



## ESQUEMA DE LA COBERTURA SUPLEMENTARIA DE MEDICARE

### TABLA DE BENEFICIOS DE LOS PLANES SUPLEMENTARIOS DE MEDICARE VENDIDOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2020

Esta tabla muestra los beneficios que se incluyen en cada uno de los planes estándar suplementarios de Medicare. Algunos planes pueden no estar disponibles. Sólo los solicitantes que cumplan por primera vez los requisitos de Medicare antes de 2020 podrán adquirir los planes C, F y F de deducible alto.

AVISO: Un ✓ SIGNIFICA QUE SE PAGA EL 100 % DE LOS BENEFICIOS.

Beneficios	Planes disponibles para todos los solicitantes								Sólo para los que cumplan con los requisitos de Medicare antes de 2020	
	A	B <sup>†</sup>	D	G <sup>1**</sup>	K	L	M	N <sup>†</sup>	C	F <sup>1Δ</sup>
Coaseguro de la Parte A de Medicare y cobertura hospitalaria (hasta 365 días adicionales después de agotar los beneficios de Medicare)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Coaseguro o copago de la Parte B de Medicare	✓	✓	✓	✓	50 %	75 %	✓	Se aplican copagos <sup>3</sup>	✓	✓
Sangre (las primeras tres pintas)	✓	✓	✓	✓	50 %	75 %	✓	✓	✓	✓
Coaseguro o copago por cuidados de hospicio de la Parte A	✓	✓	✓	✓	50 %	75 %	✓	✓	✓	✓
Coaseguro del centro de enfermería especializada			✓	✓	50 %	75 %	✓	✓	✓	✓
Deducible de la Parte A de Medicare		✓	✓	✓	50 %	75 %	50 %	✓	✓	✓
Deducible de la Parte B de Medicare									✓	✓
Cargos en exceso de la parte B de Medicare				✓					✓	✓
Emergencia de viaje al extranjero (hasta los límites del plan)			✓	✓			✓	✓	✓	✓
Límite de gastos de bolsillo en 2024 <sup>2</sup>					\$7,060 <sup>2</sup>	\$3,530 <sup>2</sup>				

<sup>1</sup> Los planes F y G también tienen una opción de deducible alto que requiere pagar primero un deducible de \$2,800 dólares antes de que el plan comience a pagar. Una vez pagado el deducible del plan, éste paga el 100 % de los servicios cubiertos durante el resto del año calendario. El plan G con deducible alto no cubre el deducible de la Parte B de Medicare. Sin embargo, los Planes F y G de deducible alto toman en cuenta su pago del deducible de la Parte B de Medicare para satisfacer el deducible del plan.

<sup>2</sup> Los planes K y L pagan el 100 % de los servicios cubiertos por el resto del año calendario una vez que se alcance el límite anual de gastos del bolsillo.

<sup>3</sup> El Plan N paga el 100 % del coaseguro de la Parte B, excepto un copago de hasta \$20 por algunas visitas al consultorio y un copago de hasta \$50 por visitas a la sala de emergencias que no resulten en una hospitalización.

<sup>†</sup> Si elige el Plan B, F, G, N de BlueChoice 65 SELECT o Plan G de BlueChoice 65 SELECT PLUS, debe usar un hospital de la red para los servicios de hospitalización. No se proporcionará beneficios de la póliza para los servicios de hospitalización en un hospital que no pertenece a la red, excepto para los tratamientos de urgencia.

<sup>Δ</sup> Los planes F y F SELECT no están disponibles para quienes adquieran la condición de beneficiarios de Medicare a partir del 1/1/2020.

<sup>‡</sup> El Plan Plus G y el Plan Select Plus G incluyen servicios odontológicos. La red Advantage Plus es administrada por United Concordia Companies, Inc. United Concordia es una compañía independiente que administra los beneficios odontológicos en nombre de los miembros de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

## Información sobre la Prima

En Blue Cross and Blue Shield of Louisiana podemos aumentarle la prima únicamente si aumentamos la prima de todas las pólizas iguales a la suya en este estado. Su prima cambiará a medida que alcance un nuevo grupo de edad o se mude a un área nueva. Nuestros grupos de edades y las áreas están definidos en la tabla a continuación. Las primas pueden ser pagadas mensual, trimestral, semestral o anualmente. Las primas mensuales se muestran a continuación.

### Primas mensuales Efectivas al 1 de mayo de 2024

#### Área I

(todas las parroquias del estado, excepto las parroquias del Área II enumeradas abajo)

Edad	BC 65 Plan A	BC 65 Plan B	BC 65 SELECT Plan B	BC 65 Plan F	BC 65 SELECT Plan F	BC 65 Plan G	BC 65 SELECT Plan G	BC 65 PLUS Plan G	BC 65 SELECT PLUS Plan G	BC 65 Plan N	BC 65 SELECT Plan N
Menos de 65	374.50	530.20	375.70	1,187.20	476.70	772.70	379.90	795.70	402.90	362.70	257.50
65	130.30	185.70	128.00	218.70	162.60	140.70	104.70	163.70	127.70	106.20	79.10
66- 68	141.10	201.90	138.80	237.70	177.00	153.00	113.80	176.00	136.80	115.50	86.00
69- 71	152.90	220.20	151.40	259.20	193.20	166.80	124.20	189.80	147.20	125.90	94.00
72- 74	161.80	233.70	160.70	275.30	205.30	177.20	132.10	200.20	155.10	133.70	99.80
75- 77	171.90	250.00	172.20	296.00	220.80	190.50	141.90	213.50	164.90	144.10	107.30
78- 80	179.20	261.60	179.80	309.80	230.50	199.40	148.40	222.40	171.40	150.80	112.10
81+	186.80	272.90	187.50	322.80	237.20	207.70	152.60	230.70	175.60	157.10	115.20

#### Área II

(Parroquias de Orleans, Jefferson, Plaquemines, St. Bernard, St. Charles, St. Tammany y Washington)

Edad	BC 65 Plan A	BC 65 Plan B	BC 65 SELECT Plan B	BC 65 Plan F	BC 65 SELECT Plan F	BC 65 Plan G	BC 65 SELECT Plan G	BC 65 PLUS PLAN G	BC 65 SELECT PLUS Plan G	BC 65 Plan N	BC 65 SELECT Plan N
Menos de 65	432.70	612.60	433.90	1,371.80	550.90	893.00	438.70	916.00	461.70	419.30	297.50
65	150.70	214.80	147.60	252.60	188.10	162.50	120.90	185.50	143.90	122.70	91.50
66- 68	162.90	233.30	160.60	274.80	204.40	176.70	131.50	199.70	154.50	133.60	99.30
69- 71	176.60	254.00	174.80	299.70	223.20	192.70	143.60	215.70	166.60	145.60	108.50
72-74	186.90	269.60	185.70	317.90	237.20	204.40	152.60	227.40	175.60	154.50	115.20
75- 77	198.30	289.30	199.20	341.60	255.00	219.80	164.00	242.80	187.00	166.10	123.80
78- 80	207.10	301.90	207.70	357.60	266.10	230.10	171.10	253.10	194.10	174.00	129.20
81+	215.40	315.10	216.60	373.60	273.60	240.20	176.20	263.20	199.20	181.70	133.20

**BlueChoice 65, BlueChoice 65 SELECT, BlueChoice 65 PLUS and BlueChoice 65 SELECT PLUS** no están relacionados con o son respaldados por el gobierno de los EE. UU. o el programa federal de Medicare.

## **DIVULGACIONES**

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

Este esquema muestra los beneficios y las primas de las pólizas que son vendidas con fechas efectivas el o después del 1 de junio de 2010.

### **Lea su póliza bien cuidadosamente**

Este es solo un resumen que describe las características principales de su póliza. La póliza es su contrato de seguros. Usted debe leer la póliza para entender todos los derechos y responsabilidades tanto suyos como de la compañía de seguros.

### **Derecho de devolver la póliza**

Si usted no está satisfecho con su póliza, usted puede devolverla a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana junto con una solicitud de cancelación por escrito. (Atención a: Individual Membership and Billing, P.O. Box 98029, Baton Rouge, LA 70898-9029). Si usted nos devuelve la póliza dentro de los 30 días luego de haberla recibido, trataremos la póliza como si nunca se hubiese emitido y le devolveremos todos sus pagos. Si tiene preguntas, puede llamar a nuestro Departamento de Atención al Cliente al **1-800-258-3365** entre las 8 a.m. y 4 p.m.

### **Reemplazo de póliza**

Si usted está reemplazando otra póliza de seguro de salud, NO la cancele hasta que usted haya recibido su nueva póliza y esté seguro de que quiere conservarla.

### **Aviso**

Esta póliza puede que no cubra por completo todos sus costos médicos. Ni Blue Cross and Blue Shield of Louisiana ni sus agentes están relacionados con Medicare.

Este esquema de cobertura no brinda todos los detalles de la cobertura de Medicare. Comuníquese con su oficina del Seguro Social local, consulte el *"Manual de Medicare y Usted"*, o visite el sitio web **es.medicare.gov** para más detalles.

### **Las respuestas completas son bien importantes**

Cuando llene la solicitud para la nueva póliza, asegúrese de contestar de manera veraz y completa todas las preguntas sobre su historial médico y de salud. La compañía podría cancelar su póliza y rehusarse a pagar cualquier reclamación si usted omite o falsifica información médica importante.

Revise la solicitud cuidadosamente antes de firmarla. Asegúrese de que toda la información haya sido registrada correctamente.

## **DIVULGACIONES ADICIONALES DE MEDICARE SELECT Y MEDICARE SELECT PLUS**

Los planes de Medicare SELECT que BCBSLA actualmente ofrece son los planes B, F, G y N.

Los planes de Medicare SELECT PLUS que BCBSLA actualmente ofrece son los planes G.

### **Conozca acerca de Medicare SELECT**

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana Blue Choice (BC) 65 incluye los planes SELECT y SELECT PLUS que ofrecerán una cobertura comparable a los planes Suplementarios de Medicare de BCBSLA actuales, con una prima competitiva para los servicios recibidos dentro de la red.

### **Disposiciones de Red Restringida**

Parte A: El pago de los beneficios de la Parte A (Hospital) puede ser denegado si recibe servicios en un hospital que no es un hospital de la red.

Parte B: El pago de los beneficios de la Parte B (pacientes ambulatorios) no está sujeto a ninguna restricción de la red y se pagará de acuerdo con los términos de un plan de seguro Suplementario de Medicare estándar.

### **Disponibilidad de Atención de Emergencia**

Los beneficios para situaciones de emergencia están disponibles en cualquier proveedor bajo los mismos términos que si la atención se recibiera de un proveedor de la red BC65 SELECT, si razonablemente no se pudieran obtener dichos servicios de un Proveedor de la Red.

Una enfermedad de emergencia o que amenaza la vida se define como la aparición repentina de una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de tanta gravedad que la ausencia de atención médica inmediata pudiera razonablemente resultar en: (1) poner en peligro permanentemente la salud del paciente; (2) el deterioro grave de las funciones corporales; o (3) disfunción grave y permanente de cualquier órgano o parte del cuerpo, u otras consecuencias médicas graves; o (4) la probabilidad de muerte.

### **Referidos**

No hay restricciones en los referidos a otros hospitales para pacientes ingresados si el referido es de parte de un hospital de la Red y ese referido es aprobado por nosotros por adelantado. Además, no hay restricciones en referidos para proveedores ambulatorios, independientemente de si ese proveedor está en el área de servicio.

### **Disponibilidad de otros Planes Suplementarios de Medicare**

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana planes estándar suplementarios de Medicare. Cualquiera de estos planes están disponible para la compra ahora o en cualquier momento en que desee cambiar a un plan Medicare SELECT o SELECT PLUS. Usted también tiene el derecho de cambiar a cualquier póliza Suplementaria de Medicare que tengamos disponible con beneficios comparables o menores si se suspende el programa Medicare SELECT o SELECT PLUS, o si se muda fuera del área de servicio y su nueva residencia no se encuentra a una distancia razonable de un Hospital de la Red.

### **Garantía de Calidad**

Cada hospital de la red dentro del área de servicio tiene una licencia estatal apropiada y está certificado por Medicare. Todos los hospitales dentro de la red tienen una combinación adecuada de especialidades médicas para los servicios cubiertos provistos por el hospital. Al usar un Hospital de la Red, tiene la garantía de que la atención que recibe cumple o supera los estándares de calidad aceptables para la industria hospitalaria.

## **PROCEDIMIENTO DE QUEJAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES**

Nos interesa saber cuándo no está satisfecho con la atención y los servicios que recibe de Nosotros, o de uno de Nuestros proveedores. Si usted quiere registrar una queja o presentar un reclamo formal por escrito acerca de nosotros o de un proveedor, por favor, refiérase a los procedimientos a continuación.

Usted puede estar disconforme con las decisiones que tomemos respecto de los servicios cubiertos. Consideramos que un apelación por escrito como la solicitud del afiliado de modificar la denegación de una reclamación.

### **A. Procedimientos de Reclamos y Quejas**

Una preocupación por la calidad del servicio se refiere a Nuestros servicios, acceso, disponibilidad o actitud, o los de Nuestros proveedores. Una preocupación por la calidad de la atención se refiere a la idoneidad de la atención que se le brinda a Usted.

#### **1. Para registrar una queja**

Una queja es una expresión verbal de insatisfacción con nuestros servicios o con los del proveedor. Llame a nuestro departamento de atención al cliente al 1-800-258-3365 para registrar una queja. Trataremos de resolver Su queja durante la llamada.

#### **2. Para presentar una queja formal**

Una queja formal es una expresión por escrito de insatisfacción con Nosotros o con los servicios del proveedor. Si Usted considera que Su queja no se ha resuelto adecuadamente o si desea presentar una queja formal, deberá hacérselo llegar por escrito dentro de los 180 días del evento que llevó a la insatisfacción. Para recibir asistencia, puede llamar a Nuestro departamento de atención al cliente.

Envíe Su queja por escrito a:

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana  
Appeals and Grievance Unit  
P. O. Box 98045  
Baton Rouge, LA 70898-9045

Recibirá una respuesta por correo dentro de los treinta (30) días hábiles después de que hayamos recibido Su Queja por escrito.

### **B. Procedimientos de Apelaciones**

El procedimiento de apelaciones cuenta con dos (2) niveles administrativos internos que incluyen una revisión en el segundo nivel por un comité.

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda, puede llamar a Nuestro departamento de atención al cliente.

**No se considerarán solicitudes múltiples para Apelar la misma reclamación, el mismo servicio, el mismo problema, o la misma fecha de servicio, en ningún nivel de revisión.**

Tiene derecho a designar un representante autorizado para que lo represente con Su apelación. Un representante autorizado es una persona a la cual Usted le ha otorgado un consentimiento escrito para que le represente ante una revisión de una denegación. El representante autorizado puede ser el proveedor que le atiende, si Usted lo designa por escrito.

Le exhortamos a que nos provea toda la información que tenga disponible para así ayudarnos a evaluar de manera completa su apelación, tal como comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con la denegación.

Le proporcionaremos, por previa solicitud y sin cargo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante a la denegación.

Las apelaciones administrativas envuelven problemas contractuales y generalmente son presentadas por Usted, su representante autorizado o un proveedor autorizado para actuar en Su nombre.

Las apelaciones deben enviarse por escrito a:

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana  
Appeals and Grievance Unit  
P.O. Box 98045  
Baton Rouge, LA 70898-9045

## **1. Apelación de primer nivel**

Si no está satisfecho con Nuestra decisión, debe someter su solicitud de Apelación por escrito dentro de los ciento ochenta (180) días de Nuestra denegación inicial. No se tendrán en cuenta las solicitudes que recibamos una vez transcurridos los ciento ochenta (180) días posteriores a nuestra denegación inicial.

La apelación será revisada por personas que no estuvieron involucradas en las decisiones anteriores tomadas con respecto a la denegación inicial. Si se revoca la apelación, volveremos a procesar su reclamación. Si se confirma la apelación, le informaremos sobre el derecho de comenzar el proceso de Apelación en el segundo nivel.

La decisión de la apelación será enviada por correo dentro de treinta (30) días a usted, su representante autorizado o el proveedor autorizado a actuar en su representación, a menos que mutuamente acordemos que se justifica una prórroga.

## **2. Apelaciones de segundo nivel**

Después de revisar Nuestra decisión de apelación de segundo nivel, si aún no está satisfecho, debe enviar una solicitud de Apelación por escrito dentro de los sesenta (60) días de nuestra decisión de Apelación de primer nivel. No se tendrán en cuenta las solicitudes que recibamos una vez transcurridos los sesenta (60) días posteriores a Nuestra decisión sobre la apelación de primer nivel.

Un Comité de Apelaciones de personas que no hayan participado de ninguna decisión previa sobre la denegación inicial tendrá a cargo la revisión de las Apelaciones de segundo nivel. La decisión del Comité es final y vinculante.

La decisión del comité se enviará por correo a Usted, a Su representante autorizado o a un Proveedor autorizado para actuar en su nombre, dentro de los cinco (5) días posteriores a la reunión del Comité.

## BLUECHOICE 65 PLAN A

### Medicare (Parte A) — Servicios hospitalarios — Por período de beneficios

**\*Un período de beneficios empieza el primer día en el que usted recibe servicios como paciente internado en un hospital, y termina después de que usted haya salido del hospital y no haya recibido atención especializada en ningún otro centro durante 60 días consecutivos.**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y comidas, enfermería general y servicios diversos y suministros</p> <p>Días 1-60:</p> <p>Días 61-90:</p> <p>Días 91 y más allá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Mientras agota los 60 días de reserva de por vida</li> <li>— Una vez se agoten, los días de reserva de por vida son usados:</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 365 días adicionales</li> <li>• Más allá de los 365 días adicionales</li> </ul>	<p>Todo excepto \$1,632</p> <p>Todo excepto \$408 al día</p> <p>Todo excepto \$816 al día</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$408 al día</p> <p>\$816 al día</p> <p>100 % de los gastos elegibles de Medicare \$0</p>	<p>\$1,632 (Deducible de la Parte A)</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0**</p> <p>Todos los costos</p>
<p><b>ATENCIÓN EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado al menos tres días e ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días de haber salido del hospital.</p> <p>Días 1-20:</p> <p>Días 21-100:</p> <p>Días 101 y más allá:</p>	<p>Todos los montos aprobados</p> <p>Todo excepto \$204 al día</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$204 al día</p> <p>Todos los costos</p>
<p><b>SANGRE</b> Las primeras tres pintas Cantidades adicionales</p>	<p>\$0</p> <p>100 %</p>	<p>3 pintas</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p><b>CUIDADO DE HOSPICIO</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo la certificación de un médico de enfermedad terminal.</p>	<p>Todo excepto un copago/coaseguro bien limitado para medicamentos ambulatorios y cuidado de relevo para pacientes hospitalizados</p>	<p>Copago/coaseguro de Medicare</p>	<p>\$0</p>

**\*\*AVISO:** Cuando sus beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare se agotan, la aseguradora tomará el lugar de Medicare y pagará cualquier monto que Medicare hubiese pagado, hasta un máximo de 365 días adicionales según disponen los "Beneficios Principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle a usted el balance de cualquier diferencia entre los cargos facturados del hospital y el monto que Medicare hubiese pagado.



**BLUECHOICE 65 PLAN A (continuación)**  
**Medicare (Parte B) – Servicios médicos – Por año calendario**

\*Una vez que a usted le hayan facturado \$240 en montos aprobados por Medicare para servicios cubiertos (los cuales se identifican con un asterisco), usted habrá cumplido con su deducible de la Parte B para el año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS – DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> (tales como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero)  Los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare* resto de los importes aprobados por Medicare	\$0  Generalmente 80 %	\$0  Generalmente 20 %	\$240 (Deducible de la Parte B) \$0
Cargos en exceso de la Parte B (Por encima de los costos aprobados por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b> Las primeras tres pintas Los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare* resto de los importes aprobados por Medicare	\$0 \$0 80 %	Todos los costos \$0 20 %	\$0 \$240 (Deducible de la Parte B) \$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICOS – PRUEBAS PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS</b>	100 %	\$0	\$0

**Partes A y B de Medicare**

<b>ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO</b> SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE – Servicios de atención especializada médicamente necesaria y suministros – Equipo médico duradero	100 %	\$0	\$0
Los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare* Los montos restantes aprobados por Medicare	\$0 80 %	\$0 20 %	\$240 (Deducible de la Parte B) \$0

**BLUECHOICE 65 PLAN B & BLUECHOICE 65 SELECT PLAN B**  
**Medicare (Parte A) — Servicios hospitalarios — Por período de beneficios**

\*Un período de beneficios empieza el primer día en el que usted recibe servicios como paciente internado en un hospital, y termina después de que usted haya salido del hospital y no haya recibido atención especializada en ningún otro centro durante 60 días consecutivos.

\*\*Si escoge el BlueChoice 65 SELECT Plan B, usted debe utilizar un hospital de la red para estos beneficios. Estos beneficios no serán provistos si usted es hospitalizado en un hospital fuera de la red, a menos que la hospitalización sea para tratamiento de emergencia según se describe en la póliza.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>HOSPITALIZACIÓN*</b>                      Habitación semiprivada y comidas, enfermería general y servicios diversos y suministros</p> <p>Días 1-60:</p> <p>Días 61-90:</p> <p>Días 91 y más allá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Mientras agota los 60 días de reserva de por vida</li> <li>— Una vez se agoten los días de reserva de por vida:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 365 días adicionales</li> <li>• Más allá de los 365 días adicionales</li> </ul> </li> </ul>	<p>Todo excepto \$1,632</p> <p>Todo excepto \$408 al día</p> <p>Todo excepto \$816 al día</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>\$1,632 (Deducible de la Parte A)</p> <p>\$408 al día**</p> <p>\$816 al día**</p> <p>100 % de los gastos elegibles de Medicare</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0**</p> <p>Todos los costos</p>
<p><b>ATENCIÓN EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b>                      Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado al menos tres días e ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días de haber salido del hospital.</p> <p>Días 1-20:</p> <p>Días 21-100:</p> <p>Días 101 y más allá:</p>	<p>Todos los montos aprobados</p> <p>Todo excepto \$204 al día</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$204 al día</p> <p>Todos los costos</p>
<p><b>SANGRE</b>                      Las primeras tres pintas                      Cantidades adicionales</p>	<p>\$0</p> <p>100 %</p>	<p>3 pintas</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p><b>CUIDADO DE HOSPICIO</b>                      Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo la certificación de un médico de enfermedad terminal.</p>	<p>Todo excepto un copago/coaseguro bien limitado para medicamentos ambulatorios y cuidado de relevo para pacientes hospitalizados</p>	<p>Copago/coaseguro de Medicare</p>	<p>\$0</p>

\*\*\* AVISO: Cuando sus beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare se agotan, la aseguradora tomará el lugar de Medicare y pagará cualquier monto que Medicare hubiese pagado, hasta un máximo de 365 días adicionales según disponen los "Beneficios Principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle a usted el balance de cualquier diferencia entre los cargos facturados del hospital y el monto que Medicare hubiese pagado.

**BLUECHOICE 65 PLAN B & BLUECHOICE 65 SELECT PLAN B (continuación)**  
**Medicare (Parte B) – Servicios médicos – Por año calendario**

\*Una vez que a usted le hayan facturado \$240 en montos aprobados por Medicare para servicios cubiertos (los cuales se identifican con un asterisco), usted habrá cumplido con su deducible de la Parte B para el año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS – DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> (tales como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero)  Los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare* resto de los importes aprobados por Medicare	\$0  Generalmente 80 %	\$0  Generalmente 20 %	\$240 (Deducible de la Parte B) \$0
Cargos en exceso de la Parte B (Por encima de los costos aprobados por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b> Las primeras tres pintas Los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare* resto de los importes aprobados por Medicare	\$0 \$0 80 %	Todos los costos \$0 20 %	\$0 \$240 (Deducible de la Parte B) \$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICOS – PRUEBAS PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS</b>	100 %	\$0	\$0

**Partes A y B de Medicare**

<b>ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO</b> <b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b> – Servicios de atención especializada médicamente necesaria y suministros – Equipo médico duradero Los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare* Los montos restantes aprobados por Medicare	100 %  \$0 80 %	\$0  \$0 20 %	\$0  \$240 (Deducible de la Parte B) \$0
---	--------------------------	------------------------	---

**BLUECHOICE 65 PLAN F & BLUECHOICE 65-SELECT PLAN F<sup>Δ</sup>**  
**Medicare (Parte A) — Servicios hospitalarios — Por período de beneficios**

\*Un período de beneficios empieza el primer día en el que usted recibe servicios como paciente internado en un hospital, y termina después de que usted haya salido del hospital y no haya recibido atención especializada en ningún otro centro durante 60 días consecutivos.

\*\*Si escoge el BlueChoice 65 SELECT Plan F, usted debe utilizar un hospital de la red para estos beneficios. Estos beneficios no serán provistos si usted es hospitalizado en un hospital fuera de la red, a menos que la hospitalización sea para tratamiento de emergencia según se describe en la póliza.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>HOSPITALIZACIÓN*</b>  Habitación semiprivada y comidas, enfermería general y servicios diversos y suministros</p> <p>Días 1-60:</p> <p>Días 61-90:</p> <p>Días 91 y más allá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Mientras agota los 60 días de reserva de por vida</li> <li>— Una vez se agoten los días de reserva de por vida: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 365 días adicionales</li> <li>• Más allá de los 365 días adicionales</li> </ul> </li> </ul>	<p>Todo excepto \$1,632</p> <p>Todo excepto \$408 al día</p> <p>Todo excepto \$816 al día</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>\$1,632 (Deducible de la Parte A)</p> <p>\$408 al día**</p> <p>\$816 al día**</p> <p>100 % de los gastos elegibles de Medicare</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0***</p> <p>Todos los costos</p>
<p><b>ATENCIÓN EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b>  Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado al menos tres días e ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días de haber salido del hospital.</p> <p>Días 1-20:</p> <p>Días 21-100:</p> <p>Días 101 y más allá:</p>	<p>Todos los montos aprobados</p> <p>Todo excepto \$204 al día</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$204 al día</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>Todos los costos</p>
<p><b>SANGRE</b>  Las primeras tres pintas  Cantidades adicionales</p>	<p>\$0</p> <p>100 %</p>	<p>3 pintas</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p><b>CUIDADO DE HOSPICIO</b>  Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo la certificación de un médico de enfermedad terminal.</p>	<p>Todo excepto un copago/coaseguro bien limitado para medicamentos ambulatorios y cuidado de relevo para pacientes hospitalizados</p>	<p>Copago/coaseguro de Medicare</p>	<p>\$0</p>

\*\*\* AVISO: Cuando sus beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare se agotan, la aseguradora tomará el lugar de Medicare y pagará cualquier monto que Medicare hubiese pagado, hasta un máximo de 365 días adicionales según disponen los "Beneficios Principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle a usted el balance de cualquier diferencia entre los cargos facturados del hospital y el monto que Medicare hubiese pagado.

ΔLos planes F y F SELECT no están disponibles para quienes adquieran la condición de beneficiarios de Medicare a partir del 1/1/2020.

**BLUECHOICE 65 PLAN F & BLUECHOICE 65 SELECT PLAN F<sup>Δ</sup> (continuación)**  
**Medicare (Parte B) – Servicios médicos – Por año calendario**

\*Una vez que a usted le hayan facturado \$240 en montos aprobados por Medicare para servicios cubiertos (los cuales se identifican con un asterisco), usted habrá cumplido con su deducible de la Parte B para el año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS – DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> (tales como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero) Los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare* resto de los importes aprobados por Medicare	\$0 Generalmente 80 %	\$240 (Deducible de la Parte B) Generalmente 20 %	\$0 \$0
Cargos en exceso de la Parte B (Por encima de los costos aprobados por Medicare)	\$0	100 %	\$0
<b>SANGRE</b> Las primeras tres pintas Los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare* resto de los importes aprobados por Medicare	\$0 \$0 80 %	Todos los costos \$240 (Deducible de la Parte B) 20 %	\$0 \$0 \$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICOS – PRUEBAS PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS</b>	100 %	\$0	\$0

**Partes A y B de Medicare**

<b>ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO</b> SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE – Servicios de atención especializada médicamente necesaria y suministros – Equipo médico duradero	100 %	\$0	\$0
Los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare* Los montos restantes aprobados por Medicare	\$0 80 %	\$240 (Deducible de la Parte B) 20 %	\$0 \$0

**Otros beneficios - No cubiertos por Medicare**

<b>VIAJES AL EXTRANJERO – NO CUBIERTO POR MEDICARE</b> Servicios de atención de emergencia médicamente necesarios, empezando durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU. Los primeros \$250 de cada año calendario Los cargos restantes	\$0 \$0	\$0 80 % hasta un beneficio máximo de por vida de \$50,000	\$250 20 % y montos en exceso del máximo de por vida de \$50,000
--	------------	---	---

<sup>Δ</sup>Los planes F y F SELECT no están disponibles para quienes adquieran la condición de beneficiarios de Medicare a partir del 1/1/2020.

**BLUECHOICE 65 PLAN G & BLUECHOICE 65-SELECT PLAN G  
Medicare (Parte A) — Servicios hospitalarios — Por período de beneficios**

\*Un período de beneficios empieza el primer día en el que usted recibe servicios como paciente internado en un hospital, y termina después de que usted haya salido del hospital y no haya recibido atención especializada en ningún otro centro durante 60 días consecutivos.

\*\*Si escoge el BlueChoice 65 SELECT Plan G, usted debe utilizar un hospital de la red para estos beneficios. Estos beneficios no serán provistos si usted es hospitalizado en un hospital fuera de la red, a menos que la hospitalización sea para tratamiento de emergencia según se describe en la póliza.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y comidas, enfermería general y servicios diversos y suministros</p> <p>Días 1-60:</p> <p>Días 61-90:</p> <p>Días 91 y más allá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Mientras agota los 60 días de reserva de por vida</li> <li>— Una vez se agoten los días de reserva de por vida:</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 365 días adicionales</li> <li>• Más allá de los 365 días adicionales</li> </ul>	<p>Todo excepto \$1,632</p> <p>Todo excepto \$408 al día</p> <p>Todo excepto \$816 al día</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>\$1,632 (Deducible de la Parte A)</p> <p>\$408 al día**</p> <p>\$816 al día**</p> <p>100 % de los gastos elegibles de Medicare</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0***</p> <p>Todos los costos</p>
<p><b>ATENCIÓN EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado al menos tres días e ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días de haber salido del hospital.</p> <p>Días 1-20:</p> <p>Días 21-100:</p> <p>Días 101 y más allá:</p>	<p>Todos los montos aprobados</p> <p>Todo excepto \$204 al día</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$204 al día</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>Todos los costos</p>
<p><b>SANGRE</b> Las primeras tres pintas Cantidades adicionales</p>	<p>\$0</p> <p>100 %</p>	<p>3 pintas</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p><b>CUIDADO DE HOSPICIO</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo la certificación de un médico de enfermedad terminal.</p>	<p>Todo excepto un copago/coaseguro bien limitado para medicamentos ambulatorios y cuidado de relevo para pacientes hospitalizados</p>	<p>Copago/coaseguro de Medicare</p>	<p>\$0</p>

\*\*\* AVISO: Cuando sus beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare se agotan, la aseguradora tomará el lugar de Medicare y pagará cualquier monto que Medicare hubiese pagado, hasta un máximo de 365 días adicionales según disponen los "Beneficios Principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle a usted el balance de cualquier diferencia entre los cargos facturados del hospital y el monto que Medicare hubiese pagado.

**BLUECHOICE 65 PLAN G & BLUECHOICE 65 SELECT PLAN G (continuación)**  
**Medicare (Parte B) – Servicios médicos – Por año calendario**

**\*Una vez que a usted le hayan facturado \$240 en montos aprobados por Medicare para servicios cubiertos (los cuales se identifican con un asterisco), usted habrá cumplido con su deducible de la Parte B para el año calendario.**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS – DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> (tales como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero)  Los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare* resto de los importes aprobados por Medicare	\$0  Generalmente 80 %	\$0  Generalmente 20 %	\$240 (Deducible de la Parte B) \$0
Cargos en exceso de la Parte B (Por encima de los costos aprobados por Medicare)	\$0	100 %	\$0
<b>SANGRE</b> Las primeras tres pintas Los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare* resto de los importes aprobados por Medicare	\$0 \$0 80 %	Todos los costos \$0 20 %	\$0 \$240 (Deducible de la Parte B) \$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICOS – PRUEBAS PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS</b>	100 %	\$0	\$0

**Partes A y B de Medicare**

<b>ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO</b> SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE – Servicios de atención especializada médicamente necesaria y suministros – Equipo médico duradero	100 %	\$0	\$0
Los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare* Los montos restantes aprobados por Medicare	\$0 80 %	\$0 20 %	\$240 (Deducible de la Parte B) \$0

**Otros beneficios - No cubiertos por Medicare**

<b>VIAJES AL EXTRANJERO – NO CUBIERTO POR MEDICARE</b> Servicios de atención de emergencia médicamente necesarios, empezando durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU. Los primeros \$250 de cada año calendario Los cargos restantes	\$0 \$0	\$0 80 % hasta un beneficio máximo de por vida de \$50,000	\$250 20 % y montos en exceso del máximo de por vida de \$50,000
--	------------	---	---



**BLUECHOICE 65 PLUS PLAN G & BLUECHOICE 65 SELECT PLUS PLAN G  
Medicare (Parte A) — Servicios hospitalarios — Por período de beneficios**

**\*Un período de beneficios empieza el primer día en el que usted recibe servicios como paciente internado en un hospital, y termina después de que usted haya salido del hospital y no haya recibido atención especializada en ningún otro centro durante 60 días consecutivos.**

**\*\*Si escoge el BlueChoice 65 SELECT PLUS Plan G, usted debe utilizar un hospital de la red para estos beneficios. Estos beneficios no serán provistos si usted es hospitalizado en un hospital fuera de la red, a menos que la hospitalización sea para tratamiento de emergencia según se describe en la póliza.**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y comidas, enfermería general y servicios diversos y suministros</p> <p>Días 1-60:</p> <p>Días 61-90:</p> <p>Días 91 y más allá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Mientras agota los 60 días de reserva de por vida</li> <li>— Una vez se agoten los días de reserva de por vida:</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 365 días adicionales</li> <li>• Más allá de los 365 días adicionales</li> </ul>	<p>Todo excepto \$1,632</p> <p>Todo excepto \$408 al día</p> <p>Todo excepto \$816 al día</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>\$1,632 (Deducible de la Parte A)</p> <p>\$408 al día**</p> <p>\$816 al día**</p> <p>100 % de los gastos elegibles de Medicare</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0***</p> <p>Todos los costos</p>
<p><b>ATENCIÓN EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado al menos tres días e ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días de haber salido del hospital.</p> <p>Días 1-20:</p> <p>Días 21-100:</p> <p>Días 101 y más allá:</p>	<p>Todos los montos aprobados</p> <p>Todo excepto \$204 al día</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$204 al día</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>Todos los costos</p>
<p><b>SANGRE</b> Las primeras tres pintas Cantidades adicionales</p>	<p>\$0</p> <p>100 %</p>	<p>3 pintas</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p><b>CUIDADO DE HOSPICIO</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo la certificación de un médico de enfermedad terminal.</p>	<p>Todo excepto un copago/coaseguro bien limitado para medicamentos ambulatorios y cuidado de relevo para pacientes hospitalizados</p>	<p>Copago/coaseguro de Medicare</p>	<p>\$0</p>

\*\*\* AVISO: Cuando sus beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare se agotan, la aseguradora tomará el lugar de Medicare y pagará cualquier monto que Medicare hubiese pagado, hasta un máximo de 365 días adicionales según disponen los "Beneficios Principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle a usted el balance de cualquier diferencia entre los cargos facturados del hospital y el monto que Medicare hubiese pagado.



**BLUECHOICE 65 PLUS PLAN G & BLUECHOICE 65 SELECT PLUS PLAN G**  
**Medicare (Parte B) – Servicios médicos – Por año calendario**

**\*Una vez que a usted le hayan facturado \$240 en montos aprobados por Medicare para servicios cubiertos (los cuales se identifican con un asterisco), usted habrá cumplido con su deducible de la Parte B para el año calendario.**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS – DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> (tales como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero)  Los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare* resto de los importes aprobados por Medicare	\$0  Generalmente 80 %	\$0  Generalmente 20 %	\$240 (Deducible de la Parte B) \$0
Cargos en exceso de la Parte B (Por encima de los costos aprobados por Medicare)	\$0	100 %	\$0
<b>SANGRE</b> Las primeras tres pintas Los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare* resto de los importes aprobados por Medicare	\$0 \$0 80 %	Todos los costos \$0 20 %	\$0 \$240 (Deducible de la Parte B) \$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICOS – PRUEBAS PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS</b>	100 %	\$0	\$0

**Partes A y B de Medicare**

<b>ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO</b> SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE – Servicios de atención especializada médicamente necesaria y suministros – Equipo médico duradero Los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare* Los montos restantes aprobados por Medicare	100 %  \$0 80 %	\$0  \$0 20 %	\$0  \$240 (Deducible de la Parte B) \$0
--	--------------------------	------------------------	---

**Otros beneficios - No cubiertos por Medicare**

<b>VIAJES AL EXTRANJERO – NO CUBIERTO POR MEDICARE</b> Servicios de atención de emergencia médicamente necesarios, empezando durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU. Los primeros \$250 de cada año calendario Los cargos restantes	\$0 \$0	\$0 80 % hasta un beneficio máximo de por vida de \$50,000	\$250 20 % y montos en exceso del máximo de por vida de \$50,000
--	------------	---	---

**BLUECHOICE 65 PLUS PLAN G & BLUECHOICE 65 SELECT PLUS PLAN G**  
**Servicios dentales – Por año calendario**

- Para recibir todos los beneficios, los servicios dentales deben ser prestados por un proveedor de la red United Concordia Dental Advantage Plus.
- La cobertura se limita a \$1,200 al año para todos los servicios dentales combinados, preventivos y básicos.

SERVICIOS DENTALES	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b>			
<b>Exámenes bucales</b> – Limitado a 2 examen(es) por año	\$0	100 %	\$0
<b>Limpieza de rutina</b> – Limitada a 2 limpiezas por año	\$0	100 %	\$0
<b>Radiografía de aleta mordida</b> – Limitada a una serie cada año	\$0	100 %	\$0
<b>SERVICIOS BÁSICOS</b>			
<b>Ajustes de prótesis</b> – Hasta 1 por arco cada 2 años	\$0	100 %	\$0
<b>Reparación de prótesis</b> – Hasta 1 arco cada 3 años	\$0	100 %	\$0
<b>Restauración de sustitución de amalgama (empastes metálicos)</b> – Limitada a 1, por diente, cada 36 meses	\$0	100 %	\$0
<b>Restauración de sustitución de composite a base de resina (anterior)</b> – Limitada a 1, por diente, cada 36 meses	\$0	100 %	\$0
<b>Terapia y servicios de endodoncia</b> – Limitado a 1 consulta por diente de por vida	\$0	100 %	\$0
<b>Tratamiento paliativo (Urgencias)</b> – Limitado a 1 visita por año	\$0	100 %	\$0
<b>Extracciones</b> – Sin límite para extracciones quirúrgicas simples	\$0	100 %	\$0

**BLUECHOICE 65 PLAN N & BLUECHOICE 65 SELECT PLAN N**  
**Medicare (Parte A) – Servicios hospitalarios – Por período de beneficios**

\*Un período de beneficios empieza el primer día en el que usted recibe servicios como paciente internado en un hospital, y termina después de que usted haya salido del hospital y no haya recibido atención especializada en ningún otro centro durante 60 días consecutivos.

\*\*Si escoge el BlueChoice 65 SELECT Plan N, usted debe utilizar un hospital de la red para estos beneficios. Estos beneficios no serán provistos si usted es hospitalizado en un hospital fuera de la red, a menos que la hospitalización sea para tratamiento de emergencia según se describe en la póliza.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>HOSPITALIZACIÓN*</b>  Habitación semiprivada y comidas, enfermería general y servicios diversos y suministros</p> <p>Días 1-60:</p> <p>Días 61-90:</p> <p>Días 91 y más allá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mientras agota los 60 días de reserva de por vida</li> <li>– Una vez se agoten los días de reserva de por vida:</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 365 días adicionales</li> <li>• Más allá de los 365 días adicionales</li> </ul>	<p>Todo excepto \$1,632</p> <p>Todo excepto \$408 al día</p> <p>Todo excepto \$816 al día</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>\$1,632 (Deducible de la Parte A) \$408 al día**</p> <p>\$816 al día**</p> <p>100 % de los gastos elegibles de Medicare \$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0***</p> <p>Todos los costos</p>
<p><b>ATENCIÓN EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b>  Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado al menos tres días e ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días de haber salido del hospital.</p> <p>Días 1-20:</p> <p>Días 21-100:</p> <p>Días 101 y más allá:</p>	<p>Todos los montos aprobados</p> <p>Todo excepto \$204 al día</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$204 al día</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>Todos los costos</p>
<p><b>SANGRE</b>  Las primeras tres pintas  Cantidades adicionales</p>	<p>\$0  100 %</p>	<p>3 pintas  \$0</p>	<p>\$0  \$0</p>
<p><b>CUIDADO DE HOSPICIO</b>  Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo la certificación de un médico de enfermedad terminal.</p>	<p>Todo excepto un copago/coaseguro bien limitado para medicamentos ambulatorios y cuidado de relevo para pacientes hospitalizados</p>	<p>Copago/coaseguro de Medicare</p>	<p>\$0</p>

\*\*\* AVISO: Cuando sus beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare se agotan, la aseguradora tomará el lugar de Medicare y pagará cualquier monto que Medicare hubiese pagado, hasta un máximo de 365 días adicionales según disponen los "Beneficios Principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle a usted el balance de cualquier diferencia entre los cargos facturados del hospital y el monto que Medicare hubiese pagado.

**BLUECHOICE 65 PLAN N & BLUECHOICE 65 SELECT PLAN N (continuación)  
Medicare (Parte B) – Servicios médicos – Por año calendario**

**\*Una vez que a usted le hayan facturado \$240 en montos aprobados por Medicare para servicios cubiertos (los cuales se identifican con un asterisco), usted habrá cumplido con su deducible de la Parte B para el año calendario.**

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>GASTOS MÉDICOS – DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> (tales como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes internados y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero) Los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare* Los montos restantes aprobados por Medicare	\$0  Generalmente 80 %	\$0  Balance, a excepción de hasta \$20 por visita al consultorio y hasta \$50 por visita a urgencias. El copago de hasta \$50 queda exento si el asegurado es ingresado en cualquier hospital y la visita de urgencia está cubierta como gasto de la Parte A de Medicare.	\$240 (Deducible de la Parte B) A excepción de hasta \$20 por visita al consultorio y hasta \$50 por visita a urgencias. El copago de hasta \$50 queda exento si el asegurado es ingresado en cualquier hospital y la visita de urgencia está cubierta como gasto de la Parte A de Medicare.
Cargos en exceso de la Parte B (Por encima de los costos aprobados por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b> Las primeras tres pintas Los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare* Los montos restantes aprobados por Medicare	\$0 \$0 80 %	Todos los costos \$0 20 %	\$0 \$240 (Deducible de la Parte B) \$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO – PRUEBAS PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS</b>	100 %	\$0	\$0

**Partes A y B de Medicare**

<b>ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO</b> SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE – Servicios de atención especializada médicamente necesaria y suministros – Equipo médico duradero Los primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare* Los montos restantes aprobados por Medicare	100 %  \$0 80 %	\$0  \$0 20 %	\$0  \$240 (Deducible de la Parte B) \$0
--	--------------------------	------------------------	---

**Otros beneficios No cubiertos por Medicare**

<b>VIAJES AL EXTRANJERO – NO CUBIERTO POR MEDICARE</b> Servicios de atención de emergencia médicamente necesarios, empezando durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE. UU. Los primeros \$250 de cada año calendario Los cargos restantes	\$0 \$0	\$0 80 % hasta un beneficio máximo de por vida de \$50,000	\$250 20 % y montos en exceso del máximo de por vida de \$50,000
--	------------	---	---



Blue Cross and Blue Shield of Louisiana  
HMO Louisiana  
Southern National Life

## **Aviso de No Discriminación**

La Discriminación es Ilegal

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y sus subsidiarias, HMO Louisiana, Inc. y Southern National Life Insurance Company, Inc., no excluyen ni tratan de forma diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo en sus programas o actividades de salud.

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y sus subsidiarias:

- Proporcionan asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de signos
  - Información escrita en otros formatos (audio, formatos electrónicos accesibles)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, puede llamar al número del Servicio de Atención al Cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación o enviar un correo electrónico a [MeaningfulAccessLanguageTranslation@bcbsla.com](mailto:MeaningfulAccessLanguageTranslation@bcbsla.com). Si tiene una discapacidad auditiva llame al 1-800-711-5519 (TTY 711).

Si considera que Blue Cross, una de sus subsidiarias o su plan de salud asegurado por su empleador no le proporcionaron estos servicios o discriminaron de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted tiene derecho a tomar las siguientes acciones:

- 1. Si está totalmente asegurado a través de Blue Cross, presente una reclamación ante Blue Cross por correo postal, fax o correo electrónico.**

Section 1557 Coordinator  
P.O. Box 98012  
Baton Rouge, LA 70898-9012  
225-298-7238 o 1-800-711-5519 (TTY 711)  
Fax: 225-298-7240  
Correo electrónico:  
[Section1557Coordinator@bcbsla.com](mailto:Section1557Coordinator@bcbsla.com)

- 2. Si su empleador es el dueño de su plan de salud y Blue Cross actúa como administrador de dicho plan, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos de su empleador o compañía. Para determinar si su plan es un plan totalmente asegurado por Blue Cross o es propiedad de su empleador, visite [www.bcbsla.com/checkmyplan](http://www.bcbsla.com/checkmyplan).**

Bien sea Blue Cross o su empleador el dueño de su plan, usted puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, por correo o teléfono a:

U.S Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697(TDD)

O

De manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (en inglés). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index> (en inglés).

# AVISO

Free language services are available. If needed, please call the Customer Service number on the back of your ID card. Hearing-impaired customers call 1-800-711-5519 (TTY 711).

Tiene a su disposición servicios lingüísticos gratuitos. De necesitarlos, por favor, llame al número del Servicio de Atención al Cliente que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. Clientes con dificultades auditivas, llamen al 1-800-711-5519 (TTY 711).

Des services linguistiques gratuits sont disponibles. Si nécessaire, veuillez appeler le numéro du Service clientèle figurant au verso de votre carte d'identification. Si vous souffrez d'une déficience auditive, veuillez appeler le 1-800-711-5519 (TTY 711).

Có dịch vụ thông dịch miễn phí. Nếu cần, xin vui lòng gọi cho Phục Vụ Khách Hàng theo số ở mặt sau thẻ ID của quý vị. Khách hàng nào bị suy giảm thính lực hãy gọi số 1-800-711-5519 (TTY 711).

我们为您提供免费的语言服务。如有需要，请致电您 ID 卡背面的客户服务号码。听障客户请拨打 1-800-711-5519 (TTY 711)。

الخدمات اللغوية متاحة مجاناً. يرجى، إذا اقتضى الأمر، الاتصال برقم خدمة العملاء المدون على ظهر بطاقة التعريف الخاصة بك. إذا كنت تعاني من إعاقة في السمع، فيرجى الاتصال بالرقم 1-800-711-5519 (TTY 711).

Magagamit ang mga libreng serbisyo sa wika. Kung kinakailangan, pakitawagan ang numero ng Customer Service sa likod ng iyong ID kard. Para sa mga may kapansanan sa pandinig tumawag sa 1-800-711-5519 (TTY 711).

무료 언어 서비스를 이용하실 수 있습니다. 필요한 경우 귀하의 ID 카드 뒤에 기재되어 있는 고객 서비스 번호로 연락하시기 바랍니다. 청각 장애가 있는 분은 1-800-711-5519 (TTY 711)로 연락하십시오.

Oferecemos serviços linguísticos grátis. Caso necessário, ligue para o número de Atendimento ao Cliente indicado no verso de seu cartão de identificação. Caso tenha uma deficiência auditiva, ligue para 1-800-711-5519 (TTY 711).

ພວກເຮົາມີບໍລິການແປພາສາໃຫ້ທ່ານຟຣີ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການນັ້ນ, ກະລຸນາໂທຫາພະແນກບໍລິການລູກຄ້າຕາມເບີໂທທີ່ຢູ່ທາງຫຼັງຂອງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຫຼຸບໍ່ດີ, ຂໍໃຫ້ໂທເບີ 1-800-711-5519 (TTY 711).

無料の言語サービスをご利用頂けます。あなたのIDカードの裏面に記載されているサポートセンターの電話番号までご連絡ください。聴覚障害がある場合は、1-800-711-5519 (TTY 711)までご連絡ください。

زبان سے متعلق مفت خدمات دستیاب ہیں۔ اگر ضرورت ہو تو، براہ کرم اپنے آئی ڈی کارڈ کی پشت پر موجود کسٹمر سروس نمبر پر کال کریں۔ سمعی نقص والے کسٹمرز (TTY 711) 1-800-711-5519 پر کال کریں۔

Kostenlose Sprachdienste stehen zur Verfügung. Falls Sie diese benötigen, rufen Sie bitte die Kundendienstnummer auf der Rückseite Ihrer ID-Karte an. Hörbehinderte Kunden rufen bitte unter der Nummer 1-800-711-5519 (TTY 711) an.

خدمات رایگان زبان در دسترس است. در صورت نیاز، لطفاً با شماره خدمات مشتریان که در پشت کارت شناسایی تان درج شده تماس بگیرید. مشتریانی که مشکل شنوایی دارند با شماره 1-800-711-5519 (TTY 711) تماس بگیرید.

Предлагаются бесплатные переводческие услуги. При необходимости, пожалуйста, позвоните по номеру Отдела обслуживания клиентов, указанному на обратной стороне Вашей идентификационной карты. Клиенты с нарушениями слуха могут позвонить по номеру 1-800-711-5519 (Телефон с текстовым выходом: 711).

มีบริการด้านภาษาให้ใช้ได้ฟรี หากต้องการ โปรดโทรศัพท์ติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าตามหมายเลขที่อยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวประชาชนของท่าน สำหรับลูกค้าที่มีปัญหาทางการได้ยิน โปรดโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-711-5519 (TTY 711)

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

**Blue Cross and Blue Shield of Louisiana**  
**Ventas para individuos y centros de atención al cliente de Medicare**

**Alexandria**

4508 Coliseum Boulevard  
Suite A  
Alexandria, LA 71303  
318-442-8107

**Baton Rouge**

5525 Reitz Avenue  
Baton Rouge, LA 70809-3802  
225-295-2527  
Servicio de atención al  
cliente de Medicare:  
225-295-0334

**Houma**

1437 St. Charles Street  
Suite 135  
Houma, LA 70360  
985-223-3499

**Lafayette**

5501 Johnston Street  
Suite 200  
Lafayette, LA 70503  
337-231-0005

**Lake Charles**

219 W. Prien Lake Road  
Lake Charles, LA 70601  
337-480-5315

**Monroe**

2360 Tower Drive  
Suite 102  
Monroe, LA 71201  
318-398-4955

**New Orleans**

3235 North Causeway  
Metairie, LA 70002  
504-832-5800

**New Orleans**

1340 Poydras Street  
Suite 100  
New Orleans, LA 70112  
504-518-7364

**Shreveport**

411 Ashley Ridge Boulevard  
Shreveport, LA 71106  
318-795-4911

**[es.bcbsla.com](http://es.bcbsla.com)**



La tarjeta [adecuada](#). La atención [apropiada](#).