



Este cuadro muestra los beneficios incluidos en cada cobertura suplementaria de Medicare estándar. Todas las compañías deben ofrecer la Cobertura "A". Es posible que algunas coberturas no estén disponibles. Solo los solicitantes que cumplen con los requisitos para Medicare por primera vez antes de 2020 pueden adquirir las Coberturas C, F y F con deducible alto.

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

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

Beneficios	Coberturas disponibles para todos los solicitantes								Únicamente para quienes cumplen con los requisitos para Medicare por primera vez antes de 2020	
	A	B	D	G ¹	K ²	L ²	M	N	C	F ¹
Incluye el coaseguro y la cobertura de hospitalización de la Parte A de Medicare (por hasta 365 días adicionales después de haber usado los beneficios de Medicare)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Coaseguro o copago de la Parte B de Medicare	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	Se aplican copagos ⁴	✓	✓
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%	✓	✓	✓

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, que se refiere a HCSC Insurance Services Company (HISC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

Beneficios	Coberturas disponibles para todos los solicitantes								Únicamente para quienes cumplen con los requisitos para Medicare por primera vez antes de 2020	
	A	B	D	G ¹	K ²	L ²	M	N	C	F ¹
Deducible de la Parte B de Medicare									✓	✓
Cargos en exceso de la Parte B de Medicare				✓						✓
Emergencia durante viajes al extranjero (hasta los límites incluidos en la cobertura)			✓	✓			✓	✓	✓	✓
Límite de 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 requiere pagar primero un deducible del plan de \$2,370 antes de que el plan comience a pagar. Una vez que se alcanza el deducible del plan, el plan paga el 100% de los servicios cubiertos por el resto del año calendario. El plan G con deducible alto no cubre el deducible de la Parte B de Medicare. Sin embargo, los planes F y G con deducibles altos cuentan su pago del deducible de la Parte B de Medicare para alcanzar el deducible del plan.

² Las Coberturas K y L pagan el 100% de los servicios cubiertos durante el resto del año calendario una vez que alcanza el límite anual de desembolso.

³ Cobertura Plan N paga el 100% del coseguro de la Parte B, excepto un copago de hasta \$20 para algunas visitas al consultorio y hasta un copago de \$50 para visitas a la sala de emergencias que no resultan en una admisión como paciente hospitalizado.

Tasas de la prima mensual, vigentes a partir del 1.º de abril de 2024

Las tasas que se muestran son únicamente para residentes de Illinois que viven fuera de los condados de Cook, DuPage, Kane, Lake, McHenry o Will.

Si usted es residente de Illinois y vive en los condados de Cook, DuPage, Kane, Lake, McHenry o Will, llame al número para llamadas sin costo que aparece en la solicitud y en todo el paquete de información.

65 años				
	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$118.69	\$107.90	\$136.44	\$124.04
F	\$162.32	\$147.57	\$186.59	\$169.62
F Plus	\$185.89	\$171.14	\$210.16	\$193.19
G	\$136.76	\$124.34	\$157.20	\$142.92
G Plus	\$160.33	\$147.91	\$180.77	\$166.49
N	\$112.07	\$101.89	\$128.81	\$117.11
N Plus	\$135.64	\$125.46	\$152.38	\$140.68
G Select	\$121.72	\$110.66	\$139.91	\$127.20
G Select Plus	\$145.29	\$134.23	\$163.48	\$150.77

66 años				
	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$118.69	\$107.90	\$136.44	\$124.04
F	\$162.32	\$147.57	\$186.59	\$169.62
F Plus	\$185.89	\$171.14	\$210.16	\$193.19
G	\$136.76	\$124.34	\$157.20	\$142.92
G Plus	\$160.33	\$147.91	\$180.77	\$166.49
N	\$112.07	\$101.89	\$128.81	\$117.11
N Plus	\$135.64	\$125.46	\$152.38	\$140.68
G Select	\$121.72	\$110.66	\$139.91	\$127.20
G Select Plus	\$145.29	\$134.23	\$163.48	\$150.77

67 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$118.69	\$107.90	\$136.44	\$124.04
F	\$162.32	\$147.57	\$186.59	\$169.62
F Plus	\$185.89	\$171.14	\$210.16	\$193.19
G	\$136.76	\$124.34	\$157.20	\$142.92
G Plus	\$160.33	\$147.91	\$180.77	\$166.49
N	\$112.07	\$101.89	\$128.81	\$117.11
N Plus	\$135.64	\$125.46	\$152.38	\$140.68
G Select	\$121.72	\$110.66	\$139.91	\$127.20
G Select Plus	\$145.29	\$134.23	\$163.48	\$150.77

68 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$124.98	\$113.63	\$143.66	\$130.60
F	\$168.79	\$153.46	\$194.01	\$176.37
F Plus	\$192.36	\$177.03	\$217.58	\$199.94
G	\$143.85	\$130.77	\$165.33	\$150.30
G Plus	\$167.42	\$154.34	\$188.90	\$173.87
N	\$118.11	\$107.38	\$135.76	\$123.43
N Plus	\$141.68	\$130.95	\$159.33	\$147.00
G Select	\$128.03	\$116.39	\$147.14	\$133.77
G Select Plus	\$151.60	\$139.96	\$170.71	\$157.34

69 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$131.97	\$119.97	\$151.69	\$137.91
F	\$176.70	\$160.63	\$203.10	\$184.64
F Plus	\$200.27	\$184.20	\$226.67	\$208.21
G	\$151.69	\$137.91	\$174.39	\$158.53
G Plus	\$175.26	\$161.48	\$197.96	\$182.10
N	\$125.01	\$113.65	\$143.70	\$130.63
N Plus	\$148.58	\$137.22	\$167.27	\$154.20
G Select	\$135.00	\$122.74	\$155.21	\$141.09
G Select Plus	\$158.57	\$146.31	\$178.78	\$164.66

70 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$138.95	\$126.33	\$159.71	\$145.20
F	\$185.31	\$168.47	\$213.00	\$193.64
F Plus	\$208.88	\$192.04	\$236.57	\$217.21
G	\$160.35	\$145.78	\$184.31	\$167.55
G Plus	\$183.92	\$169.35	\$207.88	\$191.12
N	\$131.90	\$119.92	\$151.61	\$137.83
N Plus	\$155.47	\$143.49	\$175.18	\$161.40
G Select	\$142.71	\$129.74	\$164.04	\$149.12
G Select Plus	\$166.28	\$153.31	\$187.61	\$172.69

71 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$145.92	\$132.66	\$167.73	\$152.49
F	\$194.64	\$176.96	\$223.73	\$203.40
F Plus	\$218.21	\$200.53	\$247.30	\$226.97
G	\$169.00	\$153.64	\$194.25	\$176.59
G Plus	\$192.57	\$177.21	\$217.82	\$200.16
N	\$138.80	\$126.17	\$159.55	\$145.05
N Plus	\$162.37	\$149.74	\$183.12	\$168.62
G Select	\$150.41	\$136.74	\$172.88	\$157.17
G Select Plus	\$173.98	\$160.31	\$196.45	\$180.74

72 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$152.22	\$138.38	\$174.97	\$159.06
F	\$203.99	\$185.45	\$234.47	\$213.16
F Plus	\$227.56	\$209.02	\$258.04	\$236.73
G	\$177.66	\$161.50	\$204.20	\$185.63
G Plus	\$201.23	\$185.07	\$227.77	\$209.20
N	\$145.68	\$132.44	\$167.46	\$152.25
N Plus	\$169.25	\$156.01	\$191.03	\$175.82
G Select	\$158.12	\$143.74	\$181.74	\$165.21
G Select Plus	\$181.69	\$167.31	\$205.31	\$188.78

73 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$158.49	\$144.09	\$182.17	\$165.62
F	\$212.61	\$193.29	\$244.37	\$222.17
F Plus	\$236.18	\$216.86	\$267.94	\$245.74
G	\$185.50	\$168.64	\$213.21	\$193.84
G Plus	\$209.07	\$192.21	\$236.78	\$217.41
N	\$152.60	\$138.73	\$175.40	\$159.45
N Plus	\$176.17	\$162.30	\$198.97	\$183.02
G Select	\$165.10	\$150.09	\$189.76	\$172.52
G Select Plus	\$188.67	\$173.66	\$213.33	\$196.09

74 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$164.07	\$149.17	\$188.60	\$171.46
F	\$221.23	\$201.12	\$254.29	\$231.17
F Plus	\$244.80	\$224.69	\$277.86	\$254.74
G	\$193.35	\$175.78	\$222.26	\$202.06
G Plus	\$216.92	\$199.35	\$245.83	\$225.63
N	\$159.49	\$145.00	\$183.33	\$166.67
N Plus	\$183.06	\$168.57	\$206.90	\$190.24
G Select	\$172.08	\$156.44	\$197.81	\$179.83
G Select Plus	\$195.65	\$180.01	\$221.38	\$203.40

75 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$169.66	\$154.25	\$195.04	\$177.30
F	\$229.83	\$208.95	\$264.19	\$240.18
F Plus	\$253.40	\$232.52	\$287.76	\$263.75
G	\$201.21	\$182.93	\$231.29	\$210.28
G Plus	\$224.78	\$206.50	\$254.86	\$233.85
N	\$166.39	\$151.27	\$191.26	\$173.88
N Plus	\$189.96	\$174.84	\$214.83	\$197.45
G Select	\$179.08	\$162.81	\$205.85	\$187.15
G Select Plus	\$202.65	\$186.38	\$229.42	\$210.72

76 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$174.56	\$158.70	\$200.64	\$182.40
F	\$237.75	\$216.14	\$273.28	\$248.44
F Plus	\$261.32	\$239.71	\$296.85	\$272.01
G	\$209.09	\$190.08	\$240.33	\$218.49
G Plus	\$232.66	\$213.65	\$263.90	\$242.06
N	\$172.43	\$156.76	\$198.18	\$180.17
N Plus	\$196.00	\$180.33	\$221.75	\$203.74
G Select	\$186.09	\$169.17	\$213.89	\$194.46
G Select Plus	\$209.66	\$192.74	\$237.46	\$218.03

77 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$179.43	\$163.12	\$206.25	\$187.51
F	\$245.64	\$223.31	\$282.36	\$256.68
F Plus	\$269.21	\$246.88	\$305.93	\$280.25
G	\$216.14	\$196.51	\$248.45	\$225.87
G Plus	\$239.71	\$220.08	\$272.02	\$249.44
N	\$178.46	\$162.25	\$205.12	\$186.48
N Plus	\$202.03	\$185.82	\$228.69	\$210.05
G Select	\$192.36	\$174.89	\$221.12	\$201.02
G Select Plus	\$215.93	\$198.46	\$244.69	\$224.59

78 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$183.63	\$166.95	\$211.08	\$191.88
F	\$252.83	\$229.85	\$290.61	\$264.19
F Plus	\$276.40	\$253.42	\$314.18	\$287.76
G	\$223.24	\$202.94	\$256.60	\$233.28
G Plus	\$246.81	\$226.51	\$280.17	\$256.85
N	\$184.50	\$167.72	\$212.06	\$192.78
N Plus	\$208.07	\$191.29	\$235.63	\$216.35
G Select	\$198.68	\$180.62	\$228.37	\$207.62
G Select Plus	\$222.25	\$204.19	\$251.94	\$231.19

79 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$187.13	\$170.12	\$215.08	\$195.53
F	\$260.01	\$236.37	\$298.88	\$271.71
F Plus	\$283.58	\$259.94	\$322.45	\$295.28
G	\$229.53	\$208.67	\$263.82	\$239.84
G Plus	\$253.10	\$232.24	\$287.39	\$263.41
N	\$190.53	\$173.21	\$219.01	\$199.10
N Plus	\$214.10	\$196.78	\$242.58	\$222.67
G Select	\$204.28	\$185.72	\$234.80	\$213.46
G Select Plus	\$227.85	\$209.29	\$258.37	\$237.03

80 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$192.28	\$174.81	\$221.02	\$200.93
F	\$266.85	\$242.59	\$306.72	\$278.85
F Plus	\$290.42	\$266.16	\$330.29	\$302.42
G	\$235.88	\$214.44	\$271.14	\$246.51
G Plus	\$259.45	\$238.01	\$294.71	\$270.08
N	\$195.83	\$178.03	\$225.08	\$204.62
N Plus	\$219.40	\$201.60	\$248.65	\$228.19
G Select	\$209.93	\$190.85	\$241.31	\$219.39
G Select Plus	\$233.50	\$214.42	\$264.88	\$242.96

81 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$197.35	\$179.41	\$226.83	\$206.22
F	\$273.52	\$248.65	\$314.40	\$285.82
F Plus	\$297.09	\$272.22	\$337.97	\$309.39
G	\$242.13	\$220.11	\$278.31	\$253.01
G Plus	\$265.70	\$243.68	\$301.88	\$276.58
N	\$200.99	\$182.73	\$231.04	\$210.04
N Plus	\$224.56	\$206.30	\$254.61	\$233.61
G Select	\$215.50	\$195.90	\$247.70	\$225.18
G Select Plus	\$239.07	\$219.47	\$271.27	\$248.75

82 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$202.28	\$183.89	\$232.50	\$211.38
F	\$280.03	\$254.58	\$321.87	\$292.63
F Plus	\$303.60	\$278.15	\$345.44	\$316.20
G	\$248.21	\$225.64	\$285.28	\$259.35
G Plus	\$271.78	\$249.21	\$308.85	\$282.92
N	\$206.03	\$187.31	\$236.84	\$215.30
N Plus	\$229.60	\$210.88	\$260.41	\$238.87
G Select	\$220.91	\$200.82	\$253.90	\$230.82
G Select Plus	\$244.48	\$224.39	\$277.47	\$254.39

83 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$207.10	\$188.28	\$238.04	\$216.41
F	\$286.36	\$260.33	\$329.15	\$299.24
F Plus	\$309.93	\$283.90	\$352.72	\$322.81
G	\$254.12	\$231.02	\$292.10	\$265.55
G Plus	\$277.69	\$254.59	\$315.67	\$289.12
N	\$210.95	\$191.79	\$242.48	\$220.44
N Plus	\$234.52	\$215.36	\$266.05	\$244.01
G Select	\$226.17	\$205.61	\$259.97	\$236.34
G Select Plus	\$249.74	\$229.18	\$283.54	\$259.91

84 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$211.81	\$192.55	\$243.45	\$221.31
F	\$292.54	\$265.95	\$336.27	\$305.70
F Plus	\$316.11	\$289.52	\$359.84	\$329.27
G	\$259.88	\$236.26	\$298.72	\$271.57
G Plus	\$283.45	\$259.83	\$322.29	\$295.14
N	\$215.74	\$196.13	\$248.00	\$225.46
N Plus	\$239.31	\$219.70	\$271.57	\$249.03
G Select	\$231.29	\$210.27	\$265.86	\$241.70
G Select Plus	\$254.86	\$233.84	\$289.43	\$265.27

85 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$216.36	\$196.69	\$248.70	\$226.09
F	\$298.57	\$271.43	\$343.18	\$311.99
F Plus	\$322.14	\$295.00	\$366.75	\$335.56
G	\$265.51	\$241.37	\$305.18	\$277.44
G Plus	\$289.08	\$264.94	\$328.75	\$301.01
N	\$220.42	\$200.39	\$253.35	\$230.33
N Plus	\$243.99	\$223.96	\$276.92	\$253.90
G Select	\$236.30	\$214.82	\$271.61	\$246.92
G Select Plus	\$259.87	\$238.39	\$295.18	\$270.49

86 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$220.81	\$200.74	\$253.81	\$230.74
F	\$304.43	\$276.75	\$349.91	\$318.10
F Plus	\$328.00	\$300.32	\$373.48	\$341.67
G	\$270.97	\$246.34	\$311.46	\$283.15
G Plus	\$294.54	\$269.91	\$335.03	\$306.72
N	\$224.94	\$204.51	\$258.55	\$235.05
N Plus	\$248.51	\$228.08	\$282.12	\$258.62
G Select	\$241.16	\$219.24	\$277.20	\$252.00
G Select Plus	\$264.73	\$242.81	\$300.77	\$275.57

87 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$225.14	\$204.67	\$258.78	\$235.26
F	\$310.13	\$281.93	\$356.45	\$324.05
F Plus	\$333.70	\$305.50	\$380.02	\$347.62
G	\$276.30	\$251.18	\$317.57	\$288.71
G Plus	\$299.87	\$274.75	\$341.14	\$312.28
N	\$229.37	\$208.52	\$263.64	\$239.67
N Plus	\$252.94	\$232.09	\$287.21	\$263.24
G Select	\$245.91	\$223.55	\$282.64	\$256.95
G Select Plus	\$269.48	\$247.12	\$306.21	\$280.52

88 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$229.35	\$208.50	\$263.63	\$239.67
F	\$315.64	\$286.95	\$362.80	\$329.82
F Plus	\$339.21	\$310.52	\$386.37	\$353.39
G	\$281.45	\$255.87	\$323.50	\$294.11
G Plus	\$305.02	\$279.44	\$347.07	\$317.68
N	\$233.65	\$212.42	\$268.56	\$244.15
N Plus	\$257.22	\$235.99	\$292.13	\$267.72
G Select	\$250.49	\$227.72	\$287.92	\$261.76
G Select Plus	\$274.06	\$251.29	\$311.49	\$285.33

89 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$233.45	\$212.23	\$268.34	\$243.95
F	\$321.01	\$291.84	\$368.99	\$335.46
F Plus	\$344.58	\$315.41	\$392.56	\$359.03
G	\$286.46	\$260.42	\$329.26	\$299.32
G Plus	\$310.03	\$283.99	\$352.83	\$322.89
N	\$237.81	\$216.18	\$273.34	\$248.50
N Plus	\$261.38	\$239.75	\$296.91	\$272.07
G Select	\$254.95	\$231.77	\$293.04	\$266.39
G Select Plus	\$278.52	\$255.34	\$316.61	\$289.96

90 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$237.42	\$215.84	\$272.88	\$248.08
F	\$326.22	\$296.58	\$374.97	\$340.88
F Plus	\$349.79	\$320.15	\$398.54	\$364.45
G	\$291.33	\$264.85	\$334.86	\$304.43
G Plus	\$314.90	\$288.42	\$358.43	\$328.00
N	\$241.84	\$219.86	\$277.98	\$252.71
N Plus	\$265.41	\$243.43	\$301.55	\$276.28
G Select	\$259.28	\$235.72	\$298.03	\$270.94
G Select Plus	\$282.85	\$259.29	\$321.60	\$294.51

91 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$241.26	\$219.34	\$277.31	\$252.10
F	\$331.27	\$301.16	\$380.76	\$346.15
F Plus	\$354.84	\$324.73	\$404.33	\$369.72
G	\$296.03	\$269.13	\$340.26	\$309.33
G Plus	\$319.60	\$292.70	\$363.83	\$332.90
N	\$245.75	\$223.41	\$282.47	\$256.80
N Plus	\$269.32	\$246.98	\$306.04	\$280.37
G Select	\$263.47	\$239.53	\$302.83	\$275.30
G Select Plus	\$287.04	\$263.10	\$326.40	\$298.87

92 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$244.99	\$222.72	\$281.60	\$256.00
F	\$336.14	\$305.59	\$386.38	\$351.26
F Plus	\$359.71	\$329.16	\$409.95	\$374.83
G	\$300.57	\$273.25	\$345.49	\$314.09
G Plus	\$324.14	\$296.82	\$369.06	\$337.66
N	\$249.53	\$226.84	\$286.82	\$260.75
N Plus	\$273.10	\$250.41	\$310.39	\$284.32
G Select	\$267.51	\$243.19	\$307.49	\$279.54
G Select Plus	\$291.08	\$266.76	\$331.06	\$303.11

93 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$248.59	\$226.00	\$285.74	\$259.77
F	\$340.86	\$309.88	\$391.78	\$356.17
F Plus	\$364.43	\$333.45	\$415.35	\$379.74
G	\$304.98	\$277.26	\$350.56	\$318.70
G Plus	\$328.55	\$300.83	\$374.13	\$342.27
N	\$253.18	\$230.17	\$291.02	\$264.57
N Plus	\$276.75	\$253.74	\$314.59	\$288.14
G Select	\$271.43	\$246.76	\$312.00	\$283.64
G Select Plus	\$295.00	\$270.33	\$335.57	\$307.21

94 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$252.07	\$229.17	\$289.73	\$263.40
F	\$345.41	\$314.01	\$397.02	\$360.93
F Plus	\$368.98	\$337.58	\$420.59	\$384.50
G	\$309.24	\$281.12	\$355.44	\$323.14
G Plus	\$332.81	\$304.69	\$379.01	\$346.71
N	\$256.71	\$233.38	\$295.09	\$268.27
N Plus	\$280.28	\$256.95	\$318.66	\$291.84
G Select	\$275.22	\$250.20	\$316.34	\$287.59
G Select Plus	\$298.79	\$273.77	\$339.91	\$311.16

95 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$255.45	\$232.23	\$293.63	\$266.93
F	\$349.80	\$318.01	\$402.07	\$365.53
F Plus	\$373.37	\$341.58	\$425.64	\$389.10
G	\$313.33	\$284.85	\$360.16	\$327.41
G Plus	\$336.90	\$308.42	\$383.73	\$350.98
N	\$260.10	\$236.46	\$298.99	\$271.80
N Plus	\$283.67	\$260.03	\$322.56	\$295.37
G Select	\$278.86	\$253.52	\$320.54	\$291.39
G Select Plus	\$302.43	\$277.09	\$344.11	\$314.96

96 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$258.69	\$235.19	\$297.37	\$270.33
F	\$354.02	\$321.84	\$406.91	\$369.93
F Plus	\$377.59	\$345.41	\$430.48	\$393.50
G	\$317.28	\$288.45	\$364.68	\$331.54
G Plus	\$340.85	\$312.02	\$388.25	\$355.11
N	\$263.39	\$239.44	\$302.76	\$275.25
N Plus	\$286.96	\$263.01	\$326.33	\$298.82
G Select	\$282.38	\$256.72	\$324.57	\$295.07
G Select Plus	\$305.95	\$280.29	\$348.14	\$318.64

97 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$261.84	\$238.03	\$300.96	\$273.61
F	\$358.10	\$325.54	\$411.61	\$374.20
F Plus	\$381.67	\$349.11	\$435.18	\$397.77
G	\$321.06	\$291.88	\$369.05	\$335.50
G Plus	\$344.63	\$315.45	\$392.62	\$359.07
N	\$266.54	\$242.31	\$306.37	\$278.52
N Plus	\$290.11	\$265.88	\$329.94	\$302.09
G Select	\$285.74	\$259.77	\$328.45	\$298.60
G Select Plus	\$309.31	\$283.34	\$352.02	\$322.17

98 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$264.84	\$240.76	\$304.42	\$276.74
F	\$361.98	\$329.09	\$416.08	\$378.26
F Plus	\$385.55	\$352.66	\$439.65	\$401.83
G	\$324.71	\$295.20	\$373.25	\$339.31
G Plus	\$348.28	\$318.77	\$396.82	\$362.88
N	\$269.56	\$245.07	\$309.85	\$281.68
N Plus	\$293.13	\$268.64	\$333.42	\$305.25
G Select	\$288.99	\$262.73	\$332.19	\$301.99
G Select Plus	\$312.56	\$286.30	\$355.76	\$325.56

99 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$267.71	\$243.38	\$307.71	\$279.74
F	\$365.74	\$332.50	\$420.39	\$382.18
F Plus	\$389.31	\$356.07	\$443.96	\$405.75
G	\$328.21	\$298.38	\$377.25	\$342.96
G Plus	\$351.78	\$321.95	\$400.82	\$366.53
N	\$272.47	\$247.71	\$313.19	\$284.72
N Plus	\$296.04	\$271.28	\$336.76	\$308.29
G Select	\$292.11	\$265.56	\$335.75	\$305.23
G Select Plus	\$315.68	\$289.13	\$359.32	\$328.80

Más de 100 años

	MUJER		HOMBRE	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
A	\$270.48	\$245.89	\$310.91	\$282.65
F	\$369.30	\$335.74	\$424.50	\$385.92
F Plus	\$392.87	\$359.31	\$448.07	\$409.49
G	\$331.55	\$301.41	\$381.10	\$346.45
G Plus	\$355.12	\$324.98	\$404.67	\$370.02
N	\$275.24	\$250.21	\$316.37	\$287.61
N Plus	\$298.81	\$273.78	\$339.94	\$311.18
G Select	\$295.08	\$268.25	\$339.18	\$308.34
G Select Plus	\$318.65	\$291.82	\$362.75	\$331.91

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

INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMA

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

Sexo

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

Consumidor de tabaco

Un consumidor de tabaco es una persona que tiene autorización conforme a la ley estatal y federal para consumir tabaco legalmente (cuyo consumo no sea religioso o ceremonial) en un promedio de cuatro o más veces por semana, y que el último consumo haya ocurrido dentro de los últimos seis meses. Los productos de tabaco incluyen, entre otros, cigarrillos, cigarros, productos de tabaco sin humo, cigarrillos electrónicos, productos de tabaco solubles y cigarros electrónicos.

Si cumple con la definición de consumidor de tabaco, es posible que pague una prima más alta por su cobertura médica.

DESCUENTOS EN LAS PRIMAS

Puede haber descuentos en las primas de Seguro Suplementario de Medicare de Blue Cross and Blue Shield of Illinois. Los criterios de elegibilidad se describen a continuación. Si es elegible para un descuento, este se aplicará a su próxima factura y permanecerá vigente, siempre y cuando cuente con el Seguro Suplementario de Medicare de Blue Cross and Blue Shield of Illinois. Los descuentos no se pueden combinar con otros; solo se permite un tipo de descuento por asegurado.

Descuento por hogar con varios asegurados

Podría ser elegible para un descuento si reside con un cónyuge o pareja en unión libre/de hecho o si ha vivido con hasta tres adultos mayores de 60 años durante los últimos 12 meses. Se aplica a las pólizas suplementarias de Medicare de BCBSIL emitidas con fecha de entrada en vigor a partir del 1.º de mayo de 2019. El descuento es del 10%.

Descuento Continue with BlueSM

Podría ser elegible para un descuento si se inscribió en una cobertura de una póliza suplementaria de Medicare de BCBSIL emitida con una fecha de entrada en vigor a partir del 1.º de en Abril de 2022 y estaba inscrito en una cobertura de seguro de salud individual o grupal comercial de Blue Cross and Blue Shield, y esa cobertura estuvo dentro del año de la entrada en vigor de su póliza suplementaria de Medicare de BCBSIL. El descuento es del 7%.

Blue Family DiscountSM

Podría ser elegible para un descuento si se inscribió en una cobertura de una póliza suplementaria de Medicare de BCBSIL emitida con una fecha de entrada en vigor a partir del 1.º de Abril de 2024 y cumple con los criterios para el descuento por hogar con varios asegurados Y el descuento de Continue with Blue. El descuento es del 12%.

DIVULGACIONES

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

LEA SU PÓLIZA MUY ATENTAMENTE

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

DERECHO DE DEVOLUCIÓN DE SU PÓLIZA

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

REEMPLAZO DE PÓLIZA

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

AVISO

Es posible que esta póliza no cubra completamente todos sus costos médicos. Ni Blue Cross and Blue Shield of Illinois ni sus agentes tienen conexión con Medicare. Este Esquema de cobertura no le brinda todos los detalles de la cobertura Medicare. Comuníquese con la Oficina del Seguro Social de su localidad o consulte el manual "Medicare y usted" para conocer más detalles.

LAS RESPUESTAS COMPLETAS SON MUY IMPORTANTES

Cuando llene la solicitud para la nueva póliza, asegúrese de que toda la información de su historial médico y de salud es veraz y completa como corresponde. La aseguradora puede cancelar su póliza y rehusar pagar cualquier reclamación si omite o falsifica información médica importante. Revise la solicitud atentamente antes de firmarla. Asegúrese de 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 de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,632	\$0	\$1,632 (Deducible de la Parte A)
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 \$204 por día	\$0	Hasta \$204 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, 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

⁴ Un período de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente internado en un hospital, y finaliza luego de que ha recibido el alta hospitalaria y no ha recibido atención especializada en ningún otro centro durante 60 días consecutivos.

⁵ AVISO: Cuando se agotan sus beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros ocupa el lugar de Medicare y pagará el monto que Medicare hubiera pagado por hasta 365 días adicionales, según lo estipulado en los “Beneficios principales” de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle cualquier saldo basándose en la diferencia entre los cargos facturados y el monto que Medicare hubiera pagado.

Cobertura A

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura A paga	Usted paga
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	\$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 para servicios de diagnóstico	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, habrá alcanzado su deducible de la Parte B del año calendario.

Cobertura F

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F paga	Usted paga
Hospitalización⁴ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, 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 \$204 por día	Hasta \$204 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 F

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F 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	\$240 (Deducible de la Parte B)	\$0
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	\$240 (Deducible de la Parte B)	\$0
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	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 SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F 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

Cobertura F Plus

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F Plus paga	Usted paga
Hospitalización⁴ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, 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 \$204 por día	Hasta \$204 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 F Plus

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F 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	\$240 (Deducible de la Parte B)	\$0
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	\$240 (Deducible de la Parte B)	\$0
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	La Cobertura F Plus 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 Plus

OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F Plus paga	Usted paga
<p>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.</p>			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80% para un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20% y los montos superiores al máximo de por vida de \$50,000

Cobertura F Plus

BENEFICIOS INNOVADORES

SERVICIOS DENTALES

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F 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%

BENEFICIOS INNOVADORES

SERVICIOS PARA LA VISTA

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

⁷ Una vez por diente por año calendario.

⁸ Todos los servicios deben recibirse dentro de la red.

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 de enfermería general, 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 \$204 por día	Hasta \$204 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

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G 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 para servicios de diagnóstico	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 SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G paga	Usted paga
<p>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.</p>			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80% para un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20% y los montos superiores al máximo de por vida de \$50,000

Cobertura 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 \$204 por día	Hasta \$204 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
<p>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.</p>			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80% para un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20% y los montos superiores al máximo de por vida de \$50,000

Cobertura G Plus

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%

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

⁷ Una vez por diente por año calendario.

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 de enfermería general, 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 \$204 por día	Hasta \$204 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 del médico de enfermedad terminal	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 N

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N 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%	Saldo, además de hasta \$20 por consulta presencial y hasta \$50 por acudir a salas de emergencias. No se aplica el copago de hasta \$50 si el asegurado es ingresado a cualquier hospital y la consulta de emergencia tiene cobertura como gasto de la Parte A de Medicare.	Hasta \$20 por consulta presencial y hasta \$50 por consulta médica en salas de emergencias. No se aplica el copago de hasta \$50 si el asegurado es ingresado a cualquier hospital y la consulta de emergencia tiene cobertura como gasto de la Parte A de Medicare.
Cargos en exceso de la Parte B (que superan 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 para servicios de diagnóstico	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 SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N 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

Cobertura N Plus

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

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N Plus paga	Usted paga
Hospitalización⁴ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, 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 \$204 por día	Hasta \$204 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 del médico de enfermedad terminal	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 N Plus

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N 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%	Saldo, además de hasta \$20 por consulta presencial y hasta \$50 por acudir a salas de emergencias. No se aplica el copago de hasta \$50 si el asegurado es ingresado a cualquier hospital y la consulta de emergencia tiene cobertura como gasto de la Parte A de Medicare.	Hasta \$20 por consulta presencial y hasta \$50 por consulta médica en salas de emergencias. No se aplica el copago de hasta \$50 si el asegurado es ingresado a cualquier hospital y la consulta de emergencia tiene cobertura como gasto de la Parte A de Medicare.
Cargos en exceso de la Parte B (que superan 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 para servicios de diagnóstico	100%	\$0	\$0

Cobertura N Plus

MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N Plus 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 SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N 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

Cobertura N Plus

BENEFICIOS INNOVADORES

SERVICIOS DENTALES

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N 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%

BENEFICIOS INNOVADORES

SERVICIOS PARA LA VISTA

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

⁷ Una vez por diente por año calendario.

⁸ Todos los servicios deben recibirse dentro de la red.

Información importante sobre cotizaciones para la póliza suplementaria de Medicare.

Los precios cotizados se basan en los criterios especificados durante su búsqueda. Esta ilustración está sujeta a la clasificación o suscripción y la aprobación de Blue Cross and Blue Shield of Illinois, según corresponda, y no garantiza tasas, cobertura ni fecha de entrada en vigor. Además, las tasas están sujetas a modificaciones si alguna parte de la información que proporcionó cambia cuando se aprueba la póliza, en caso de que esto ocurra. Además, Blue Cross and Blue Shield of Illinois se reserva el derecho de cambiar las tasas ocasionalmente. No está relacionado con el programa Medicare federal o gobierno de los EE. UU., ni cuenta con su patrocinio.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, que se refiere a HCSC Insurance Services Company (HISC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare.