



Solicitud de cobertura de Seguro Suplementario de Medicare

Instrucciones

1. A fin de ser considerado para recibir cobertura, usted debe tener las Partes A y B de Medicare, residir en Texas, y a) tener 65 años o más, o b) presentar la solicitud en el plazo de 6 meses desde la fecha de entrada en vigor de su cobertura Parte B de Medicare.
2. Si envía una solicitud impresa, complétela con bolígrafo. Firme y escriba la fecha en la(s) línea(s) correspondiente(s) en las páginas 6, 7 y 11. ¡No envíe dinero ahora! No debe efectuar ningún pago hasta que tenga la oportunidad de revisar su póliza y asegurarse de que la cobertura sea adecuada para usted.
3. Si cumple con los requisitos de elegibilidad para personas discapacitadas menores de 65 años, solo es elegible para la cobertura A.

Elección de cobertura Marque una casilla para solicitar cobertura de un Seguro Suplementario de Medicare.

<input type="checkbox"/> Cobertura A	<input type="checkbox"/> Cobertura F con deducible alto	<input type="checkbox"/> Cobertura G con deducible alto
Cobertura F	Cobertura G	Cobertura N
<input type="checkbox"/> Estándar	<input type="checkbox"/> Estándar	<input type="checkbox"/> Estándar
<input type="checkbox"/> Medicare Select	<input type="checkbox"/> Medicare Select	<input type="checkbox"/> Medicare Select

Fecha de entrada en vigor para la póliza solicitada: ____ / ____ / ____
 Consulte el Esquema de cobertura adjunto para obtener información sobre las tasas.
 Aviso: Las coberturas F y F con deducible alto solo están disponibles para usted si cumple con los requisitos de Medicare antes de 2020.

Información del solicitante

Nombre	(Segundo nombre)	(Apellido)	
Dirección particular (no puede ser un apartado postal)	Ciudad	Estado TX	Código postal
Dirección de correspondencia/facturación	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono principal	Teléfono secundario	Edad	Fecha de nacimiento / /
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	N.º de Seguro Social	Correo electrónico	
Medio de comunicación preferido: <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico			

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

Blue Medicare SupplementSM | c/o Member Services | PO Box 3388 | Scranton, PA 18505

Nombre del solicitante: _____

Consumo de tabaco

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) define a un consumidor de tabaco como una persona que consume o ha consumido algún producto de tabaco en los últimos 6 meses antes de la fecha de solicitud de cobertura. Esto incluye, entre otros, cigarrillos, cigarros, productos de tabaco sin humo, cigarrillos electrónicos, productos de tabaco solubles y cigarros electrónicos. La Cobertura A no está sujeta a las tasas relativas al consumo de tabaco.

En los últimos 6 meses, ¿ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana, sin incluir el consumo por actividades religiosas o ceremoniales?

Sí

No

Descuentos en las primas

Puede haber un descuento en la prima de Seguro Suplementario de Medicare de BCBSTX. Consulte la información a continuación. Si es elegible para un descuento, este se aplicará a su próxima factura y permanecerá vigente si cuenta con el Seguro Suplementario de Medicare de BCBSTX.

Los descuentos no se pueden combinar con otros; solo se permite un tipo de descuento por asegurado.

Descuento por hogar con varios asegurados

Puede ser elegible para obtener un descuento si reside con un cónyuge o una pareja en unión libre O si ha residido con hasta tres adultos mayores de 60 años durante los últimos 12 meses. Se aplica a las pólizas de Seguro Suplementario de Medicare de BCBSTX que entraron en vigor el 1.º de enero de 2020 o en una fecha posterior.

¿Desea solicitar este descuento?

Sí

No

Descuento por tener cobertura con Blue Cross and Blue Shield

Es posible que sea elegible si tuvo cobertura comercial grupal a través del empleo o de un seguro médico particular de Blue Cross and Blue Shield que haya sido emitida en Illinois, Montana, Nuevo México, Oklahoma o Texas y si esa cobertura estuvo vigente dentro de un año desde que la póliza de Seguro Suplementario de Medicare de BCBSTX entró en vigor. Se aplica a las pólizas de Seguro Suplementario de Medicare de BCBSTX emitidas con fecha de entrada en vigor a partir del 1 de mayo de 2022.

¿Estás solicitando este descuento?

Sí

No

Si la respuesta es **sí**, proporcione el número del titular de la póliza comercial grupal o particular que tuvo:

Nombre del solicitante: _____

Opción de pago (Seleccione una opción de pago)

1. Pago de prima **por transferencia electrónica bancaria** (elija una): **Cuenta corriente** **Cuenta de ahorros**

Nombre del titular de la cuenta:

Nombre del banco:

Número de ruta bancaria:

Número de cuenta bancaria:

Firma del titular de la cuenta (si no es el solicitante)

Acuerdo de autorización de débito bancario

Al firmar esta solicitud, solicito y autorizo que BCBSTX o su entidad designada obtenga los pagos con vencimiento mediante cobros a mi cuenta de cheques o de ahorros, ya sea con cheques, giros contra cuenta corriente o cargos debitados electrónicamente; y solicito y autorizo que la Institución financiera aquí nombrada acepte y haga válida esta autorización.

Entiendo que esta solicitud de cobertura no se trata de una cobertura médica disponible como prestación laboral (grupala) y no pretende ser, de ninguna manera, un seguro de gastos médicos patrocinado por algún empleador. Certifico que el(los) empleador(es) de aquellos que soliciten cobertura no aportará(n) ninguna parte de la prima ni proporcionará(n) reembolso de ninguna parte de la prima ahora o en el futuro. También entiendo que tanto la institución financiera como BCBSTX se reservan el derecho de finalizar este programa de pagos o mi participación en el mismo. Para hacer un cambio de institución financiera de la que se efectúan los pagos, entiendo que tendré que proporcionar un aviso por teléfono con al menos 10 días de anticipación a la fecha de retiro programada. Autorizo que BCBSTX deduzca los pagos de la prima de mi cuenta de cheques o de ahorros. Si la fecha del débito cae en un día no laborable o en un día feriado, el pago de la prima se deducirá de mi cuenta el siguiente día laborable.

2. Facturación de la prima **por correo postal**

3. Pagaré la prima: **Mensualmente** **Trimestralmente** **Semestralmente** **Anualmente**

Número de beneficiario de Medicare

Copie el Número de beneficiario de Medicare de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Debe proporcionarnos este número para completar su proceso de solicitud.

Número de beneficiario de Medicare

Fecha de entrada en vigor de la Parte A: / /

Fecha de entrada en vigor de la Parte B: / /

Información de protección al consumidor

Si perdió o está a punto de perder otra cobertura de seguro médico y recibió un aviso de su compañía de seguros anterior que le informaba que cumplía con los requisitos para una cobertura garantizada de una póliza de Seguro Suplementario de Medicare o que tenía ciertos derechos para contratar dicha póliza, es posible que tenga garantizada la aceptación en una o más de nuestras coberturas de Seguro Suplementario de Medicare. **Incluya una copia del aviso de su compañía de seguros anterior en su solicitud.**

Responda todas las preguntas. Según su leal saber y entender, marque Sí o No a continuación con una "X".

1. ¿Cumplió 65 años en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Solicitó cobertura de la Parte B de Medicare en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí , ¿cuál es la fecha de entrada en vigor?	Fecha de entrada en vigor:	
3. ¿Tiene cobertura para asistencia médica a través del programa Medicaid del estado? AVISO PARA EL SOLICITANTE: Si usted participa en un Programa "Spend-Down" (de deducción de gastos médicos) y aún no ha pagado la "parte de los costos" que le corresponde, responda NO a esta pregunta.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
a. Si la respuesta es sí, ¿Medicaid pagará las primas de su póliza suplementaria de Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. Si la respuesta es sí, ¿recibe algún beneficio de Medicaid ADEMÁS DE los pagos de la prima de la Parte B de Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. Si tuvo una cobertura Medicare además de Original Medicare durante los últimos 63 días (por ejemplo, una cobertura Medicare Advantage, Medicare HMO o PPO), indique las fechas de inicio y finalización. (Si aún tiene esta cobertura, deje la "Fecha de finalización" en blanco).	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
a. Si aún tiene la cobertura Medicare, ¿pretende reemplazar su cobertura actual con esta nueva póliza suplementaria de Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. ¿Esta fue la primera vez que tuvo este tipo de cobertura Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c. ¿Dio de baja una póliza de Medicare Advantage para solicitar la cobertura Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Tiene otra póliza suplementaria de Medicare vigente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
a. Si la respuesta es sí, ¿qué cobertura tiene y con qué compañía aseguradora? _____		
b. Si la respuesta es sí, ¿pretende reemplazar su póliza suplementaria de Medicare vigente con esta póliza?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Ha recibido cobertura conforme a cualquier otro seguro de gastos médicos durante los últimos 63 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
a. Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de póliza tiene y con qué compañía aseguradora? (Por ejemplo, a través de un empleador, un sindicato o una cobertura particular) _____		
b. ¿Cuáles son las fechas de cobertura conforme a la otra póliza? (Si aún tiene cobertura conforme a la otra póliza, deje la "Fecha de finalización" en blanco).	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:

Declaraciones

1. Usted no necesita más que una póliza suplementaria de Medicare.
2. Si contrata esta póliza, es posible que deba evaluar su cobertura médica actual y decidir si necesita más de un tipo de cobertura además de los beneficios y servicios de Medicare.
3. Es posible que sea elegible para recibir beneficios y servicios de Medicaid y no necesite una póliza suplementaria de Medicare.
4. Si después de contratar esta póliza llega a ser elegible para Medicaid, puede solicitar que se suspendan las primas, los beneficios y los servicios de su póliza suplementaria de Medicare por 24 meses, mientras tenga derecho a la cobertura Medicaid. Debe solicitar esta suspensión en el plazo de 90 días a partir de haber adquirido elegibilidad para Medicaid. Si ya no tiene derecho a la cobertura Medicaid, se restablecerá su póliza suplementaria de Medicare suspendida (o, si esta ya no está disponible, una póliza similar) si se solicita en el plazo de 90 días desde la pérdida de su elegibilidad para Medicaid*.
5. Si usted es elegible, y ha solicitado cobertura de una póliza suplementaria de Medicare por discapacidad y luego recibe cobertura médica a través de un empleador o sindicato, puede solicitar que se suspendan las primas, los beneficios y los servicios de la póliza suplementaria de Medicare mientras tenga cobertura médica a través del empleador o sindicato. Si suspende su póliza suplementaria de Medicare en estas circunstancias y luego pierde su cobertura médica grupal a través del empleador o sindicato, se restablecerá su póliza suplementaria de Medicare suspendida (o, si esta ya no está disponible, una póliza similar) si se solicita en el plazo de 90 días desde la pérdida del seguro de gastos médicos a través del empleador o sindicato*.
6. Es posible que tenga acceso a servicios de asesoramiento en su estado para orientarlo con respecto a la contratación de una cobertura de Seguro Suplementario de Medicare y la asistencia médica a través del programa Medicaid del estado, incluidos los beneficios disponibles para beneficiarios calificados de Medicare (QMB, en inglés) y beneficiarios especificados de Medicare de bajos ingresos (SLMB, en inglés). Para obtener información sobre elegibilidad para Medicaid, llame a la oficina del Seguro Social de su localidad. Si tiene preguntas sobre las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

* Si la póliza suplementaria de Medicare proporcionaba cobertura para medicamentos con receta para pacientes no hospitalizados y usted solicitó la cobertura de la Parte D de Medicare durante la suspensión de su póliza, la póliza restablecida no incluirá cobertura para medicamentos con receta para pacientes no hospitalizados, sino que será parecida a la cobertura que tenía antes de la fecha de la suspensión.

¿Tiene alguna pregunta?

Llámenos a nuestro número para llamadas gratuitas de Servicio al Cliente al **877-384-9307**, llame a su agente de seguros al número que figura en la página siguiente o visite **espanol.bcbstx.com**.

Nombre del solicitante: _____

Declaración de representación (Proxy)

El abajofirmante por este medio nombra a la Junta Directiva de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, o a cualquier sucesor de la misma ("HCSC"), con pleno poder de sustitución y a las personas que la Junta Directiva pueda nombrar por medio de una resolución, como el representante del inscrito para actuar en nombre del inscrito en todas las reuniones de asegurados de HCSC (y en todas las reuniones de asegurados de cualquier sucesor de HCSC) y cualquier aplazamiento de las mismas, con pleno poder para votar en nombre del abajofirmante sobre todos los asuntos que puedan surgir en cualquiera de esas reuniones y cualquier aplazamiento de las mismas. La reunión anual de asegurados se llevará a cabo cada año en la sede central corporativa (300 E Randolph St., Chicago, IL 60601) el último martes de octubre a las 12:30 p. m. Se puede convocar a reuniones especiales de asegurados siempre y cuando se les notifique por correo a más tardar 30 días antes de la reunión, pero no con más de 60 días de anticipación. Esta representación continuará en vigor hasta que el abajofirmante la revoque por escrito al menos 20 días antes de cualquier reunión de asegurados o que el abajofirmante asista y vote en persona en cualquier reunión de asegurados anual o especial.

Firma del solicitante (opcional):

Escriba su nombre en letra de molde como lo firmó:	Fecha: / /
--	--------------------------

Nombre del solicitante: _____

Reconocimientos y firma

1. Por la presente, solicito cobertura y una copia de la póliza suplementaria de Medicare indicada para revisarla.
2. Entiendo que, una vez recibido mi primer pago de la prima, tendré cobertura a partir de la fecha que figura en la tarjeta de asegurado de la Compañía. Una vez que la cobertura comience, entiendo que tengo 30 días para devolver los materiales de mi póliza y recibir un reembolso completo por cualquier prima que haya pagado. Los servicios tienen cobertura solo cuando se reciben a partir de la fecha de entrada en vigor de la póliza elegida, excepto si los servicios correspondientes a la admisión de un paciente, que haya comenzado antes de la fecha de entrada en vigor de la póliza, pueden ser responsabilidad de otra cobertura según las reglas de coordinación de beneficios aplicables que determinan la responsabilidad de cada póliza.
3. Por la presente, reconozco que las declaraciones y las respuestas en esta solicitud, incluidas, entre otras, las respuestas relacionadas con la edad y el historial clínico, son verdaderas y están completas a mi leal saber y entender. Acepto que la Compañía, al creer en su veracidad, confiará y actuará en consecuencia. Por la presente, acepto proporcionar cualquier información adicional, en caso de ser solicitada.
4. Entiendo que la Compañía tiene derecho a rechazar mi solicitud. Si la Compañía rechaza mi solicitud, seré notificado por escrito. Si esta solicitud se acepta, formará parte de la póliza de seguro.
5. Reconozco que he leído y entiendo la sección Declaraciones con respecto a la cobertura suplementaria de Medicare. Si soy elegible para una cobertura Medicare Select, también he leído y entiendo las declaraciones con respecto a Medicare Select según lo descrito en el Esquema de cobertura. ADVERTENCIA: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de causar daño, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora, presente cualquier reclamación por los ingresos de una póliza de seguro que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa podría ser culpable de un delito.
6. Reconozco que cualquier agente de seguros que actúe en mi nombre para contratar un seguro, y si la Compañía acepta esta solicitud y emite una póliza individual, la Compañía puede pagarle al agente de seguros una comisión u otra forma de compensación relacionada con la emisión de dicha póliza.
7. Reconozco que si deseo información adicional sobre cualquier comisión u otra forma de compensación que la Compañía le pague al agente de seguros por la emisión de la póliza particular, me comunicaré con el agente de seguros.
8. Reconozco que he recibido una copia del documento Medicare Supplement Buyer's Guide (una guía para clientes interesados en cobertura suplementaria de Medicare).
9. **Esquema de cobertura:** Acuso recibo del Esquema de cobertura.

Firma obligatoria

Debe firmar **con un bolígrafo** y escribir la fecha para evitar retrasos en el procesamiento. En los casos de Poderes y Tutelas, envíe copias de los documentos judiciales con la solicitud.

Solicitante:	Fecha: / /
--------------	--------------------------

Información del agente de seguros (si corresponde)

Un agente de seguros debe completar la siguiente información si el Solicitante contrata la cobertura a través de un agente de seguros.

Enumere cualquier otra póliza o cobertura de seguro de gastos médicos vendidas al solicitante que aún estén vigentes:

Enumere cualquier otra póliza o cobertura de seguro de gastos médicos vendidas al solicitante en el plazo de los últimos cinco (5) años que ya no estén vigentes:

He reafirmado que la información proporcionada en esta solicitud es precisa y está completa.

Firma del agente de seguros:	Fecha: / /
------------------------------	--------------------------

Nombre en letra de molde:	Código del corredor de seguros:
---------------------------	---------------------------------

Nombre de la agencia (si corresponde):	Teléfono del agente de seguros:
--	---------------------------------

**CONTINÚE EN ESTA PÁGINA SI NO ES LA PRIMERA VEZ QUE ES ELEGIBLE
PARA SOLICITAR COBERTURA DE MEDICARE POR EDAD O DISCAPACIDAD.**

Elegibilidad para cobertura garantizada

Marque Sí o No con una "X" en las preguntas del 1 al 9. Si su respuesta es "Sí" para cualquier pregunta y presenta su solicitud antes del día 63, después de haber terminado la cobertura, usted cumple con los requisitos para la cobertura garantizada de esta póliza suplementaria de Medicare. Si es elegible para la cobertura garantizada de esta póliza, no complete la sección Historial clínico/Preguntas médicas que comienza en la página 10. Continúe en la página 11 y firme la Autorización médica.

¿Ha estado en alguna de las situaciones descritas a continuación y en la página siguiente?

<p>1. La persona cuenta con una cobertura de prestaciones sociales para empleados que proporciona servicios médicos que complementan los beneficios y servicios que recibe a través de Medicare, y la cobertura finaliza o deja de proporcionarle todos esos servicios médicos suplementarios a la persona; o bien, la persona cuenta con una cobertura de prestaciones sociales para empleados que es la cobertura principal respecto de Medicare, y la cobertura finaliza o deja de proporcionarle todos los servicios médicos a la persona debido a que esta abandona la cobertura.</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>2. La persona cuenta con una cobertura Medicare Advantage, conforme a la Parte C de Medicare, proporcionada por una organización Medicare Advantage, y se aplica cualesquiera de las siguientes circunstancias; o bien, la persona es mayor de 65 años y cuenta con cobertura a través de una organización que ofrece el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE, en inglés) conforme a la sección 1894 de la Ley de Seguridad Social, y se aplican circunstancias similares a las descritas a continuación que permitirían la suspensión de la cobertura con dicha organización si esa persona estuviera asegurada mediante una cobertura Medicare Advantage: (A) la certificación de la organización o de la cobertura se canceló; o (B) la organización canceló o, de otro modo, suspendió la prestación de la cobertura en el área donde reside la persona; (C) la persona ya no cumple con los requisitos para seleccionar la cobertura debido a un cambio en su lugar de residencia u otro cambio en las circunstancias especificadas por la Secretaría, que no incluyen la cancelación de la cobertura de la persona en virtud de lo descrito en la sección 1851 (g)(3)(B) de la Ley de Seguridad Social (cuando la persona no ha pagado las primas de forma oportuna o su comportamiento ha sido problemático según lo especificado en los estándares de la sección 1856), o la cobertura finaliza para todas las personas en determinada área de residencia; (D) la persona demuestra, conforme a pautas establecidas por la Secretaría, que: (i) la organización que ofrece la cobertura violó considerablemente una estipulación importante del contrato de la organización conforme al Código de los Estados Unidos (U.S.C, en inglés), Título 42, Capítulo 7, Subcapítulo XVIII, Parte D en relación con la persona, incluido el hecho de no haberle proporcionado de forma oportuna la atención médicamente necesaria incluida en la cobertura o el hecho de no haberle proporcionado dicha atención con cobertura según los estándares de calidad correspondientes; o (ii) la organización o el agente de seguros u otra entidad que representa a la organización distorsionó significativamente las estipulaciones de la cobertura al intentar vendérsela a la persona; o (E) la persona cumple otras condiciones excepcionales que la Secretaría pueda establecer.</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Elegibilidad para cobertura garantizada		
3. La persona está asegurada mediante una entidad que aparece en los subpárrafos (A) a (D) de este párrafo y la condición de asegurado finaliza conforme a las mismas circunstancias que permitirían la suspensión de la elección de cobertura de una persona conforme al párrafo (2) de esta subsección: (A) una organización que cumple con los requisitos y que tiene un contrato conforme a la sección 1876 de la Ley de Seguridad Social (costo de Medicare); (B) una organización similar que opera conforme a la autoridad de un proyecto de demostración, vigente para los períodos anteriores al 1.º de abril de 1999; (C) una organización con un acuerdo conforme a la sección 1833(a) (1)(A) de la Ley de Seguridad Social (cobertura de prepago de servicios de atención médica); o (D) una organización conforme a una póliza Medicare Select; y	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. La persona está asegurada conforme a una póliza suplementaria de Medicare y la condición de asegurado finalizó por alguno de estos motivos: (A) la insolvencia del emisor o la quiebra de la organización no emisora u otra cancelación involuntaria de la cobertura o de la condición de asegurado conforme a la póliza; (B) el emisor de la póliza violó considerablemente una estipulación importante de la póliza; o (C) el emisor o un agente de seguros u otra entidad que representa al emisor falsificó significativamente las estipulaciones de la póliza al intentar vendérsela a la persona;	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. La persona estaba asegurada conforme a una póliza suplementaria de Medicare y canceló la cobertura; y, posteriormente, contrató, por primera vez: una cobertura Medicare Advantage, conforme a la Parte C de Medicare, a través de una organización Medicare Advantage; una cobertura a través de una organización elegible con un contrato conforme a la sección 1876 de la Ley de Seguridad Social (costo de Medicare); una cobertura en cualquier organización similar que opera conforme a la autoridad de un proyecto de demostración; una cobertura a través de una organización que ofrece el programa PACE conforme a la sección 1894 de la Ley de Seguridad Social; o, una póliza Medicare Select; y la persona la canceló durante los primeros 12 meses de dicha cobertura (período en el que la persona tiene autorización para cancelar la cobertura solicitada posteriormente conforme a la sección 1851 (e) de la Ley de Seguridad Social). -O-	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. La persona, luego de solicitar cobertura de la Parte B de Medicare, por primera vez, para recibir los beneficios para personas de 65 años o mayores, solicitó una cobertura Medicare Advantage conforme a la Parte C de Medicare o con una organización que ofrece el programa PACE conforme a la sección 1894 de la Ley de Seguridad Social y canceló la cobertura antes de los 12 meses posteriores a la fecha de entrada en vigor de la cobertura.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. La persona solicitó cobertura de la Parte D de Medicare durante el período de inscripción inicial y, al momento de solicitar la cobertura de la Parte D, contaba con una póliza suplementaria de Medicare que incluía cobertura para medicamentos con receta para pacientes externos; luego, la persona canceló la cobertura de la póliza suplementaria de Medicare y presentó evidencia de cobertura de la Parte D de Medicare junto con la solicitud de una póliza descrita en la subsección (c)(4) de esta sección.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. La persona perdió elegibilidad para recibir servicios médicos conforme al Título XIX de la Ley de Seguridad Social (Medicaid).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. La persona cumple con los siguientes requisitos: (A) la persona contaba con cobertura a través del programa federal Medicare y con un seguro de gastos médicos subsidiado con fondos del estado de Texas (Texas Health Insurance Pool) el 31 de diciembre de 2013, y (B) la cobertura subsidiada con fondos estatales finalizó el 31 de diciembre de 2013 o en una fecha posterior.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Historial clínico/Preguntas médicas

Aviso: Si usted es elegible para la cobertura garantizada o se encuentra en su período de inscripción abierta, no es necesario que responda las siguientes preguntas sobre salud. (Continúe en la página 11).

Responda las siguientes preguntas sobre su historial clínico.

1. ¿Cuál es su estatura?	pies	in
2. ¿Cuánto pesa?	libras	
3. Cuando fue elegible para Medicare por primera vez, ¿fue por una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. Durante los últimos 3 años, indique si un médico u otro prestador de servicios médicos le ha diagnosticado, tratado, hospitalizado o recomendado algún tratamiento, incluida cualquier terapia de fármacos, por alguno de los siguientes motivos:		
a. diabetes que produjo amputación, pérdida de la visión o complicaciones que afectaron los riñones;	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. trasplante de órganos o tejidos (excepto córnea);	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c. cáncer (excepto cáncer de piel de células basales o células escamosas);	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d. leucemia o enfermedad de Hodgkin;	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e. derrame cerebral, accidente isquémico transitorio (TIA, en inglés) o derrame cerebral leve;	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
f. enfermedad de Alzheimer, senilidad, demencia o trastorno mental;	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
g. enfermedad de Parkinson;	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
h. enfermedad de la arteria carótida, ataque cardíaco, cirugía de baipás (bypass) coronario o angioplastia;	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
i. insuficiencia cardíaca congestiva o remplazo de válvula cardíaca;	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
j. nefritis o insuficiencia renal;	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
k. cirrosis o hepatitis C;	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
l. esclerosis múltiple o trastornos neuromusculares;	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
m. esclerosis lateral amiotrófica (ALS, en inglés, o enfermedad de Lou Gehrig);	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
n. enfermedad respiratoria o pulmonar que requiere el uso de oxígeno;	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
o. dependencia del alcohol o de sustancias químicas.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. Durante los últimos 3 años, ¿algún miembro de la profesión médica le ha tratado o diagnosticado síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (AIDS, en inglés), complejo relacionado con el SIDA (AIDS Related Complex, ARC, en inglés) o infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (HIV, en inglés)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. Durante los últimos 2 años, ¿le han recomendado someterse a diálisis renal, remplazo de articulaciones, o cirugía cardíaca, arterial o intestinal que aún no se ha realizado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. Durante los últimos 2 años, ¿ha sido hospitalizado al menos 2 veces, o ha sido internado en un asilo u otro centro de atención médica durante un mínimo de 14 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Nombre del solicitante: _____

Historial clínico/Preguntas médicas		
8. ¿Actualmente está internado o le han recomendado estar confinado en cama, internarse en un hospital, centro de enfermería u otro centro de atención médica durante los próximos 6 meses o necesita una silla de ruedas o ayuda a domicilio de una agencia de atención médica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Necesita ayuda o recibe ayuda de otra persona para realizar alguna de las siguientes actividades debido a un problema de salud o dificultad física? • Tomar medicamentos • Comer • Caminar • Bañarse • Vestirse • Ir al baño • Desplazarse de un lugar a otro en su hogar • Acostarse y levantarse de la cama, o sentarse y pararse de las sillas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Autorización médica	
<p>Autorizo que cualquier profesional médico, hospital, clínica u otro centro, agencia gubernamental u otra persona o firma médicamente relacionados, divulgue a la Compañía o a su representante autorizado, información, incluyendo copias de expedientes, en relación con asesoramiento, atención o tratamiento que me hayan proporcionado, como información relacionada con las recetas médicas y el consumo de drogas o alcohol, entre otros. También autorizo la divulgación de información relacionada con enfermedades mentales. Además, autorizo que la Compañía revise e investigue sus propios registros para obtener información.</p> <p>Entiendo que mi autorización es voluntaria y que la Compañía usará dicha información con el fin de evaluar mi solicitud de seguro de gastos médicos. Asimismo, entiendo que la Compañía necesita mi autorización para considerar mi solicitud y determinar si se ofrecerá o no una cobertura. No se tomará ninguna medida respecto de mi solicitud sin mi autorización firmada. Entiendo que es posible que la Compañía vuelva a divulgar la información obtenida a través de mi autorización según lo permite o exige la ley y que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. Entiendo que yo o un representante autorizado recibiremos una copia de esta autorización en caso de solicitarla. Esta autorización tiene validez desde la fecha de la firma y permanecerá válida durante 24 meses, a menos que la revoque por escrito, lo cual puedo hacer en cualquier momento al presentar una solicitud por escrito ante la Compañía. Una revocación no afectará las actividades de la Compañía antes de recibir la solicitud de revocación.</p>	
FIRMA OBLIGATORIA <i>Debe firmar con un bolígrafo y escribir la fecha para evitar retrasos en el procesamiento.</i>	
Solicitante:	Fecha: / /

¿Tiene alguna pregunta?

Llámenos a nuestro número para llamadas gratuitas de Servicio al Cliente al **877-384-9307**, llame a su agente de seguros al número que figura en la página 7, o visite **espanol.bcbstx.com**.

Lista de verificación

- ¿Ha firmado las páginas 6, 7 y 11?
- Si está recibiendo los servicios de un agente de seguros, ¿el agente ha firmado la página 7 (si corresponde)?
- ¿Ha respondido toda la sección Historial clínico/Preguntas médicas en las páginas 10 y 11?
- ¿Se aseguró de que la fecha de inicio de cobertura, solicitada en la página 1, sea cualquier día entre los días 1 y 28 del mes?

Devuelva esta solicitud a su agente de seguros o envíela por correo a la siguiente dirección:

Blue Medicare Supplement
c/o Member Services
P.O. Box 3388
Scranton, PA 18505



Esquema de cobertura suplementaria de Medicare: Beneficios y servicios estándar incluidos en las coberturas A, F con deducible alto¹, G con deducible alto¹, y beneficios y servicios estándar de Medicare Select incluidos en las coberturas F, G y N

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 Texas 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%	✓	✓	✓
Deducible de la Parte B de Medicare									✓	✓

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
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 2022 ²					\$6,620 ²	\$3,310 ²				

- ¹ Las Coberturas F y G también tienen una opción de deducible alto, que exige pagar primero un deducible de \$2,490 antes de que la cobertura comience a pagar. Cuando se alcanza el deducible de la cobertura, la cobertura paga el 100% de los servicios con cobertura durante el resto del año calendario. La Cobertura G con deducible alto no cubre el deducible de la Parte B de Medicare. Sin embargo, las Coberturas F y G, con deducible alto, tienen en cuenta su pago del deducible de la Parte B de Medicare para llegar al deducible de la cobertura.
- ² Las Coberturas K y L pagan el 100% de los servicios con cobertura durante el resto del año calendario una vez que usted alcance el límite anual de gastos de bolsillo.
- ³ Las Coberturas Medicare Select exigen que usted acuda a un hospital de la red Blue Cross and Blue Shield of Texas en el caso de admisiones que no sean de emergencia para recibir cobertura para el deducible de la Parte A de Medicare. Solo algunos hospitales son prestadores de servicios médicos de la red conforme a esta póliza.
- ⁴ La Cobertura N paga el 100% del coaseguro de la Parte B, salvo un copago de hasta \$20 por ciertas consultas presenciales y un copago de hasta \$50 por consultas médicas en la sala de emergencias que no resulten en la hospitalización del paciente.

BENEFICIOS INNOVADORES

Información sobre exámenes de la vista de rutina

Tendrá acceso a un examen de la vista de rutina cada año calendario a través de una red contratada de prestadores de servicios médicos. Un examen de la vista de rutina incluye lo siguiente:

1. Examen de órbita
2. Prueba de agudeza de la vista
3. Prueba de campo visual completo mediante confrontación u otro medio
4. Motilidad ocular
5. Examen de pupilas
6. Medición de la presión intraocular
7. Examen oftalmoscópico con dilatación de pupila⁴, según lo indicado, de lo siguiente:
 - a. Papila(s) óptica(s) y segmento posterior
 - b. Mácula
 - c. Periferia de la retina
 - d. Vasos retinianos
 - e. Humor vítreo

⁵ La dilatación de las pupilas es obligatoria para los asegurados con diabetes. Además, en algunos casos, el examen se puede realizar con otros instrumentos debido a las limitaciones del asegurado. La Cobertura A no cumple con los requisitos para que usted reciba los beneficios del examen de la vista de rutina.

Tasas de la cobertura suplementaria de Medicare, vigentes a partir del 1.º de mayo de 2022 para el Área 1

Las tasas que se muestran corresponden a residentes de Texas que viven en lugares cuyos códigos postales comienzan con 754-759, 763-769, 778-792, 795-799 y 885.

Si vive en otra área, llame al número para llamadas gratuitas que figura en la solicitud y en el paquete de información. La Cobertura A no está sujeta a las tasas relativas al consumo de tabaco y al sexo.

65 años								
A	\$232.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select³		Estándar		Med-Select³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$193.08	\$175.56	\$175.74	\$159.79	\$213.82	\$194.42	\$194.60	\$176.95
F con deducible alto¹	\$56.16	\$51.09	NA	NA	\$62.17	\$56.54	NA	NA
G	\$135.26	\$122.99	\$123.13	\$111.96	\$151.49	\$137.75	\$137.89	\$125.39
G con deducible alto¹	\$56.16	\$51.09	NA	NA	\$62.17	\$56.54	NA	NA
N	\$111.65	\$101.53	\$101.63	\$92.43	\$125.04	\$113.70	\$113.82	\$103.51

66 años								
A	\$232.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select³		Estándar		Med-Select³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$202.20	\$183.85	\$184.02	\$167.34	\$223.91	\$203.59	\$203.79	\$185.30
F con deducible alto¹	\$58.80	\$53.50	NA	NA	\$65.09	\$59.20	NA	NA
G	\$142.39	\$129.48	\$129.62	\$117.87	\$159.39	\$144.94	\$145.09	\$131.93
G con deducible alto¹	\$58.80	\$53.50	NA	NA	\$65.09	\$59.20	NA	NA
N	\$117.53	\$106.88	\$106.99	\$97.30	\$131.56	\$119.63	\$119.75	\$108.90

67 años

A	\$266.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$211.31	\$192.14	\$192.32	\$174.88	\$234.00	\$212.77	\$212.98	\$193.65
F con deducible alto ¹	\$61.44	\$55.89	NA	NA	\$68.01	\$61.86	NA	NA
G	\$149.54	\$135.97	\$136.11	\$123.78	\$167.30	\$152.13	\$152.27	\$138.47
G con deducible alto ¹	\$61.44	\$55.89	NA	NA	\$68.01	\$61.86	NA	NA
N	\$123.42	\$112.24	\$112.35	\$102.17	\$138.08	\$125.56	\$125.69	\$114.30

68 años

A	\$266.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$220.43	\$200.42	\$200.62	\$182.43	\$244.11	\$221.95	\$222.18	\$202.01
F con deducible alto ¹	\$64.08	\$58.30	NA	NA	\$70.93	\$64.52	NA	NA
G	\$156.67	\$142.46	\$142.61	\$129.68	\$175.21	\$159.31	\$159.48	\$145.02
G con deducible alto ¹	\$64.08	\$58.30	NA	NA	\$70.93	\$64.52	NA	NA
N	\$129.31	\$117.59	\$117.71	\$107.04	\$144.60	\$131.49	\$131.62	\$119.69

69 años

A	\$266.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$229.55	\$208.72	\$208.92	\$189.97	\$254.20	\$231.13	\$231.36	\$210.36
F con deducible alto ¹	\$66.72	\$60.69	NA	NA	\$73.86	\$67.18	NA	NA
G	\$163.81	\$148.96	\$149.10	\$135.58	\$183.12	\$166.49	\$166.67	\$151.55
G con deducible alto ¹	\$66.72	\$60.69	NA	NA	\$73.86	\$67.18	NA	NA
N	\$135.20	\$122.94	\$123.06	\$111.91	\$151.12	\$137.42	\$137.55	\$125.09

70 años

A	\$315.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$238.67	\$217.01	\$217.21	\$197.50	\$264.29	\$240.31	\$240.55	\$218.72
F con deducible alto ¹	\$69.36	\$63.09	NA	NA	\$76.78	\$69.83	NA	NA
G	\$170.94	\$155.44	\$155.59	\$141.49	\$191.02	\$173.69	\$173.87	\$158.09
G con deducible alto ¹	\$69.36	\$63.09	NA	NA	\$76.78	\$69.83	NA	NA
N	\$141.08	\$128.29	\$128.42	\$116.78	\$157.64	\$143.35	\$143.49	\$130.48

71 años

A	\$315.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$247.78	\$225.29	\$225.52	\$205.05	\$274.40	\$249.49	\$249.73	\$227.07
F con deducible alto ¹	\$71.99	\$65.49	NA	NA	\$79.70	\$72.50	NA	NA
G	\$178.08	\$161.93	\$162.09	\$147.39	\$198.92	\$180.88	\$181.05	\$164.62
G con deducible alto ¹	\$71.99	\$65.49	NA	NA	\$79.70	\$72.50	NA	NA
N	\$146.97	\$133.65	\$133.78	\$121.65	\$164.16	\$149.27	\$149.42	\$135.88

72 años

A	\$315.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$256.89	\$233.58	\$233.82	\$212.59	\$284.50	\$258.67	\$258.94	\$235.42
F con deducible alto ¹	\$74.63	\$67.89	NA	NA	\$82.63	\$75.15	NA	NA
G	\$185.21	\$168.42	\$168.59	\$153.30	\$206.82	\$188.06	\$188.25	\$171.17
G con deducible alto ¹	\$74.63	\$67.89	NA	NA	\$82.63	\$75.15	NA	NA
N	\$152.86	\$139.00	\$139.14	\$126.52	\$170.68	\$155.20	\$155.36	\$141.27

73 años

A	\$315.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$266.01	\$241.87	\$242.11	\$220.13	\$294.60	\$267.85	\$268.12	\$243.79
F con deducible alto ¹	\$77.27	\$70.29	NA	NA	\$85.54	\$77.81	NA	NA
G	\$192.35	\$174.90	\$175.08	\$159.21	\$214.73	\$195.24	\$195.44	\$177.71
G con deducible alto ¹	\$77.27	\$70.29	NA	NA	\$85.54	\$77.81	NA	NA
N	\$158.75	\$144.35	\$144.49	\$131.39	\$177.20	\$161.13	\$161.29	\$146.67

74 años

A	\$315.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$275.13	\$250.16	\$250.40	\$227.68	\$304.70	\$277.03	\$277.31	\$252.14
F con deducible alto ¹	\$79.91	\$72.69	NA	NA	\$88.46	\$80.45	NA	NA
G	\$199.49	\$181.39	\$181.58	\$165.10	\$222.64	\$202.44	\$202.63	\$184.24
G con deducible alto ¹	\$79.91	\$72.69	NA	NA	\$88.46	\$80.45	NA	NA
N	\$164.63	\$149.70	\$149.85	\$136.27	\$183.72	\$167.06	\$167.23	\$152.06

75 años

A	\$351.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$284.24	\$258.44	\$258.70	\$235.22	\$314.79	\$286.21	\$286.49	\$260.49
F con deducible alto ¹	\$82.55	\$75.08	NA	NA	\$91.38	\$83.12	NA	NA
G	\$206.63	\$187.88	\$188.07	\$171.01	\$230.54	\$209.62	\$209.84	\$190.79
G con deducible alto ¹	\$82.55	\$75.08	NA	NA	\$91.38	\$83.12	NA	NA
N	\$170.52	\$155.05	\$155.21	\$141.14	\$190.25	\$172.99	\$173.16	\$157.45

76 años

A	\$351.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$293.37	\$266.73	\$267.00	\$242.76	\$324.89	\$295.39	\$295.68	\$268.83
F con deducible alto ¹	\$85.19	\$77.48	NA	NA	\$94.31	\$85.77	NA	NA
G	\$213.77	\$194.37	\$194.56	\$176.91	\$238.44	\$216.80	\$217.03	\$197.34
G con deducible alto ¹	\$85.19	\$77.48	NA	NA	\$94.31	\$85.77	NA	NA
N	\$176.41	\$160.41	\$160.57	\$146.01	\$196.77	\$178.92	\$179.09	\$162.85

77 años

A	\$351.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$302.48	\$275.02	\$275.29	\$250.30	\$334.99	\$304.56	\$304.88	\$277.20
F con deducible alto ¹	\$87.83	\$79.88	NA	NA	\$97.23	\$88.43	NA	NA
G	\$220.90	\$200.87	\$201.05	\$182.82	\$246.35	\$223.99	\$224.21	\$203.87
G con deducible alto ¹	\$87.83	\$79.88	NA	NA	\$97.23	\$88.43	NA	NA
N	\$182.30	\$165.76	\$165.92	\$150.88	\$203.29	\$184.84	\$185.03	\$168.24

78 años

A	\$351.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$311.60	\$283.30	\$283.59	\$257.84	\$345.08	\$313.76	\$314.07	\$285.55
F con deducible alto ¹	\$90.46	\$82.27	NA	NA	\$100.15	\$91.08	NA	NA
G	\$228.04	\$207.35	\$207.54	\$188.72	\$254.26	\$231.18	\$231.41	\$210.41
G con deducible alto ¹	\$90.46	\$82.27	NA	NA	\$100.15	\$91.08	NA	NA
N	\$188.18	\$171.11	\$171.28	\$155.75	\$209.81	\$190.77	\$190.96	\$173.64

79 años

A	\$351.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$320.71	\$291.59	\$291.89	\$265.39	\$355.18	\$322.93	\$323.25	\$293.90
F con deducible alto ¹	\$93.11	\$84.67	NA	NA	\$103.08	\$93.75	NA	NA
G	\$235.17	\$213.83	\$214.04	\$194.62	\$262.17	\$238.36	\$238.60	\$216.96
G con deducible alto ¹	\$93.11	\$84.67	NA	NA	\$103.08	\$93.75	NA	NA
N	\$194.07	\$176.46	\$176.64	\$160.62	\$216.33	\$196.70	\$196.90	\$179.03

80 años

A	\$398.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$329.83	\$299.88	\$300.18	\$272.93	\$365.29	\$332.11	\$332.44	\$302.25
F con deducible alto ¹	\$95.74	\$87.07	NA	NA	\$106.01	\$96.41	NA	NA
G	\$242.31	\$220.33	\$220.55	\$200.53	\$270.07	\$245.55	\$245.80	\$223.49
G con deducible alto ¹	\$95.74	\$87.07	NA	NA	\$106.01	\$96.41	NA	NA
N	\$199.96	\$181.82	\$182.00	\$165.49	\$222.85	\$202.63	\$202.83	\$184.43

81 años

A	\$398.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$338.95	\$308.17	\$308.47	\$280.48	\$375.38	\$341.29	\$341.63	\$310.61
F con deducible alto ¹	\$98.38	\$89.47	NA	NA	\$108.93	\$99.06	NA	NA
G	\$249.45	\$226.81	\$227.04	\$206.44	\$277.97	\$252.75	\$252.99	\$230.02
G con deducible alto ¹	\$98.38	\$89.47	NA	NA	\$108.93	\$99.06	NA	NA
N	\$205.85	\$187.17	\$187.36	\$170.36	\$229.37	\$208.56	\$208.77	\$189.82

82 años

A	\$398.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$348.06	\$316.46	\$316.77	\$288.01	\$385.48	\$350.47	\$350.82	\$318.97
F con deducible alto ¹	\$101.02	\$91.87	NA	NA	\$111.85	\$101.72	NA	NA
G	\$256.58	\$233.30	\$233.53	\$212.33	\$285.87	\$259.93	\$260.19	\$236.56
G con deducible alto ¹	\$101.02	\$91.87	NA	NA	\$111.85	\$101.72	NA	NA
N	\$211.73	\$192.52	\$192.71	\$175.23	\$235.89	\$214.49	\$214.70	\$195.22

83 años

A	\$398.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$357.18	\$324.75	\$325.07	\$295.55	\$395.57	\$359.65	\$360.01	\$327.32
F con deducible alto ¹	\$103.66	\$94.27	NA	NA	\$114.77	\$104.37	NA	NA
G	\$263.74	\$239.79	\$240.03	\$218.24	\$293.78	\$267.11	\$267.38	\$243.11
G con deducible alto ¹	\$103.66	\$94.27	NA	NA	\$114.77	\$104.37	NA	NA
N	\$217.62	\$197.87	\$198.07	\$180.10	\$242.41	\$220.41	\$220.63	\$200.61

84 años

A	\$398.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$366.30	\$333.04	\$333.37	\$303.10	\$405.68	\$368.82	\$369.20	\$335.67
F con deducible alto ¹	\$106.29	\$96.67	NA	NA	\$117.69	\$107.04	NA	NA
G	\$270.86	\$246.27	\$246.52	\$224.15	\$301.69	\$274.29	\$274.57	\$249.65
G con deducible alto ¹	\$106.29	\$96.67	NA	NA	\$117.69	\$107.04	NA	NA
N	\$223.51	\$203.23	\$203.43	\$184.97	\$248.94	\$226.34	\$226.57	\$206.01

85 años

A	\$427.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$375.42	\$341.32	\$341.66	\$310.64	\$415.77	\$378.01	\$378.39	\$344.03
F con deducible alto ¹	\$108.94	\$99.07	NA	NA	\$120.61	\$109.68	NA	NA
G	\$278.00	\$252.78	\$253.01	\$230.05	\$309.60	\$281.49	\$281.77	\$256.18
G con deducible alto ¹	\$108.94	\$99.07	NA	NA	\$120.61	\$109.68	NA	NA
N	\$229.40	\$208.58	\$208.79	\$189.84	\$255.46	\$232.27	\$232.50	\$211.40

86 años

A	\$427.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$384.52	\$349.61	\$349.96	\$318.18	\$425.86	\$387.19	\$387.58	\$352.39
F con deducible alto ¹	\$111.57	\$101.46	NA	NA	\$123.54	\$112.34	NA	NA
G	\$285.14	\$259.26	\$259.52	\$235.94	\$317.49	\$288.68	\$288.96	\$262.73
G con deducible alto ¹	\$111.57	\$101.46	NA	NA	\$123.54	\$112.34	NA	NA
N	\$235.28	\$213.93	\$214.14	\$194.71	\$261.98	\$238.20	\$238.44	\$216.80

87 años

A	\$427.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$393.64	\$357.90	\$358.25	\$325.73	\$435.97	\$396.37	\$396.76	\$360.73
F con deducible alto ¹	\$114.21	\$103.87	NA	NA	\$126.46	\$114.99	NA	NA
G	\$292.27	\$265.74	\$266.01	\$241.86	\$325.40	\$295.85	\$296.15	\$269.27
G con deducible alto ¹	\$114.21	\$103.87	NA	NA	\$126.46	\$114.99	NA	NA
N	\$241.17	\$219.28	\$219.50	\$199.58	\$268.50	\$244.13	\$244.37	\$222.19

88 años

A	\$427.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$402.76	\$366.18	\$366.55	\$333.26	\$446.07	\$405.55	\$405.96	\$369.08
F con deducible alto ¹	\$116.85	\$106.26	NA	NA	\$129.38	\$117.66	NA	NA
G	\$299.41	\$272.23	\$272.50	\$247.76	\$333.31	\$303.05	\$303.35	\$275.80
G con deducible alto ¹	\$116.85	\$106.26	NA	NA	\$129.38	\$117.66	NA	NA
N	\$247.06	\$224.63	\$224.86	\$204.45	\$275.02	\$250.05	\$250.30	\$227.59

89 años

A	\$427.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$411.88	\$374.47	\$374.85	\$340.81	\$456.16	\$414.73	\$415.15	\$377.44
F con deducible alto ¹	\$119.49	\$108.67	NA	NA	\$132.31	\$120.31	NA	NA
G	\$306.54	\$278.71	\$279.00	\$253.66	\$341.22	\$310.23	\$310.54	\$282.35
G con deducible alto ¹	\$119.49	\$108.67	NA	NA	\$132.31	\$120.31	NA	NA
N	\$252.95	\$229.99	\$230.22	\$209.32	\$281.54	\$255.98	\$256.24	\$232.98

90 años

A	\$427.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$420.99	\$382.76	\$383.15	\$348.35	\$466.27	\$423.90	\$424.34	\$385.79
F con deducible alto ¹	\$122.13	\$111.06	NA	NA	\$135.23	\$122.97	NA	NA
G	\$313.69	\$285.20	\$285.49	\$259.58	\$349.12	\$317.41	\$317.74	\$288.90
G con deducible alto ¹	\$122.13	\$111.06	NA	NA	\$135.23	\$122.97	NA	NA
N	\$258.83	\$235.34	\$235.57	\$214.19	\$288.06	\$261.91	\$262.17	\$238.38

91 años

A	\$427.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$430.12	\$391.04	\$391.45	\$355.89	\$476.36	\$433.10	\$433.52	\$394.15
F con deducible alto ¹	\$124.77	\$113.46	NA	NA	\$138.14	\$125.62	NA	NA
G	\$320.83	\$291.69	\$291.98	\$265.48	\$357.03	\$324.60	\$324.92	\$295.43
G con deducible alto ¹	\$124.77	\$113.46	NA	NA	\$138.14	\$125.62	NA	NA
N	\$264.72	\$240.69	\$240.93	\$219.07	\$294.58	\$267.84	\$268.11	\$243.77

92 años

A	\$427.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$439.23	\$399.33	\$399.74	\$363.44	\$486.45	\$442.27	\$442.71	\$402.50
F con deducible alto ¹	\$127.40	\$115.85	NA	NA	\$141.06	\$128.29	NA	NA
G	\$327.96	\$298.17	\$298.48	\$271.38	\$364.92	\$331.80	\$332.13	\$301.97
G con deducible alto ¹	\$127.40	\$115.85	NA	NA	\$141.06	\$128.29	NA	NA
N	\$270.61	\$246.04	\$246.29	\$223.94	\$301.10	\$273.77	\$274.04	\$249.16

93 años

A	\$427.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$448.35	\$407.63	\$408.04	\$370.98	\$496.56	\$451.45	\$451.90	\$410.86
F con deducible alto ¹	\$130.04	\$118.26	NA	NA	\$143.99	\$130.95	NA	NA
G	\$335.10	\$304.67	\$304.96	\$277.30	\$372.83	\$338.98	\$339.31	\$308.50
G con deducible alto ¹	\$130.04	\$118.26	NA	NA	\$143.99	\$130.95	NA	NA
N	\$276.50	\$251.40	\$251.65	\$228.81	\$307.63	\$279.70	\$279.98	\$254.56

94 años

A	\$427.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$457.46	\$415.92	\$416.33	\$378.52	\$506.65	\$460.63	\$461.10	\$419.21
F con deducible alto ¹	\$132.68	\$120.65	NA	NA	\$146.91	\$133.60	NA	NA
G	\$342.23	\$311.16	\$311.47	\$283.20	\$380.74	\$346.16	\$346.51	\$315.04
G con deducible alto ¹	\$132.68	\$120.65	NA	NA	\$146.91	\$133.60	NA	NA
N	\$282.38	\$256.75	\$257.00	\$233.68	\$314.15	\$285.62	\$285.91	\$259.95

95 años

A	\$427.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$466.59	\$424.20	\$424.63	\$386.06	\$516.75	\$469.81	\$470.28	\$427.57
F con deducible alto ¹	\$135.32	\$123.05	NA	NA	\$149.83	\$136.25	NA	NA
G	\$349.37	\$317.64	\$317.96	\$289.09	\$388.65	\$353.34	\$353.71	\$321.58
G con deducible alto ¹	\$135.32	\$123.05	NA	NA	\$149.83	\$136.25	NA	NA
N	\$288.27	\$262.10	\$262.36	\$238.55	\$320.67	\$291.55	\$291.84	\$265.35

96 años

A	\$427.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$475.70	\$432.49	\$432.92	\$393.60	\$526.86	\$478.99	\$479.47	\$435.92
F con deducible alto ¹	\$137.96	\$125.45	NA	NA	\$152.77	\$138.91	NA	NA
G	\$356.51	\$324.14	\$324.45	\$295.01	\$396.54	\$360.54	\$360.90	\$328.12
G con deducible alto ¹	\$137.96	\$125.45	NA	NA	\$152.77	\$138.91	NA	NA
N	\$294.16	\$267.45	\$267.72	\$243.42	\$327.19	\$297.48	\$297.78	\$270.74

97 años

A	\$427.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$484.82	\$440.78	\$441.22	\$401.15	\$536.95	\$488.17	\$488.66	\$444.27
F con deducible alto ¹	\$140.60	\$127.85	NA	NA	\$155.69	\$141.57	NA	NA
G	\$363.63	\$330.62	\$330.96	\$300.91	\$404.45	\$367.73	\$368.09	\$334.67
G con deducible alto ¹	\$140.60	\$127.85	NA	NA	\$155.69	\$141.57	NA	NA
N	\$300.05	\$272.81	\$273.08	\$248.29	\$333.71	\$303.41	\$303.71	\$276.14

98 años

A	\$427.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$493.93	\$449.07	\$449.52	\$408.69	\$547.05	\$497.35	\$497.85	\$452.62
F con deducible alto ¹	\$143.23	\$130.25	NA	NA	\$158.61	\$144.22	NA	NA
G	\$370.79	\$337.10	\$337.45	\$306.81	\$412.37	\$374.91	\$375.29	\$341.21
G con deducible alto ¹	\$143.23	\$130.25	NA	NA	\$158.61	\$144.22	NA	NA
N	\$305.93	\$278.16	\$278.44	\$253.16	\$340.23	\$309.34	\$309.65	\$281.53

99 años

A	\$427.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$503.06	\$457.36	\$457.81	\$416.24	\$557.14	\$506.54	\$507.04	\$460.97
F con deducible alto ¹	\$145.87	\$132.65	NA	NA	\$161.54	\$146.88	NA	NA
G	\$377.92	\$343.60	\$343.94	\$312.72	\$420.27	\$382.10	\$382.47	\$347.74
G con deducible alto ¹	\$145.87	\$132.65	NA	NA	\$161.54	\$146.88	NA	NA
N	\$311.82	\$283.51	\$283.79	\$258.03	\$346.75	\$315.27	\$315.58	\$286.93

Más de 100 años

A	\$427.00							
	MUJER				HOMBRE			
	Estándar		Med-Select ³		Estándar		Med-Select ³	
	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco
F	\$512.17	\$465.65	\$466.11	\$423.77	\$567.24	\$515.71	\$516.23	\$469.34
F con deducible alto ¹	\$148.51	\$135.05	NA	NA	\$164.46	\$149.54	NA	NA
G	\$385.07	\$350.08	\$350.45	\$318.62	\$428.18	\$389.28	\$389.67	\$354.28
G con deducible alto ¹	\$148.51	\$135.05	NA	NA	\$164.46	\$149.54	NA	NA
N	\$317.71	\$288.86	\$289.15	\$262.90	\$353.27	\$321.19	\$321.51	\$292.32

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 o Medicare Select, excepto la Cobertura A, la Cobertura F con deducible alto¹, la Cobertura G con deducible alto¹, la Cobertura K² y la Cobertura L². Esas coberturas están disponibles como **coberturas estándar únicamente**.

Las coberturas Medicare Select exigen que usted utilice hospitales Medicare Select que tengan contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas en el caso de admisiones que no sean de emergencia para recibir cobertura para el deducible de la Parte A de Medicare. En el caso de una emergencia, el deducible de \$1,556 tiene cobertura en cualquier hospital en el que reciba atención. Solo algunos hospitales son prestadores de servicios médicos de la red conforme a esta póliza. Consulte con su médico para determinar si este tiene privilegios de admisión en un hospital de la red. Si no es así, es posible que usted deba acudir a otro médico al momento de la hospitalización o deberá pagar todos los gastos. Si se muda fuera del área de servicio, habrá una reducción en la cobertura y tendrá la oportunidad de contratar otra póliza suplementaria de Medicare de la misma aseguradora, que incluya beneficios comparables o menores a los que tenía, o contratar una póliza suplementaria de Medicare o Medicare Select de otra aseguradora para las coberturas A, B, C, F, K o L, en un plazo de 63 días desde la finalización de la cobertura.

INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMA

Blue Cross and Blue Shield of Texas solo puede aumentar su prima si aumentara la prima de todas las pólizas como la suya en el estado. Cualquier aumento de tasas está sujeto a la aprobación del Departamento de Seguros de Texas. 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.

- Un factor que determinará su prima es el sexo. Cuando complete la solicitud, deberá seleccionar el sexo.
- 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, cigarros electrónicos, etc. Si cumple con la definición de consumidor de tabaco, es posible que pague una prima más alta por su cobertura médica.

Puede haber descuentos en las primas del Seguro Suplementario de Medicare de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX). 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 Texas.

Los descuentos no se pueden combinar con otros; solo se permite un tipo de descuento por asegurado.

DESCUENTO POR HOGAR CON VARIOS ASEGURADOS

Puede ser elegible para obtener un descuento si reside con un cónyuge o una pareja en unión libre o si ha residido con hasta tres adultos mayores de 60 años durante los últimos 12 meses. Se aplica a las pólizas del Seguro Suplementario de Medicare de BCBSTX que entraron en vigor el 1.º de enero de 2020 o en una fecha posterior.

DESCUENTO CONTINUE WITH BLUESM POR CONTINUAR CON UNA DE NUESTRAS COBERTURAS

Puede reunir los requisitos para un descuento si usted tuvo cobertura comercial grupal a través del empleo o cobertura de un seguro médico particular de Blue Cross and Blue Shield que fue emitida en Illinois, Montana, Nuevo México, Oklahoma o Texas y esa cobertura estuvo vigente dentro de un año desde que la póliza de Seguro Suplementario de Medicare de BCBSTX entró en vigor. Se aplica a las pólizas de Seguro de Suplementario de Medicare de BCBSTX que entraron en vigor el 1.º de mayo de 2022 o en una fecha posterior.

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 le 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 Texas 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 "Medicare y usted" para conocer más detalles.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Su póliza suplementaria de Medicare no contendrá limitaciones ni exclusiones que sean más restrictivas que las limitaciones y exclusiones de Medicare. Las limitaciones y exclusiones incluyen:

- cargos por cualquier servicio o suministro en la medida en que dichos cargos tengan cobertura de Medicare;
- cargos por cualquier servicio o suministro que usted haya recibido antes de su fecha de entrada en vigor conforme a la póliza;

- cargos por cualquier servicio y suministro que no estén específicamente mencionados en la póliza.

REMBOLSO DE LA PRIMA

Ante la cancelación de esta póliza por cualquier motivo, incluido el fallecimiento del titular de la póliza, Blue Cross and Blue Shield of Texas le reembolsará al titular de la póliza o a su representante personal cualquier parte de la prima pagada con anterioridad que corresponda a los meses de la póliza subsiguientes a la fecha de cancelación de la póliza, incluido un reembolso prorrateado por cualquier mes de la póliza parcial, si corresponde. (Consulte la descripción anterior en caso de rescisión).

LAS RESPUESTAS COMPLETAS SON MUY IMPORTANTES

Cuando complete la solicitud de la nueva póliza, asegúrese de que sus respuestas a todas las preguntas sobre su historial clínico y médico sean sinceras y estén completas. Blue Cross and Blue Shield of Texas puede cancelar su póliza y negarse a pagar cualquier reclamación si usted omite o falsifica información importante. Revise la solicitud atentamente antes de firmarla. Asegúrese de que toda la información se haya registrado como corresponde.

DIVULGACIONES ADICIONALES DE MEDICARE SELECT PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR INCONFORMIDADES

Presentar una inconformidad significa que el Titular de una póliza Medicare Select expresa por escrito que no está satisfecho con la administración, las prácticas de procesamiento de reclamaciones o con las estipulaciones de los servicios relacionados de una compañía emisora de pólizas Medicare Select o con los Hospitales de su red.

Procedimientos para presentar inconformidades: Usted tiene derecho a presentarnos una inconformidad si no está satisfecho con algún aspecto de la manera en que se procesa su cobertura médica. Comuníquese con la compañía que emite la póliza, ya sea por escrito o llamando a la dirección o teléfono enseguida, dentro de los 60 días a partir de la fecha en que recibe notificación de cualquier acción adversa:

**Grievance Committee
Blue Cross and Blue Shield of Texas
Medicare Select Program
P.O. Box 3004
Naperville, IL 60566-9747
Teléfono: 877-384-9307
Fax: 888-235-2936**

Inconformidades presentadas por pacientes ambulatorios: Todas las inconformidades se atenderán inmediatamente y se resolverán tan pronto como sea posible. El Titular de la póliza deberá escribirnos dentro de los 60 días a partir de la fecha en que recibe notificación de cualquier acción adversa.

Las inconformidades presentadas por pacientes internados en hospitales relacionadas con el tratamiento médico en curso se atenderán inmediatamente al recibir cualquier inconformidad escrita o verbal, y se resolverá tan pronto como sea posible de manera que no interfiera, obstruya o interrumpa el tratamiento y atención médica del Titular de la póliza.

Un comité de Blue Cross and Blue Shield of Texas compuesto por personal técnico y gerencial con autoridad para tomar acción correctiva de ser necesario, revisará su inconformidad. Se le notificarán los resultados de la inconformidad a todas las partes interesadas. Si se determina que una inconformidad es válida, se tomará acción correctiva con prontitud.

Si la decisión de nuestro Comité de Inconformidades no le satisface, puede presentar una queja por escrito a:

**Texas Department of Insurance,
MC 111-1A, P. O. Box 149091,
Austin, TX 78714-9091
Sitio web: www.tdi.texas.gov
Correo electrónico:
ConsumerProtection@tdi.texas.gov,
Teléfono: 1-800-252-3439**

CONTROL DE CALIDAD

Como parte de nuestro programa de Control de calidad, todos los hospitales de la red deben cumplir con los estándares de Medicare. Además, los hospitales deben cumplir con los criterios de contratación estipulados en el Acuerdo hospitalario.

Obligaciones de cada hospital: aceptar mantener su licencia estatal; aceptar mantener su estado de hospital de la red de Blue Cross and Blue Shield of Texas; aceptar mantener su estado participante de Medicare; estar acreditado y mantener su acreditación de la Comisión Conjunta para la Acreditación de las Organizaciones de Atención Médica (JCAHO, en inglés) o de la Asociación Americana de Osteopatía (AOA, en inglés); y aceptar renunciar al deducible de la Parte A.

RESTRICCIONES HOSPITALARIAS DE MEDICARE SELECT

Las Coberturas F, G y N son pólizas Medicare Select actualmente disponibles si vive a una distancia máxima de 30 millas de un hospital que participe en Medicare Select. Los beneficios de la Parte A se pueden restringir si usted recibe servicios en un hospital que no es un hospital Medicare Select.

Los beneficios completos de su cobertura se pagarán en cualquier lugar en una de las siguientes situaciones:

- los servicios se proporcionan en el consultorio del médico, cualquier otro tipo de consultorio o en un centro de enfermería especializada;
- los servicios son para síntomas que exigen atención médica de emergencia o son necesarios de inmediato debido a una enfermedad, lesión o problema médico imprevistos y no resulta razonable obtener dichos servicios en un hospital Medicare Select (como cuando se encuentra de viaje); o
- los servicios incluidos no están disponibles a través de un hospital Medicare Select.

Cobertura A

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

⁶ 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.

Servicios	Medicare paga	La Cobertura A paga	Usted paga
Hospitalización⁶ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,556	\$0	\$1,556 (Deducible de la Parte A)
Días 61 a 90	Todo, excepto \$389 por día	\$389 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$778 por día	\$778 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 ⁷
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Servicios	Medicare paga	La Cobertura A paga	Usted paga
Atención en centros de enfermería especializada⁶ 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 \$194.50 por día	\$0	Hasta \$194.50 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, 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

⁷ 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

⁸ Una vez que le hayan facturado \$233 de los montos aprobados por Medicare por servicios incluidos, habrá alcanzado su deducible de la Parte B del 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 \$233 de los montos aprobados por Medicare ⁸	\$0	\$0	\$233 (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 \$233 de los montos aprobados por Medicare ⁸	\$0	\$0	\$233 (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 \$233 de los montos aprobados por Medicare ⁸	\$0	\$0	\$233 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

Cobertura F

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

⁶ 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.

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F paga	Usted paga
Hospitalización⁶ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,556	\$1,556 (Deducible de la Parte A) ³	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$389 por día	\$389 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$778 por día	\$778 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 ⁷
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Servicios	Medicare paga	La Cobertura F paga	Usted paga
Atención en centros de enfermería especializada⁶ 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 \$194.50 por día	Hasta \$194.50 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

³ Las Coberturas Medicare Select exigen que usted acuda a un hospital de la red Blue Cross and Blue Shield of Texas en el caso de admisiones que no sean de emergencia para recibir cobertura para el deducible de la Parte A de Medicare. Solo algunos hospitales son prestadores de servicios médicos de la red conforme a esta póliza.

⁷ 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 F

Servicios	Medicare paga	La Cobertura F paga	Usted paga
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

⁸ Una vez que le hayan facturado \$233 de los montos aprobados por Medicare por servicios incluidos, habrá alcanzado su deducible de la Parte B del 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 \$233 de los montos aprobados por Medicare ⁸	\$0	\$233 (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 \$233 de los montos aprobados por Medicare ⁸	\$0	\$233 (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 \$233 de los montos aprobados por Medicare ⁸	\$0	\$233 (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 con deducible alto

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

[†] Esta cobertura con deducible alto paga los mismos beneficios que la Cobertura F luego de que haya pagado un deducible de \$2,490 por año calendario. Los beneficios de la Cobertura F con deducible alto no comenzarán hasta que los gastos de bolsillo sean de \$2,490. Los gastos de bolsillo de este deducible son gastos que generalmente la aseguradora pagaría. Esto incluye los deducibles de Medicare para la Parte A y la Parte B, pero no incluye el deducible adicional para casos de emergencia durante viajes al extranjero.

⁶ 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.

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,490 [†] , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,490 [†] , usted paga
Hospitalización⁶ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,556	\$1,556 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$389 por día	\$389 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$778 por día	\$778 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 ⁷
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos

⁷ 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 F con deducible alto

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,490 [†] , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,490 [†] , usted paga
<p>Atención en centros de enfermería especializada⁶ 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</p>			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo, excepto \$194.50 por día	Hasta \$194.50 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
<p>Atención en centros paliativos Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida una certificación de enfermedad terminal emitida por el médico</p>	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 con deducible alto

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

⁸ Una vez que le hayan facturado \$233 de los montos aprobados por Medicare por servicios incluidos, habrá alcanzado su deducible de la Parte B del año calendario.

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,490 [†] , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,490 [†] , 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 \$233 de los montos aprobados por Medicare ⁸	\$0	\$233 (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 \$233 de los montos aprobados por Medicare ⁸	\$0	\$233 (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	Después de que usted paga el deducible de \$2,490 [†] , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,490 [†] , 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 \$233 de los montos aprobados por Medicare ⁸	\$0	\$233 (Deducible de la Parte B)	\$0
- Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

Cobertura F con deducible alto

OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,490 [†] , la Cobertura F paga	Además del deducible de \$2,490 [†] , 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 G

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

⁶ 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.

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G paga	Usted paga
Hospitalización⁶ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,556	\$1,556 (Deducible de la Parte A) ³	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$389 por día	\$389 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$778 por día	\$778 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 ⁷
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Servicios	Medicare paga	La Cobertura G paga	Usted paga
Atención en centros de enfermería especializada⁶ 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 \$194.50 por día	Hasta \$194.50 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, 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

³ Las Coberturas Medicare Select exigen que usted acuda a un hospital de la red Blue Cross and Blue Shield of Texas en el caso de admisiones que no sean de emergencia para recibir cobertura para el deducible de la Parte A de Medicare. Solo algunos hospitales son prestadores de servicios médicos de la red conforme a esta póliza.

⁷ 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 G

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

⁸ Una vez que le hayan facturado \$233 de los montos aprobados por Medicare por servicios incluidos, habrá alcanzado su deducible de la Parte B del 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 \$233 de los montos aprobados por Medicare ⁸	\$0	\$0	\$233 (a menos que se haya alcanzado el 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 \$233 de los montos aprobados por Medicare ⁸	\$0	\$0	\$233 (a menos que se haya alcanzado el 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 G

MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	La Cobertura G 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 \$233 de los montos aprobados por Medicare ⁸	\$0	\$0	\$233 (a menos que se haya alcanzado el 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 G 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 G con deducible alto

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

* Esta cobertura con deducible alto paga los mismos beneficios que la Cobertura G luego de que haya pagado un deducible de \$2,490 por año calendario. Los beneficios de la Cobertura G con deducible alto no comenzarán hasta que los gastos de bolsillo sean de \$2,490. Los gastos de bolsillo de este deducible incluyen gastos del deducible de la Parte B de Medicare y gastos que generalmente la aseguradora pagaría. Esto no incluye el deducible adicional para casos de emergencia durante viajes al extranjero.

6 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.

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,490*, la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,490*, usted paga
Hospitalización⁶ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,556	\$1,556 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$389 por día	\$389 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$778 por día	\$778 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 ⁷
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Atención en centros de enfermería especializada⁶ 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 \$194.50 por día	Hasta \$194.50 por día	\$0
A partir del día 101	\$0	\$0	Todos los gastos

⁷ 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 G con deducible alto

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,490*, la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,490*, usted paga
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 con deducible alto

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

⁸ Una vez que le hayan facturado \$233 de los montos aprobados por Medicare por servicios incluidos, habrá alcanzado su deducible de la Parte B del año calendario.

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,490 [‡] , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,490 [‡] , 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 \$233 de los montos aprobados por Medicare ⁸	\$0	\$0	\$233 (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 \$233 de los montos aprobados por Medicare ⁸	\$0	\$0	\$233 (Deducible de la Parte B)
Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico	100%	\$0	\$0

MEDICARE (PARTES A Y B)

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,490 [‡] , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,490 [‡] , usted paga
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
– Primeros \$233 de los montos aprobados por Medicare ⁸	\$0	\$0	\$233 (Deducible de la Parte B)
– Resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

Cobertura G con deducible alto

OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE

Servicios	Medicare paga	Después de que usted paga el deducible de \$2,490 [‡] , la Cobertura G paga	Además del deducible de \$2,490 [‡] , 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

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

⁶ 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.

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
Hospitalización⁶ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$1,556	\$1,556 (Deducible de la Parte A) ³	\$0
Días 61 a 90	Todo, excepto \$389 por día	\$389 por día	\$0
A partir del día 91:			
– Mientras usa 60 días de reserva de por vida	Todo, excepto \$778 por día	\$778 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 ⁷
Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los gastos
Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
Atención en centros de enfermería especializada⁶ 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 \$194.50 por día	Hasta \$194.50 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

³ Las Coberturas Medicare Select exigen que usted acuda a un hospital de la red Blue Cross and Blue Shield of Texas en el caso de admisiones que no sean de emergencia para recibir cobertura para el deducible de la Parte A de Medicare. Solo algunos hospitales son prestadores de servicios médicos de la red conforme a esta póliza.

⁷ 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 N

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
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

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

⁸ Una vez que le hayan facturado \$233 de los montos aprobados por Medicare por servicios incluidos, habrá alcanzado su deducible de la Parte B del 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 \$233 de los montos aprobados por Medicare ⁸	\$0	\$0	\$233 (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

Cobertura N

Servicios	Medicare paga	La Cobertura N paga	Usted paga
Sangre			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los gastos	\$0
Siguientes \$233 de los montos aprobados por Medicare ⁸	\$0	\$0	\$233 (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 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 \$233 de los montos aprobados por Medicare ⁸	\$0	\$0	\$233 (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

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 Texas, 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 Texas se reserva el derecho de cambiar las tasas ocasionalmente. Cualquier aumento de tasas está sujeto a la aprobación del Departamento de Seguros de Texas. 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 Texas, 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.