

| |
|--|
| |
| |

Solicitud de cobertura de Seguro Suplementario de Medicare

Instrucciones

- Para que lo consideren para solicitar 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 Parte B de Medicare.
- Si envía una solicitud impresa, complétela con bolígrafo. Firme y escriba la fecha en las líneas correspondientes en las páginas 5, 6 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.

Si cumple con los requisitos de elegibilidad para una discapacidad menor de 65 años, no use este formulario. Si tiene las Partes A y B de Medicare debido a esclerosis lateral amiotrófica (ALS, en inglés) o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, en inglés), use la solicitud para personas con ALS o ESRD; de lo contrario, use la otra solicitud para menores de 65 años.

| 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"/> Standard | <input type="checkbox"/> Standard | <input type="checkbox"/> Standard |
| <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. | | |
| Nota: 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: asegúrese de que la información coincida con su tarjeta/información de Medicare | | | |
|---|----------------------|---------------------|---------------------|
| 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 de primas

Puede haber un descuento disponible en la prima de la cobertura suplementaria de Medicare de BCBSTX. Consulte los detalles abajo. Si es elegible para un descuento, el descuento se aplicará a su próxima factura y permanecerá vigente mientras esté asegurado por su cobertura suplementaria de Medicare de BCBSTX. Los descuentos no se pueden combinar; solo se permite un tipo de descuento por asegurado.

Descuento por hogar con varios asegurados

Podría ser elegible para un descuento si reside con un cónyuge o pareja en unión libre/de hecho o si ha vivido con hasta tres adultos mayores de 60 años durante los últimos 12 meses. Se aplica a las pólizas suplementarias de Medicare de BCBSTX emitidas con fecha de entrada en vigor a partir del 1 de enero de 2020. El descuento es del 10%.

¿Está solicitando este descuento?

Sí

No

Descuento Continue with BlueSM

Podría ser elegible para un descuento si solicitó cobertura de una póliza suplementaria de Medicare de BCBSTX emitida con una fecha de entrada en vigor a partir del 1 de mayo de 2022 y de una cobertura de seguro de gastos médicos individual o grupal comercial de Blue Cross and Blue Shield, y esa cobertura estuvo dentro del año de la entrada en vigor de su póliza suplementaria de Medicare de BCBSTX. El descuento es del 7%.

¿Está solicitando este descuento?

Sí

No

Si la respuesta es Sí, proporcione su número de asegurado principal de la cobertura individual o grupal comercial anterior:

Blue Family DiscountSM

Podría ser elegible para un descuento si solicitó cobertura de una póliza suplementaria de Medicare de BCBSTX emitida con una fecha de entrada en vigor a partir del 1 de enero de 2020 y cumple con los criterios para el descuento por hogar con varios asegurados Y el descuento de Continue with Blue. El descuento es del 12%.

¿Está solicitando este descuento?

Sí

No

Si la respuesta es Sí, proporcione su número de asegurado principal de la cobertura individual o grupal comercial anterior:

Nombre del solicitante: _____

Opción de pago (Seleccione una opción de pago)

1. Prima **deducida de la cuenta bancaria** (elegir uno): **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
Con mi firma en 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 (grupal) y no pretende ser, de ninguna manera, un seguro de gastos médicos patrocinado por algún empleador. Certifico que los empleadores de aquellos que soliciten cobertura no aportarán ninguna parte de la prima ni proporcionarán 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 a BCBSTX 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 Identificación de Beneficiario de Medicare

Copie el número de identificación 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 identificación 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 era elegible 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. a. ¿Cumplió 65 años en los últimos 6 meses? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| b. ¿Solicitó cobertura de la Parte B de Medicare en los últimos 6 meses? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| c. Si la respuesta es sí , ¿cuál es la fecha de entrada en vigor? | Fecha de entrada en vigor: | |
| 2. ¿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 |
| 3. a. 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: |
| b. 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 |
| c. ¿Esta fue la primera vez que tuvo este tipo de cobertura Medicare? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| d. ¿Dio de baja una póliza suplementaria de Medicare para inscribirse en la cobertura Medicare? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. a. ¿Tiene otra póliza suplementaria de Medicare vigente? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| b. Si la respuesta es sí , ¿qué cobertura tiene y con qué compañía aseguradora? _____ | | |
| c. Si la respuesta es sí , ¿pretende reemplazar su póliza suplementaria de Medicare vigente con esta póliza? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿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: |

Nombre del solicitante: _____

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 bajos ingresos de Medicare (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 preguntas?

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**.

Declaración de representación (Proxy)

El abajo firmante 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 abajo firmante sobre todos los asuntos que puedan surgir en cualquiera de esas reuniones y cualquier aplazamiento de las mismas. La reunión anual de miembros se llevará a cabo cada año en la sede corporativa (300 E Randolph St., Chicago, IL 60601) el último martes de octubre a las 12:30 p. m. Es posible que se convoquen reuniones especiales de miembros de conformidad con el aviso enviado por correo al miembro no menos de 30 ni más de 60 días antes de dichas reuniones. Esta representación continuará en vigor hasta que el abajo firmante la revoque por escrito al menos 20 días antes de cualquier reunión de asegurados o que el abajo firmante 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 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 en la fecha de entrada en vigor de la póliza elegida o después de esta, excepto en el caso de servicios para pacientes internados, ya que para tener cobertura el paciente debe ser ingresado cuando la póliza entre en vigor o en una fecha posterior.
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 que, si la Compañía acepta esta solicitud y emite una póliza para particulares, la Compañía puede pagarle al agente de seguros una comisión u otra forma de compensación relacionada con la emisión de dicha póliza para particulares.
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: / /

Nombre del solicitante: _____

| Información del agente de seguros (si corresponde) | |
|---|---------------------------------|
| <i>Un agente de seguros debe completar la siguiente información si el Solicitante contrata la cobertura a través de un agente de seguros.</i> | |
| 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 cumple con los requisitos 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 con 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, solicitó cobertura, por primera vez, en cualquier organización Medicare Advantage conforme a una cobertura Medicare Advantage de la Parte C de Medicare, en cualquier organización elegible con un contrato conforme a la sección 1876 de la Ley de Seguridad Social (costo de Medicare), en cualquier organización similar que opera conforme a la autoridad de un proyecto de demostración, en cualquier organización PACE conforme a la sección 1894 de la Ley de Seguridad Social o en una póliza Medicare Select; y la persona canceló la cobertura 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 por primera vez en la Parte B de Medicare 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 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 estaba asegurada en el programa Medicare federal y en el Fondo de Seguros de Salud de Texas el 31 de diciembre de 2013; y (B) la cobertura del Fondo de la persona se canceló el 31 de diciembre de 2013 o después de esa fecha. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Historial clínico/Preguntas médicas

Nota: 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 | pulgadas |
| 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 (AIDS, en inglés), complejo relacionado con el AIDS (ARC, en inglés) o infección por virus de inmunodeficiencia humana (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 |

Nombre del solicitante: _____

| Historial clínico/Preguntas médicas | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 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 |
| 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 de una agencia de atención médica a domicilio? | <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.</p> <p>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 revocación.</p> | |
| FIRMA OBLIGATORIA <i>Debe firmar con un bolígrafo y escribir la fecha para evitar retrasos en el procesamiento.</i> | |
| Solicitante: _____ | Fecha: / / |

¿Tiene preguntas?

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 5, 6 y 11?
- Si está recibiendo los servicios de un agente de seguros, ¿el agente ha firmado la página 6 (si corresponde)?
- ¿Ha respondido toda la sección Historial clínico/Preguntas médicas en las páginas 10 y 11?
- ¿Se aseguró de que la fecha de entrada en vigor solicitada en la página 1 sea desde el día 1 hasta el día 28 del mes?

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

Blue Medicare Supplement
C/O Member Services
PO Box 3388
Scranton, PA 18505

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 ³ | ✓ | ✓ |
| Sangre (primeras tres pintas) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 50% | 75% | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Coaseguro o copago de la Parte A para atención en un centro paliativo | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 50% | 75% | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Coaseguro por atención en centros de enfermería especializada | | | ✓ | ✓ | 50% | 75% | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Deducible de la Parte A de Medicare | | ✓ | ✓ | ✓ | 50% | 75% | 50% | ✓ | ✓ | ✓ |

| Beneficios | Coberturas disponibles para todos los solicitantes | | | | | | | | Únicamente para quienes cumplen con los requisitos para Medicare por primera vez antes de 2020 | |
|---|--|---|---|----------------|----------------------|----------------------|---|---|--|----------------|
| | A | B | D | G ¹ | K ² | L ² | M | N | C | F ¹ |
| Deducible de la Parte B de Medicare | | | | | | | | | ✓ | ✓ |
| Cargos en exceso de la Parte B de Medicare | | | | ✓ | | | | | | ✓ |
| Emergencia durante viajes al extranjero (hasta los límites incluidos en la cobertura) | | | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Límite de gastos de bolsillo en 2026 ² | | | | | \$8,000 ² | \$4,000 ² | | | | |

¹ Las Coberturas F y G también tienen una opción de deducible alto, que exige pagar primero un deducible de \$2,950 antes de que la cobertura comience a pagar. Cuando se alcanza el deducible de la cobertura, la cobertura paga el 100% de los servicios con cobertura durante el resto del año calendario. La Cobertura G con deducible alto no cubre el deducible de la Parte B de Medicare. Sin embargo, las Coberturas F y G, con deducible alto, tienen en cuenta su pago del deducible de la Parte B de Medicare para llegar al deducible de la cobertura.

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

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

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

⁴ 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 julio de 2026 para el Área 2

Las tasas que se muestran corresponden a residentes de Texas que viven en lugares cuyos códigos postales comienzan con 750-753, 760-762, 774, 776-777 y 793-794.

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.

| Menor de 65 años* | | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| Cobertura A | \$306.00 | | | |
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$521.96 | \$474.60 | \$578.04 | \$525.56 |
| Cobertura F con deducible alto¹ | \$154.94 | \$140.92 | \$171.52 | \$156.00 |
| Cobertura G | \$421.38 | \$383.18 | \$472.04 | \$429.14 |
| Cobertura G con deducible alto¹ | \$119.54 | \$108.74 | \$132.32 | \$120.36 |
| Cobertura N | \$337.34 | \$306.78 | \$377.90 | \$343.58 |

| 65 años | | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| Cobertura A | \$306.00 | | | |
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$260.98 | \$237.30 | \$289.02 | \$262.78 |
| Cobertura F con deducible alto¹ | \$77.47 | \$70.46 | \$85.76 | \$78.00 |
| Cobertura G | \$210.69 | \$191.59 | \$236.02 | \$214.57 |
| Cobertura G con deducible alto¹ | \$59.77 | \$54.37 | \$66.16 | \$60.18 |
| Cobertura N | \$168.67 | \$153.39 | \$188.95 | \$171.79 |

*Esta tabla de tasas solo es válida para personas menores de 65 años que viven en Texas y cuentan con la Partes A y B de Medicare, debido a una esclerosis lateral amiotrófica (ALS, en inglés) o una enfermedad renal terminal (ESRD, en inglés). Las personas menores de 65 años, que no padecen esclerosis lateral amiotrófica ni enfermedad renal terminal, solo pueden contratar la Cobertura A. Para obtener información sobre precios y otros detalles, consulte el Esquema de cobertura suplementaria de Medicare: Beneficios y servicios estándar incluidos en las coberturas A.

66 años

| Cobertura A | \$306.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$273.30 | \$248.50 | \$302.68 | \$275.20 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$81.11 | \$73.78 | \$89.80 | \$81.67 |
| Cobertura G | \$221.84 | \$201.69 | \$248.31 | \$225.77 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$62.57 | \$56.93 | \$69.27 | \$63.00 |
| Cobertura N | \$177.57 | \$161.50 | \$198.80 | \$180.77 |

67 años

| Cobertura A | \$357.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$285.64 | \$259.72 | \$316.33 | \$287.60 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$84.76 | \$77.10 | \$93.84 | \$85.36 |
| Cobertura G | \$232.94 | \$211.80 | \$260.64 | \$237.00 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$65.38 | \$59.48 | \$72.38 | \$65.84 |
| Cobertura N | \$186.52 | \$169.57 | \$208.68 | \$189.72 |

68 años

| Cobertura A | \$357.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$297.96 | \$270.90 | \$329.98 | \$300.04 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$88.42 | \$80.40 | \$97.87 | \$89.01 |
| Cobertura G | \$244.08 | \$221.91 | \$272.99 | \$248.20 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$68.20 | \$62.03 | \$75.48 | \$68.66 |
| Cobertura N | \$195.41 | \$177.68 | \$218.53 | \$198.70 |

69 años

| Cobertura A | \$357.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$310.30 | \$282.12 | \$343.65 | \$312.45 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$92.06 | \$83.74 | \$101.92 | \$92.69 |
| Cobertura G | \$255.23 | \$232.04 | \$285.30 | \$259.43 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$71.01 | \$64.59 | \$78.60 | \$71.49 |
| Cobertura N | \$204.32 | \$185.76 | \$228.38 | \$207.66 |

70 años

| Cobertura A | \$421.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$322.63 | \$293.33 | \$357.31 | \$324.86 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$95.69 | \$87.04 | \$105.95 | \$96.36 |
| Cobertura G | \$266.33 | \$242.16 | \$297.63 | \$270.60 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$73.81 | \$67.14 | \$81.71 | \$74.32 |
| Cobertura N | \$213.22 | \$193.87 | \$238.27 | \$216.64 |

71 años

| Cobertura A | \$421.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$334.96 | \$304.54 | \$370.96 | \$337.27 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$99.35 | \$90.34 | \$110.00 | \$100.03 |
| Cobertura G | \$277.45 | \$252.27 | \$309.96 | \$281.82 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$76.62 | \$69.69 | \$84.82 | \$77.14 |
| Cobertura N | \$222.12 | \$201.96 | \$248.12 | \$225.61 |

72 años

| Cobertura A | \$421.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$347.29 | \$315.74 | \$384.62 | \$349.69 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$102.99 | \$93.66 | \$114.04 | \$103.71 |
| Cobertura G | \$288.59 | \$262.40 | \$322.28 | \$293.03 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$79.43 | \$72.24 | \$87.94 | \$79.98 |
| Cobertura N | \$231.04 | \$210.06 | \$257.99 | \$234.56 |

73 años

| Cobertura A | \$421.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$359.62 | \$326.95 | \$398.26 | \$362.10 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$106.64 | \$96.99 | \$118.07 | \$107.37 |
| Cobertura G | \$299.70 | \$272.53 | \$334.59 | \$304.23 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$82.24 | \$74.81 | \$91.04 | \$82.80 |
| Cobertura N | \$239.93 | \$218.15 | \$267.85 | \$243.54 |

74 años

| Cobertura A | \$421.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$371.94 | \$338.17 | \$411.94 | \$374.52 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$110.29 | \$100.30 | \$122.11 | \$111.04 |
| Cobertura G | \$310.86 | \$282.63 | \$346.94 | \$315.44 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$85.05 | \$77.35 | \$94.15 | \$85.63 |
| Cobertura N | \$248.83 | \$226.25 | \$277.73 | \$252.50 |

75 años

| Cobertura A | \$465.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$384.28 | \$349.39 | \$425.58 | \$386.94 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$113.92 | \$103.60 | \$126.16 | \$114.72 |
| Cobertura G | \$321.99 | \$292.72 | \$359.25 | \$326.64 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$87.84 | \$79.90 | \$97.27 | \$88.46 |
| Cobertura N | \$257.75 | \$234.34 | \$287.57 | \$261.46 |

76 años

| Cobertura A | \$465.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$396.61 | \$360.58 | \$439.24 | \$399.36 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$117.58 | \$106.94 | \$130.20 | \$118.37 |
| Cobertura G | \$333.10 | \$302.84 | \$371.58 | \$337.85 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$90.67 | \$82.46 | \$100.38 | \$91.28 |
| Cobertura N | \$266.65 | \$242.46 | \$297.44 | \$270.44 |

77 años

| Cobertura A | \$465.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$408.94 | \$371.79 | \$452.90 | \$411.76 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$121.23 | \$110.25 | \$134.23 | \$122.06 |
| Cobertura G | \$344.23 | \$312.99 | \$383.93 | \$349.06 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$93.47 | \$85.02 | \$103.49 | \$94.12 |
| Cobertura N | \$275.55 | \$250.54 | \$307.30 | \$279.40 |

78 años

| Cobertura A | \$465.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$421.27 | \$383.00 | \$466.55 | \$424.20 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$124.87 | \$113.54 | \$138.27 | \$125.75 |
| Cobertura G | \$355.36 | \$323.09 | \$396.23 | \$360.25 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$96.28 | \$87.56 | \$106.60 | \$96.95 |
| Cobertura N | \$284.47 | \$258.65 | \$317.16 | \$288.38 |

79 años

| Cobertura A | \$465.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$433.60 | \$394.21 | \$480.22 | \$436.59 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$128.52 | \$116.87 | \$142.31 | \$129.40 |
| Cobertura G | \$366.48 | \$333.21 | \$408.56 | \$371.46 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$99.09 | \$90.12 | \$109.71 | \$99.77 |
| Cobertura N | \$293.36 | \$266.74 | \$327.04 | \$297.34 |

80 años

| Cobertura A | \$533.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$445.93 | \$405.42 | \$493.87 | \$449.01 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$132.15 | \$120.18 | \$146.36 | \$133.08 |
| Cobertura G | \$377.64 | \$343.34 | \$420.90 | \$382.67 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$101.89 | \$92.67 | \$112.83 | \$102.60 |
| Cobertura N | \$302.26 | \$274.84 | \$336.89 | \$306.31 |

81 años

| Cobertura A | \$533.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$458.25 | \$416.63 | \$507.52 | \$461.42 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$135.78 | \$123.52 | \$150.36 | \$136.73 |
| Cobertura G | \$388.75 | \$353.48 | \$433.21 | \$393.88 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$104.69 | \$95.24 | \$115.92 | \$105.42 |
| Cobertura N | \$311.16 | \$282.93 | \$346.77 | \$315.28 |

82 años

| Cobertura A | \$533.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$470.60 | \$427.83 | \$521.19 | \$473.84 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$139.45 | \$126.80 | \$154.40 | \$140.42 |
| Cobertura G | \$399.86 | \$363.55 | \$445.53 | \$405.09 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$107.51 | \$97.77 | \$119.03 | \$108.26 |
| Cobertura N | \$320.07 | \$291.00 | \$356.64 | \$324.23 |

83 años

| Cobertura A | \$533.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$482.93 | \$439.04 | \$534.84 | \$486.25 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$143.10 | \$130.14 | \$158.45 | \$144.10 |
| Cobertura G | \$411.02 | \$373.67 | \$457.87 | \$416.28 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$110.32 | \$100.33 | \$122.15 | \$111.09 |
| Cobertura N | \$329.00 | \$299.11 | \$366.48 | \$333.21 |

84 años

| Cobertura A | \$533.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$495.26 | \$450.24 | \$548.51 | \$498.67 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$146.76 | \$133.45 | \$162.49 | \$147.75 |
| Cobertura G | \$422.13 | \$383.79 | \$470.19 | \$427.49 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$113.14 | \$102.89 | \$125.26 | \$113.91 |
| Cobertura N | \$337.91 | \$307.19 | \$376.34 | \$342.18 |

85 años

| Cobertura A | \$569.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$507.58 | \$461.47 | \$562.15 | \$511.10 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$150.39 | \$136.73 | \$166.53 | \$151.44 |
| Cobertura G | \$433.24 | \$393.92 | \$482.52 | \$438.69 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$115.94 | \$105.42 | \$128.37 | \$116.74 |
| Cobertura N | \$346.81 | \$315.30 | \$386.22 | \$351.15 |

86 años

| Cobertura A | \$569.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$519.92 | \$472.66 | \$575.80 | \$523.50 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$154.03 | \$140.07 | \$170.57 | \$155.09 |
| Cobertura G | \$444.41 | \$404.04 | \$494.86 | \$449.90 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$118.74 | \$107.99 | \$131.48 | \$119.56 |
| Cobertura N | \$355.70 | \$323.40 | \$396.08 | \$360.12 |

87 años

| Cobertura A | \$569.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$532.23 | \$483.87 | \$589.44 | \$535.90 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$157.68 | \$143.38 | \$174.61 | \$158.78 |
| Cobertura G | \$455.52 | \$414.16 | \$507.16 | \$461.10 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$121.56 | \$110.54 | \$134.59 | \$122.40 |
| Cobertura N | \$364.60 | \$331.49 | \$405.94 | \$369.07 |

88 años

| Cobertura A | \$569.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$544.55 | \$495.09 | \$603.11 | \$548.34 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$161.33 | \$146.71 | \$178.64 | \$162.46 |
| Cobertura G | \$466.64 | \$424.26 | \$519.51 | \$472.32 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$124.36 | \$113.10 | \$137.70 | \$125.23 |
| Cobertura N | \$373.51 | \$339.58 | \$415.81 | \$378.05 |

89 años

| Cobertura A | \$569.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$556.87 | \$506.30 | \$616.76 | \$560.73 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$164.98 | \$150.00 | \$182.70 | \$166.10 |
| Cobertura G | \$477.78 | \$434.36 | \$531.83 | \$483.52 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$127.18 | \$115.64 | \$140.82 | \$128.04 |
| Cobertura N | \$382.42 | \$347.69 | \$425.68 | \$387.01 |

90 años

| Cobertura A | \$569.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$569.22 | \$517.51 | \$630.44 | \$573.15 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$168.62 | \$153.33 | \$186.71 | \$169.79 |
| Cobertura G | \$488.90 | \$444.49 | \$544.14 | \$494.71 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$129.98 | \$118.20 | \$143.92 | \$130.88 |
| Cobertura N | \$391.32 | \$355.79 | \$435.54 | \$395.98 |

91 años

| Cobertura A | \$569.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$581.54 | \$528.70 | \$644.09 | \$585.56 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$172.26 | \$156.65 | \$190.76 | \$173.43 |
| Cobertura G | \$500.01 | \$454.61 | \$556.49 | \$505.93 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$132.79 | \$120.76 | \$147.03 | \$133.69 |
| Cobertura N | \$400.24 | \$363.89 | \$445.40 | \$404.96 |

92 años

| Cobertura A | \$569.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$593.87 | \$539.92 | \$657.73 | \$598.01 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$175.92 | \$159.96 | \$194.81 | \$177.14 |
| Cobertura G | \$511.17 | \$464.72 | \$568.78 | \$517.12 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$135.60 | \$123.31 | \$150.15 | \$136.54 |
| Cobertura N | \$409.13 | \$371.98 | \$455.25 | \$413.91 |

93 años

| Cobertura A | \$569.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$606.18 | \$551.13 | \$671.39 | \$610.39 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$179.56 | \$163.27 | \$198.85 | \$180.80 |
| Cobertura G | \$522.29 | \$474.86 | \$581.13 | \$528.34 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$138.41 | \$125.86 | \$153.26 | \$139.36 |
| Cobertura N | \$418.03 | \$380.08 | \$465.14 | \$422.89 |

94 años

| Cobertura A | \$569.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$618.54 | \$562.34 | \$685.04 | \$622.81 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$183.20 | \$166.60 | \$202.90 | \$184.47 |
| Cobertura G | \$533.40 | \$484.97 | \$593.47 | \$539.56 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$141.21 | \$128.42 | \$156.38 | \$142.19 |
| Cobertura N | \$426.94 | \$388.18 | \$474.99 | \$431.85 |

95 años

| Cobertura A | \$569.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$630.86 | \$573.54 | \$698.71 | \$635.23 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$186.85 | \$169.90 | \$206.92 | \$188.13 |
| Cobertura G | \$544.56 | \$495.09 | \$605.79 | \$550.73 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$144.02 | \$130.96 | \$159.48 | \$145.01 |
| Cobertura N | \$435.85 | \$396.27 | \$484.85 | \$440.82 |

96 años

| Cobertura A | \$569.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$643.19 | \$584.75 | \$712.36 | \$647.64 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$190.49 | \$173.23 | \$210.95 | \$191.82 |
| Cobertura G | \$555.67 | \$505.18 | \$618.09 | \$561.95 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$146.82 | \$133.53 | \$162.58 | \$147.85 |
| Cobertura N | \$444.75 | \$404.37 | \$494.73 | \$449.78 |

97 años

| Cobertura A | \$569.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$655.50 | \$595.97 | \$726.03 | \$660.05 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$194.15 | \$176.53 | \$215.00 | \$195.48 |
| Cobertura G | \$566.81 | \$515.30 | \$630.43 | \$573.16 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$149.65 | \$136.07 | \$165.70 | \$150.67 |
| Cobertura N | \$453.66 | \$412.46 | \$504.58 | \$458.73 |

98 años

| Cobertura A | \$569.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$667.86 | \$607.18 | \$739.66 | \$672.48 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$197.80 | \$179.85 | \$219.03 | \$199.16 |
| Cobertura G | \$577.93 | \$525.42 | \$642.76 | \$584.34 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$152.45 | \$138.63 | \$168.81 | \$153.51 |
| Cobertura N | \$462.55 | \$420.56 | \$514.44 | \$467.73 |

99 años

| Cobertura A | \$569.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$680.17 | \$618.38 | \$753.33 | \$684.89 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$201.44 | \$183.16 | \$223.05 | \$202.82 |
| Cobertura G | \$589.04 | \$535.54 | \$655.08 | \$595.57 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$155.26 | \$141.18 | \$171.91 | \$156.32 |
| Cobertura N | \$471.45 | \$428.66 | \$524.31 | \$476.69 |

Más de 100 años

| Cobertura A | \$569.00 | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | MUJER | | HOMBRE | |
| | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco | Consumidor de tabaco | No consumidor de tabaco |
| Cobertura F | \$692.51 | \$629.59 | \$766.99 | \$697.30 |
| Cobertura F con deducible alto ¹ | \$205.09 | \$186.47 | \$227.10 | \$206.50 |
| Cobertura G | \$600.18 | \$545.66 | \$667.43 | \$606.78 |
| Cobertura G con deducible alto ¹ | \$158.07 | \$143.73 | \$175.03 | \$159.16 |
| Cobertura N | \$480.39 | \$436.73 | \$534.18 | \$485.66 |

Usted tiene la opción de adquirir cualquiera de las coberturas suplementarias de Medicare que se muestran en la portada como coberturas estándar, estas son las que no están sombreadas.

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.

DESCUENTOS PREMIUM

Puede haber descuentos en las primas del Seguro Suplementario de Medicare de 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. El descuento es del 10%.

Descuento Continue with BlueSM

Podría ser elegible para un descuento si solicitó cobertura de una póliza suplementaria de Medicare de BCBSTX emitida con una fecha de entrada en vigor a partir del 1.º de mayo de 2022 y de una cobertura de seguro de gastos médicos individual o grupal comercial de Blue Cross and Blue Shield, y esa cobertura estuvo dentro del año de la entrada en vigor de su póliza suplementaria de Medicare de BCBSTX. El descuento es del 7%.

Blue Family DiscountSM

Podría ser elegible para un descuento si solicitó cobertura de una póliza suplementaria de Medicare de BCBSTX emitida con una fecha de entrada en vigor a partir del 1.º de enero de 2020 y cumple con los criterios para el descuento por hogar con varios asegurados Y el descuento de Continue with Blue. El descuento es del 12%.

DIVULGACIONES

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

LEA SU PÓLIZA MUY ATENTAMENTE

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

Cobertura A

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

⁵ 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 |
|---|---|--|--------------------------------------|
| Hospitalización⁵ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros | | | |
| Primeros 60 días | Todo, excepto \$1,736 | \$0 | \$1,736 (Deducible de la Parte A) |
| Días 61 a 90 | Todo, excepto \$434 por día | \$434 por día | \$0 |
| A partir del día 91: | | | |
| - Mientras usa 60 días de reserva de por vida | Todo, excepto \$868 por día | \$868 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 ⁶ |
| 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 especializada⁵ 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 \$217 por día | \$0 | Hasta \$217 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 |

⁶ 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

⁷ Una vez que le hayan facturado \$283 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 \$283 de los montos aprobados por Medicare ⁷ | \$0 | \$0 | \$283 (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 \$283 de los montos aprobados por Medicare ⁷ | \$0 | \$0 | \$283 (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 \$283 de los montos aprobados por Medicare ⁷ | \$0 | \$0 | \$283 (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

⁵ 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 |
|---|---|--|------------------|
| Hospitalización⁵ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros | | | |
| Primeros 60 días | Todo, excepto \$1,736 | \$1,736 (Deducible de la Parte A) | \$0 |
| Días 61 a 90 | Todo, excepto \$434 por día | \$434 por día | \$0 |
| A partir del día 91: | | | |
| – Mientras usa 60 días de reserva de por vida | Todo, excepto \$868 por día | \$868 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 ⁶ |
| 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 especializada⁵ 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 \$217 por día | Hasta \$217 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 |

⁶ 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

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

⁷ Una vez que le hayan facturado \$283 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 \$283 de los montos aprobados por Medicare ⁷ | \$0 | \$283 (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 \$283 de los montos aprobados por Medicare ⁷ | \$0 | \$283 (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 \$283 de los montos aprobados por Medicare ⁷ | \$0 | \$283 (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 \$2,950 por año calendario. Los beneficios de la Cobertura F con deducible alto no comenzarán hasta que los gastos de bolsillo sean de \$2,950. 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.

⁵ 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 \$2,950 [†] , la Cobertura F paga | Además del deducible de \$2,950 [†] , usted paga |
|---|-----------------------------|--|---|
| Hospitalización⁵ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros | | | |
| Primeros 60 días | Todo, excepto \$1,736 | \$1,736 (Deducible de la Parte A) | \$0 |
| Días 61 a 90 | Todo, excepto \$434 por día | \$434 por día | \$0 |
| A partir del día 91: | | | |
| – Mientras usa 60 días de reserva de por vida | Todo, excepto \$868 por día | \$868 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 ⁶ |
| Después de los 365 días adicionales | \$0 | \$0 | Todos los gastos |
| Servicios | Medicare paga | Después de que usted paga el deducible de \$2,950 [†] , la Cobertura F paga | Además del deducible de \$2,950 [†] , usted paga |
| Atención en centros de enfermería especializada⁵ 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 \$217 por día | Hasta \$217 por día | \$0 |
| A partir del día 101 | \$0 | \$0 | Todos los gastos |

⁶ 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 \$2,950 [†] , la Cobertura F paga | Además del deducible de \$2,950 [†] , 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 |

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

⁷ Una vez que le hayan facturado \$283 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 \$2,950 [†] , la Cobertura F paga | Además del deducible de \$2,950 [†] , 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 \$283 de los montos aprobados por Medicare ⁷ | \$0 | \$283 (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 \$283 de los montos aprobados por Medicare ⁷ | \$0 | \$283 (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 |

Cobertura F con deducible alto

| MEDICARE (PARTES A Y B) | | | |
|---|---------------|--|---|
| Servicios | Medicare paga | Después de que usted paga el deducible de \$2,950 [†] , la Cobertura F paga | Además del deducible de \$2,950 [†] , 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 \$283 de los montos aprobados por Medicare ⁷ | \$0 | \$283 (Deducible de la Parte B) | \$0 |
| - Resto de los montos aprobados por Medicare | 80% | 20% | \$0 |
| OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE | | | |
| 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

⁵ 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 |
|---|-----------------------------|--|------------------|
| Hospitalización⁵ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros | | | |
| Primeros 60 días | Todo, excepto \$1,736 | \$1,736 (Deducible de la Parte A) | \$0 |
| Días 61 a 90 | Todo, excepto \$434 por día | \$434 por día | \$0 |
| A partir del día 91: | | | |
| – Mientras usa 60 días de reserva de por vida | Todo, excepto \$868 por día | \$868 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 ⁶ |
| 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 especializada⁵ 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 \$217 por día | Hasta \$217 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 |

⁶ 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

| Servicios | Medicare paga | La Cobertura G 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

⁷ Una vez que le hayan facturado \$283 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 \$283 de los montos aprobados por Medicare ⁷ | \$0 | \$0 | \$283 (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 |
| Siguiendo \$283 de los montos aprobados por Medicare ⁷ | \$0 | \$0 | \$283 (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 \$283 de los montos aprobados por Medicare ⁷ | \$0 | \$0 | \$283 (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 \$2,950 por año calendario. Los beneficios de la Cobertura G con deducible alto no comenzarán hasta que los gastos de bolsillo sean de \$2,950. 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.

⁵ 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 \$2,950 [‡] , la Cobertura G paga | Además del deducible de \$2,950 [‡] , usted paga |
|---|-----------------------------|--|---|
| Hospitalización⁵ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros | | | |
| Primeros 60 días | Todo, excepto \$1,736 | \$1,736 (Deducible de la Parte A) | \$0 |
| Días 61 a 90 | Todo, excepto \$434 por día | \$434 por día | \$0 |
| A partir del día 91: | | | |
| – Mientras usa 60 días de reserva de por vida | Todo, excepto \$868 por día | \$868 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 ⁶ |
| Después de los 365 días adicionales | \$0 | \$0 | Todos los gastos |
| Atención en centros de enfermería especializada⁵ 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 \$217 por día | Hasta \$217 por día | \$0 |
| A partir del día 101 | \$0 | \$0 | Todos los gastos |

⁶ 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 \$2,950 ⁷ , la Cobertura G paga | Además del deducible de \$2,950 ⁷ , 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 |

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

⁷ Una vez que le hayan facturado \$283 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 \$2,950 ⁷ , la Cobertura G paga | Además del deducible de \$2,950 ⁷ , 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 \$283 de los montos aprobados por Medicare ⁷ | \$0 | \$0 | \$283 (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 \$283 de los montos aprobados por Medicare ⁷ | \$0 | \$0 | \$283 (Deducible de la Parte B) |
| Resto de los montos aprobados por Medicare | 80% | 20% | \$0 |

Cobertura G con deducible alto

| Servicios | Medicare paga | Después de que usted paga el deducible de \$2,950 [‡] , la Cobertura G paga | Además del deducible de \$2,950 [‡] , usted paga |
|---|---------------|--|---|
| 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 \$2,950 [‡] , la Cobertura G paga | Además del deducible de \$2,950 [‡] , usted paga |
| Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios | 100% | \$0 | \$0 |
| Equipo médico duradero | | | |
| – Primeros \$283 de los montos aprobados por Medicare ⁷ | \$0 | \$0 | \$283 (Deducible de la Parte B) |
| – Resto de los montos aprobados por Medicare | 80% | 20% | \$0 |
| OTROS BENEFICIOS SIN COBERTURA DE MEDICARE | | | |
| 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

⁵ 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 |
|---|---|--|------------------|
| Hospitalización⁵ Habitación semiprivada y comidas, servicios de enfermería general, y otros servicios y suministros | | | |
| Primeros 60 días | Todo, excepto \$1,736 | \$1,736 (Deducible de la Parte A) | \$0 |
| Días 61 a 90 | Todo, excepto \$434 por día | \$434 por día | \$0 |
| A partir del día 91: | | | |
| - Mientras usa 60 días de reserva de por vida | Todo, excepto \$868 por día | \$868 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 ⁶ |
| 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 especializada⁵ 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 \$217 por día | Hasta \$217 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 |

⁶ 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

MEDICARE (PARTE B), SERVICIOS MÉDICOS POR AÑO CALENDARIO

⁷ Una vez que le hayan facturado \$283 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 \$283 de los montos aprobados por Medicare ⁷ | \$0 | \$0 | \$283 (Deducible de la Parte B) |
| Resto de los montos aprobados por Medicare | Generalmente, el 80% | Saldo, además de hasta \$20 por consulta presencial y hasta \$50 por acudir a salas de emergencias. No se aplica el copago de hasta \$50 si el asegurado es ingresado a cualquier hospital y la consulta de emergencia tiene cobertura como gasto de la Parte A de Medicare. | Hasta \$20 por consulta presencial y hasta \$50 por consulta médica en salas de emergencias. No se aplica el copago de hasta \$50 si el asegurado es ingresado a cualquier hospital y la consulta de emergencia tiene cobertura como gasto de la Parte A de Medicare. |
| Cargos en exceso de la Parte B (que superan los montos aprobados por Medicare) | \$0 | \$0 | Todos los gastos |
| Sangre | | | |
| Primeras 3 pintas | \$0 | Todos los gastos | \$0 |
| Siguientes \$283 de los montos aprobados por Medicare ⁷ | \$0 | \$0 | \$283 (Deducible de la Parte B) |
| Resto de los montos aprobados por Medicare | 80% | 20% | \$0 |
| Servicios clínicos de laboratorio: Pruebas para servicios de diagnóstico | 100% | \$0 | \$0 |

Cobertura N

MEDICARE (PARTES A Y B)

| Servicios | Medicare paga | La Cobertura N paga | Usted paga |
|--|---------------|---------------------|---------------------------------|
| Servicios de atención médica en el hogar aprobados por Medicare | | | |
| Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios | 100% | \$0 | \$0 |
| Equipo médico duradero | | | |
| - Primeros \$283 de los montos aprobados por Medicare ⁷ | \$0 | \$0 | \$283 (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.