



Esta tabla muestra los beneficios y servicios médicos incluidos en cada una de las coberturas suplementarias estándar de Medicare. Todas las compañías deben ofrecer la Cobertura "A". 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.

BENEFICIOS Y SERVICIOS BÁSICOS:

- Hospitalización: Coaseguro de la Parte A, más cobertura para 365 días adicionales, después de que se agote la cobertura de Medicare.
- Gastos médicos: Coaseguro de la Parte B (generalmente, el 20% de los gastos aprobados por Medicare) o copagos para servicios hospitalarios para pacientes externos. Las coberturas K, L y N exigen que los asegurados paguen una porción del coaseguro o los copagos correspondientes a la Parte B.
- Sangre: Las primeras tres pintas de sangre cada año.
- Centros paliativos: Coaseguro de la Parte A.

A	Beneficios y servicios básicos, incluye el 100% del coaseguro de la Parte B						
B	Beneficios y servicios básicos, incluye el 100% del coaseguro de la Parte B		Deducible de la Parte A				
D	Beneficios y servicios básicos, incluye el 100% del coaseguro de la Parte B	Coaseguro por atención en centros de enfermería especializada	Deducible de la Parte A			Emergencias en el extranjero	
G	Beneficios y servicios básicos, incluye el 100% del coaseguro de la Parte B	Coaseguro por atención en centros de enfermería especializada	Deducible de la Parte A		Gastos que excedan la Parte B (100%)	Emergencias en el extranjero	
G¹							
K	Servicios de hospitalización y atención preventiva con cobertura al 100%; otros servicios básicos se pagan al 50%	Coaseguro del 50% por atención en centros de enfermería especializada	50% del deducible de la Parte A				Límite de \$6,220 en gastos de bolsillo; después de alcanzar el límite se paga el 100%
L	Servicios de hospitalización y atención preventiva con cobertura al 100%; otros servicios básicos se pagan al 75%	Coaseguro del 75% por atención en centros de enfermería especializada	75% del deducible de la Parte A				Límite de \$3,110 en gastos de bolsillo; después de alcanzar el límite se paga el 100%
M	Beneficios y servicios básicos, incluye el 100% del coaseguro de la Parte B	Coaseguro por atención en centros de enfermería especializada	50% del deducible de la Parte A			Emergencias en el extranjero	
N	Beneficios y servicios básicos, incluye el 100% del coaseguro de la Parte B, excepto copagos de hasta \$20 por consultas presenciales, y de hasta \$50 por acudir a salas de emergencias	Coaseguro por atención en centros de enfermería especializada	Deducible de la Parte A			Emergencias en el extranjero	

Únicamente disponible si cumplió con los requisitos de Medicare antes de 2020.

C	Beneficios y servicios básicos, incluye el 100% del coaseguro de la Parte B	Coaseguro por atención en centros de enfermería especializada	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte B		Emergencias en el extranjero	
F F¹	Beneficios y servicios básicos, incluye el 100% del coaseguro de la Parte B	Coaseguro por atención en centros de enfermería especializada	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte B	Gastos que excedan la Parte B (100%)	Emergencias en el extranjero	

¹ Estas coberturas con deducible alto pagan por los mismos servicios que incluyen las coberturas F y G, después de pagar el deducible de \$2,370 por año calendario. La cobertura para servicios médicos incluidos en las coberturas F y G, con deducible alto, inician cuando los gastos de bolsillo alcancen la cantidad de \$2,370. Los gastos de bolsillo que se contabilizan para estos deducibles son gastos que, por lo general, estarían cubiertos por la póliza. Esto incluye los deducibles de Medicare correspondientes a las Partes A y B, pero no incluye el deducible adicional para casos de emergencia durante viajes al extranjero.

Tarifas mensuales de las primas, vigentes a partir del 1.º de abril de 2020

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.

	Cobertura A	Cobertura C	Cobertura F	Cobertura F con deducible alto¹	Cobertura G	Cobertura G con deducible alto¹	Cobertura M	Cobertura N
Menor de 65 años	\$491.29	\$680.30	\$683.18	\$314.01	\$616.46	\$243.42	\$578.46	\$498.63
65 años	\$123.32	\$170.81	\$173.12	\$74.38	\$126.74	\$74.38	\$145.26	\$125.16
66 años	\$127.31	\$176.45	\$178.81	\$76.72	\$130.90	\$76.72	\$150.07	\$129.13
67 años	\$131.47	\$182.12	\$184.53	\$79.24	\$135.08	\$79.24	\$154.70	\$133.29
68 años	\$135.62	\$187.92	\$190.39	\$81.56	\$139.38	\$81.56	\$159.71	\$137.60
69 años	\$139.92	\$193.90	\$196.42	\$84.23	\$143.79	\$84.23	\$164.85	\$141.94
70 años	\$145.58	\$201.70	\$204.46	\$87.68	\$149.68	\$87.68	\$171.48	\$147.75
71 años	\$150.74	\$209.02	\$211.85	\$90.67	\$155.08	\$90.67	\$177.65	\$153.05
72 años	\$156.05	\$216.32	\$219.21	\$93.77	\$160.48	\$93.77	\$183.78	\$158.21
73 años	\$161.36	\$223.62	\$226.76	\$96.91	\$165.99	\$96.91	\$190.10	\$163.69
74 años	\$166.84	\$231.42	\$234.49	\$100.21	\$171.66	\$100.21	\$196.74	\$169.33
75 años	\$174.65	\$242.41	\$245.54	\$104.92	\$179.75	\$104.92	\$206.05	\$177.29
76 años	\$180.96	\$251.03	\$254.42	\$108.67	\$186.24	\$108.67	\$213.34	\$183.62
77 años	\$187.41	\$259.98	\$263.49	\$112.43	\$192.88	\$112.43	\$220.95	\$190.10
78 años	\$194.07	\$269.46	\$273.03	\$116.34	\$199.87	\$116.34	\$228.93	\$196.91
79 años	\$201.05	\$279.11	\$282.76	\$120.43	\$206.99	\$120.43	\$237.09	\$203.88
Mayores de 80 años	\$208.36	\$289.38	\$293.15	\$124.82	\$214.59	\$124.82	\$245.72	\$211.36

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 la prima si aumentara la prima de todas las pólizas similares a la suya en el estado. No cambiaremos la prima ni cancelaremos su póliza debido a 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.

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 le 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 todos los gastos médicos que incurra. 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
Hospitalización² Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,484	\$0	\$1,484 (Deducible de la Parte A)
Días 61 al 90	Todo, excepto \$371 por día	\$371 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$742 por día	\$742 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 ³
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada² 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 \$185.50 por día	\$0	Hasta \$185.50 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

² 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.

³ 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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$0	\$203 (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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$0	\$203 (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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$0	\$203 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

⁴ Una vez que le hayan facturado \$203 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 C

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura C paga	Usted paga
Hospitalización² Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,484	\$1,484 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 al 90	Todo, excepto \$371 por día	\$371 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$742 por día	\$742 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 ³
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada² 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 \$185.50 por día	Hasta \$185.50 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 C

MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura C 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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$203 (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 superen los montos aprobados por Medicare)	\$0	\$0	Todos los gastos
Sangre:			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$203 (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 C 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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$203 (Deducible de la Parte B)	\$0
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

Cobertura C

OTROS BENEFICIOS Y SERVICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	La Cobertura C 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

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F paga	Usted paga
Hospitalización² Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,484	\$1,484 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 al 90	Todo, excepto \$371 por día	\$371 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$742 por día	\$742 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 ³
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada² 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 \$185.50 por día	Hasta \$185.50 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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$203 (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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$203 (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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$203 (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
<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 F con deducible alto

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

Servicios	Medicare paga	Después de pagar el deducible de \$2,370 ¹ , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,370 ¹ , usted paga
Hospitalización² Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,484	\$1,484 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 al 90	Todo, excepto \$371 por día	\$371 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$742 por día	\$742 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 ³
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada² 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 \$185.50 por día	Hasta \$185.50 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 \$2,370 ¹ , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,370 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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$203 (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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$203 (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 \$2,370 ¹ , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,370 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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$203 (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 \$2,370 ¹ , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,370 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
Hospitalización² Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,484	\$1,484 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 al 90	Todo, excepto \$371 por día	\$371 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$742 por día	\$742 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 ³
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada² 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 \$185.50 por día	Hasta \$185.50 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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$0	\$203 (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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$0	\$203 (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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$0	\$203 (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 \$2,370 ¹ , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,370 ¹ , usted paga
Hospitalización² Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,484	\$1,484 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 al 90	Todo, excepto \$371 por día	\$371 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$742 por día	\$742 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 ³
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada² 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 \$185.50 por día	Hasta \$185.50 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 \$2,370 ¹ , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,370 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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$0	\$203 (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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$0	\$203 (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 \$2,370 ¹ , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,370 ¹ , usted paga
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$0	\$203 (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 \$2,370 ¹ , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,370 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 M

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura M paga	Usted paga
Hospitalización² Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,484	\$742 (50% del deducible de la Parte A)	\$742 (50% del deducible de la Parte A)
Días 61 al 90	Todo, excepto \$371 por día	\$371 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$742 por día	\$742 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 ³
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada² 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 \$185.50 por día	Hasta \$185.50 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 M

MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura M 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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$0	\$203 (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	\$0	Todos los gastos
Sangre:			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$0	\$203 (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 M 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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$0	\$203 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

Cobertura M

OTROS BENEFICIOS Y SERVICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	La Cobertura M 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 N

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
Hospitalización² Habitación semiprivada y comidas, servicios generales de enfermería, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,484	\$1,484 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 al 90	Todo, excepto \$371 por día	\$371 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$742 por día	\$742 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 ³
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada² 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 \$185.50 por día	Hasta \$185.50 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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$0	\$203 (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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$0	\$203 (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 \$203 de los montos aprobados por Medicare ⁴	\$0	\$0	\$203 (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 ni avalado por el gobierno de EE. UU. o el programa Federal de Medicare.

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.