 días desde el alta hospitalaria, haber sido admitido a un centro aprobado por Medicare.			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 al 100	Todo, excepto \$240 por día	Hasta \$240 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos
Sangre:			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
Atención en centros paliativos Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluso contar con una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico.	Todo copago y coaseguro por medicamentos para pacientes externos y atención médica de relevo para pacientes internados, pero muy limitados.	Copago y coaseguro de Medicare	\$0

Cobertura N

MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
Gastos médicos: Servicios dentro o fuera del hospital y tratamiento hospitalario para pacientes externos, como los siguientes: servicios de médicos; servicios y suministros médicos y quirúrgicos, tanto para pacientes internados como ambulatorios; terapia física y del habla; pruebas diagnósticas; equipo médico duradero			
Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	Generalmente, el 80%	Saldo, excepto copagos de hasta \$20 por consultas presenciales, y de hasta \$50 por acudir a salas de emergencias. No se aplicará el copago de hasta \$50 si el asegurado es internado en algún hospital y la consulta en la sala de emergencias tiene cobertura como gasto médico incluido en la Parte A de Medicare.	Hasta \$20 por consultas presenciales, y de hasta \$50 por acudir a salas de emergencias. No se aplicará el copago de hasta \$50 si el asegurado es internado en algún hospital y la consulta en la sala de emergencias tiene cobertura como gasto médico incluido en la Parte A de Medicare.
Gastos que excedan la Parte B (que sobrepasen los montos aprobados por Medicare)	\$0	\$0	Todos los gastos
Sangre:			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas diagnósticas	100%	\$0	\$0

Cobertura N

MEDICARE (PARTES A Y B)			
Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
Servicios de atención médica en el hogar aprobados por Medicare			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
- Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare ⁶	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
- Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
OTROS BENEFICIOS Y SERVICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE			
Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
Viajes al extranjero: Servicios sin cobertura de Medicare Servicios de emergencia médicamente necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU.			
Primeros \$250 por año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	El 80%, hasta alcanzar un máximo de por vida de \$50,000	El 20% y las cantidades que excedan el máximo de por vida de \$50,000

Información importante sobre cotizaciones de las pólizas de Seguro Suplementario de Medicare

Los precios cotizados se basan en los criterios especificados durante la búsqueda. Esta ilustración está sujeta a la clasificación o emisión y aprobación de la cobertura de Blue Cross and Blue Shield of Montana, según corresponda, y no garantiza las tarifas, la cobertura ni la fecha del inicio de la cobertura. Por otra parte, las tarifas están sujetas a cambios si alguna parte de la información proporcionada cambia cuando se apruebe la póliza, en caso de que esto ocurra. Además, Blue Cross and Blue Shield of Montana se reserva el derecho de modificar las tarifas cada cierto tiempo. No está relacionado con el programa Medicare federal o gobierno de los EE. UU., ni cuenta con su Patrocinio.

Blue Cross and Blue Shield of Montana, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare.