

AVISO: Lea atentamente este resumen de cobertura. No es idéntico al resumen de cobertura proporcionado en el momento de la solicitud y la cobertura solicitada originalmente no se ha emitido.

Resumen de Cobertura complementaria de Medicare

Por razón de edad – Portada:

Planes de beneficios A, C, G con deducible alto G v N



Consulte las secciones Resúmenes de cobertura para obtener detalles sobre todos los planes. Esta tabla muestra los beneficios incluidos en cada uno de los planes complementarios estándar de Medicare. Todas las empresas deben poner a disposición el Plan A. Es posible que algunos planes no estén disponibles en su estado. Solo los solicitantes elegibles por primera vez para Medicare antes de 2020 pueden comprar planes C, F, y el plan F de deducible alto.

Los planes ofrecidos por Primera Blue Cross (Primera) se destacan a continuación.

Nota: Un ✓ significa que se paga el 100% del beneficio.

Beneficios	Planes disponibles para todos los solicitantes								Solo personas elegibles para Medicare por primera vez antes de 2020	
	A	B	D	G ¹	K ²	L ²	M	N ³	C	F ¹
Coseguro de la Parte A de Medicare y cobertura hospitalaria (hasta 365 días adicionales después de que se agoten los beneficios de Medicare)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Coseguro o copago de la Parte B de Medicare	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	Se aplican copagos	✓	✓
Sangre (primeras tres pintas)	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓	✓	✓
Coseguro o copago de cuidados paliativos de la Parte A	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓	✓	✓
Coseguro 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 para viajes al extranjero (hasta los límites del plan)			✓	✓			✓	✓	✓	✓
Desembolso máximo					\$7,060	\$3,530				

¹Los planes F y G también tienen una opción de deducible alto que requiere pagar primero un deducible del plan de \$2,800 antes de que el plan comience a pagar. Una vez que se alcanza el deducible del plan, el plan paga el 100% de los servicios cubiertos por el resto del año calendario. El Plan G de deducible alto no cubre el deducible de la Parte B de Medicare. Sin embargo, los planes F y G de deducible alto cuentan su pago del deducible de la Parte B de Medicare para cumplir con el deducible del plan.

²Los planes K y L pagan el 100% de los servicios cubiertos por el resto del año calendario una vez que cumpla con el límite anual de desembolso directo.

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

CARGOS DE SUSCRIPCIÓN E INFORMACIÓN DE PAGO

INFORMACIÓN DE GASTOS DE SUSCRIPCIÓN

Nosotros (Premera) solo podemos aumentar sus cargos de suscripción si aumentamos los cargos de suscripción para todos los contratos como el suyo en este estado.

NUEVO DESCUENTO CONYUGAL

A partir del 1 de junio de 2024, puede ser elegible para un descuento en su prima si califica para nuestro descuento conyugal. La elegibilidad requiere que ambos beneficiarios estén inscritos en un plan complementario de Medicare estándar de Premera Blue Cross (a partir de 2010) y que tengan la misma dirección. También debe estar casado o ser una pareja de hecho registrada en el estado. Puede solicitar el descuento visitando ms.premera.com, A continuación, seleccione **Coverage and Benefits (Cobertura y beneficios)**. Descargue y complete el formulario y luego envíenoslo para solicitar el descuento. Envíe el formulario completo por correo a PO Box 327, MS 295, Seattle, Washington 98111, o por fax al 425-918-5278.

OPCIONES DE MODO DE PAGO

Pago mensual por transferencia automática de fondos (AFT). Las tarifas mostradas reflejan un costo mensual de \$5 de descuento para pagos de AFT en comparación con la opción de factura en papel.

O bien:

Si prefiere que le facturemos, Premera le enviará una factura impresa por correo cada mes.

Cargos de suscripción mensual por persona

Plan	Tarifa estándar (vigente a partir del 1 de abril de 2024)		Con descuento conyugal (vigente a partir del 1 de junio de 2024)	
	AFT	Factura en papel	AFT	Factura en papel
Plan A	\$180	\$185	\$162	\$167
Plan C	\$246	\$251	\$221	\$226
Plan G	\$215	\$220	\$193	\$198
Plan G de deducible alto	\$53	\$58	\$47	\$52
Plan N	\$178	\$183	\$160	\$165

DIVULGACIONES

Utilice este esquema para comparar los beneficios y los cargos de suscripción entre contratos.

LEA SU CONTRATO CON MUCHA ATENCIÓN

Este es solo un esquema que describe las características más importantes de su contrato. El contrato es su contrato de seguro. Debe leer el contrato en sí para comprender todos los derechos y deberes tanto de usted como de su proveedor de seguros complementarios de Medicare.

CONTRATO DE DERECHO DE DEVOLUCIÓN

Si considera que no está satisfecho con su contrato, puede devolverlo a PO Box 327, MS 295, Seattle, Washington 98111. Si nos envía el contrato dentro de los 30 días posteriores a su recepción, trataremos el contrato como si nunca se hubiera emitido y le devolveremos todos sus pagos.

REEMPLAZO DE PÓLIZAS

Si está reemplazando otra póliza de seguro de salud, haga lo siguiente: *NO* cancele su póliza existente hasta que haya recibido su nuevo contrato y esté seguro de que desea conservarlo.

AVISO

Es posible que este contrato no cubra completamente todos sus costos médicos. Ni Premera ni sus productores están conectados con Medicare. Este resumen de cobertura no proporciona todos los detalles de la cobertura de Medicare. Póngase en contacto con su oficina local del Seguro Social o consulte *Medicare y usted (Medicare and You)* para obtener más información.

LAS RESPUESTAS COMPLETAS SON MUY IMPORTANTES

Cuando llene la solicitud para el nuevo contrato, asegúrese de responder de manera veraz y completa todas las preguntas sobre su historial médico y de salud. La compañía puede cancelar su contrato y negarse a pagar cualquier reclamo si omite o falsifica información médica importante.

Revise la solicitud cuidadosamente antes de firmarla. Asegúrese de que toda la información se haya registrado correctamente.

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

*Un período de beneficios comienza el primer día en que recibe servicio como paciente hospitalizado en un hospital y termina después de que haya estado fuera del hospital y no haya recibido atención especializada en ningún otro centro durante 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN A PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACIÓN*			
Habitación semiprivada y comida, enfermería general y servicios y suministros varios			
Primeros 60 días	Todos menos \$1,632	\$0	\$1,632 (Deducible de la Parte A)
Del 61.º al 90.º día	Todo menos \$408 por día	\$408 por día	\$0
Del 91.º día en adelante: (mientras se usan los 60 días de reserva vitalicia)	Todo menos \$816 por día	\$816 por día	\$0
Una vez que se utilizan los días de reserva vitalicia: • 365 días adicionales	\$0	100% de los gastos elegibles de Medicare	\$0**
• Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
ATENCIÓN EN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*			
Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado en un hospital durante al menos 3 días e ingresar a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días posteriores a salir del hospital			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Del 21.º al 100.º día	Todo menos \$204 por día	\$0	Hasta \$204 por día
Del 101.º día en adelante	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Montos adicionales	100%	\$0	\$0
CUIDADOS PALIATIVOS			
Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida la certificación de enfermedad terminal de un médico.	Todo menos un copago/coseguro muy limitado para medicamentos para pacientes ambulatorios y atención de relevo para pacientes hospitalizados	Copago/coseguro de Medicare	\$0

**AVISO: Cuando se agoten los beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare, la aseguradora ocupará el lugar de Medicare y pagará la cantidad que Medicare hubiera pagado por hasta 365 días adicionales, según lo dispuesto en los "Beneficios básicos" del plan. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo en función de cualquier diferencia entre sus cargos facturados y el monto que Medicare habría pagado.

**A PLAN A (continuación):
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN A PAGA	USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS			
Dentro o fuera del hospital y tratamiento hospitalario ambulatorio, como servicios médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas de diagnóstico, equipos médicos duraderos.			
Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
El resto de los montos aprobados por Medicare	Por lo general, el 80%	Por lo general, el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de los montos aprobados por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$240 de los montos aprobados por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
El resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO			
Pruebas para servicio de diagnóstico	100%	\$0	\$0

MEDICARE (PARTES A Y B)

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN A PAGA	USTED PAGA
CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR - Servicios aprobados por Medicare			
Servicios de atención especializada y suministros médicos médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
El resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

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

*Un período de beneficios comienza el primer día en que recibe servicio como paciente hospitalizado en un hospital y termina después de que haya estado fuera del hospital y no haya recibido atención especializada en ningún otro centro durante 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN C PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACIÓN* Habitación semiprivada y comida, enfermería general y servicios y suministros varios			
Primeros 60 días	Todos menos \$1,632	\$1,632 (Deducible de la Parte A)	\$0
Del 61.º al 90.º día	Todo menos \$408 por día	\$408 por día	\$0
Del 91.º día en adelante: (mientras se usan los 60 días de reserva vitalicia)	Todo menos \$816 por día	\$816 por día	\$0
Una vez que se utilizan los días de reserva vitalicia: • 365 días adicionales	\$0	100% de los gastos elegibles de Medicare	\$0**
• Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
ATENCIÓN EN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA* Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado en un hospital durante al menos 3 días e ingresar a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días posteriores a salir del hospital			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Del 21.º al 100.º día	Todo menos \$204 por día	Hasta \$204 por día	\$0
Del 101.º día en adelante	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Montos adicionales	100%	\$0	\$0
CUIDADOS PALIATIVOS			
Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida la certificación de enfermedad terminal de un médico.	Todo menos un copago/coseguro muy limitado para medicamentos para pacientes ambulatorios y atención de relevo para pacientes hospitalizados	Copago/coseguro de Medicare	\$0

**AVISO: Cuando se agoten los beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare, la aseguradora ocupará el lugar de Medicare y pagará la cantidad que Medicare hubiera pagado por hasta 365 días adicionales, según lo dispuesto en los "Beneficios básicos" del plan. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo en función de cualquier diferencia entre sus cargos facturados y el monto que Medicare habría pagado.

**C PLAN C (continuación):
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN C PAGA	USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS			
Dentro o fuera del hospital y tratamiento hospitalario ambulatorio, como servicios médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas de diagnóstico, equipos médicos duraderos.			
Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare*	\$0	\$240	\$0
El resto de los montos aprobados por Medicare	Por lo general, el 80%	Por lo general, el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de los montos aprobados por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$240 de los montos aprobados por Medicare*	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)	\$0
El resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO			
Pruebas para servicio de diagnóstico	100%	\$0	\$0

MEDICARE (PARTES A Y B)

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN C PAGA	USTED PAGA
CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR - Servicios aprobados por Medicare			
Servicios de atención especializada y suministros médicos médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare*	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)	\$0
El resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0



**PLAN C (continuación):
OTROS BENEFICIOS: NO CUBIERTOS POR MEDICARE**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN C PAGA	USTED PAGA
VIAJES AL EXTRANJERO - No está cubierto por Medicare Servicios de atención de emergencia médicamente necesarios a partir de 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% hasta un beneficio máximo vitalicio de \$50,000	20% y montos superiores al máximo vitalicio de \$50,000



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

*Un período de beneficios comienza el primer día en que recibe servicio como paciente hospitalizado en un hospital y termina después de que haya estado fuera del hospital y no haya recibido atención especializada en ningún otro centro durante 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN G PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACIÓN*			
Habitación semiprivada y comida, enfermería general y servicios y suministros varios			
Primeros 60 días	Todos menos \$1,632	\$1,632 (Deducible de la Parte A)	\$0
Del 61.º al 90.º día	Todo menos \$408 por día	\$408 por día	\$0
Del 91.º día en adelante: (mientras se usan los 60 días de reserva vitalicia)	Todo menos \$816 por día	\$816 por día	\$0
Una vez que se utilizan los días de reserva vitalicia:	\$0	100% de los gastos elegibles de Medicare	\$0***
<ul style="list-style-type: none"> • 365 días adicionales 			
<ul style="list-style-type: none"> • Más allá de los 365 días adicionales 	\$0	\$0	Todos los costos
ATENCIÓN EN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*			
Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado en un hospital durante al menos 3 días e ingresar a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días posteriores a salir del hospital			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Del 21.º al 100.º día	Todo menos \$204 por día	Hasta \$204 por día	\$0
Del 101.º día en adelante	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Montos adicionales	100%	\$0	\$0
CUIDADOS PALIATIVOS			
Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida la certificación de enfermedad terminal de un médico.	Todo menos un copago/coseguro muy limitado para medicamentos para pacientes ambulatorios y atención de relevo para pacientes hospitalizados	Copago/coseguro de Medicare	\$0

***AVISO: Cuando se agoten los beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare, la aseguradora ocupará el lugar de Medicare y pagará la cantidad que Medicare hubiera pagado por hasta 365 días adicionales, según lo dispuesto en los "Beneficios básicos" del plan. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo en función de cualquier diferencia entre sus cargos facturados y el monto que Medicare habría pagado.

**G PLAN G (continuación):
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN G PAGA	USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS			
Dentro o fuera del hospital y tratamiento hospitalario ambulatorio, como servicios médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas de diagnóstico, equipos médicos duraderos.			
Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
El resto de los montos aprobados por Medicare	Por lo general, el 80%	Por lo general, el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$240 de los montos aprobados por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
El resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO			
Pruebas para servicio de diagnóstico	100%	\$0	\$0

MEDICARE (PARTES A Y B)

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN G PAGA	USTED PAGA
CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR - Servicios aprobados por Medicare			
Servicios de atención especializada y suministros médicos médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
El resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0



**PLAN G (continuación):
OTROS BENEFICIOS: NO CUBIERTOS POR MEDICARE**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN G PAGA	USTED PAGA
VIAJES AL EXTRANJERO - No está cubierto por Medicare Servicios de atención de emergencia médicamente necesarios a partir de 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% hasta un beneficio máximo vitalicio de \$50,000	20% y montos superiores al máximo vitalicio de \$50,000

G

**PLAN G DE DEDUCIBLE ALTO:
MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERÍODO DE BENEFICIOS**

*Un período de beneficios comienza el primer día en que recibe servicio como paciente hospitalizado en un hospital y termina después de que haya estado fuera del hospital y no haya recibido atención especializada en ningún otro centro durante 60 días consecutivos.

**Este plan con deducible alto paga los mismos beneficios que el Plan G después de haber pagado un deducible de \$2,800 por año calendario. Los beneficios del Plan G de deducible alto no comenzarán hasta que los gastos de desembolso directo sean de \$2,800. Los gastos de desembolso directo para este deducible son los gastos por el deducible de la Parte B y los gastos que normalmente se pagarían según el contrato. Esto no incluye el deducible de emergencia de viaje al extranjero por separado del plan.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	DESPUÉS DE QUE USTED PAGA EL DEDUCIBLE DE \$2,800**, EL PLAN G PAGA	ADEMÁS DEL DEDUCIBLE DE \$2,800**, USTED PAGA
HOSPITALIZACIÓN*			
Habitación semiprivada y comida, enfermería general y servicios y suministros varios			
Primeros 60 días	Todos menos \$1,632	\$1,632 (Deducible de la Parte A)	\$0
Del 61.º al 90.º día	Todo menos \$408 por día	\$408 por día	\$0
Del 91.º día en adelante: (mientras se usan los 60 días de reserva vitalicia)	Todo menos \$816 por día	\$816 por día	\$0
Una vez que se utilizan los días de reserva vitalicia:	\$0	100% de los gastos elegibles de Medicare	\$0***
• 365 días adicionales			
• Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
ATENCIÓN EN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*			
Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado en un hospital durante al menos 3 días e ingresar a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días posteriores a salir del hospital			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Del 21.º al 100.º día	Todo menos \$204 por día	Hasta \$204 por día	\$0
Del 101.º día en adelante	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Montos adicionales	100%	\$0	\$0
CUIDADOS PALIATIVOS			
Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida la certificación de	Todo menos un copago/coseguro	Copago/coseguro de Medicare	\$0

enfermedad terminal de un médico.	muy limitado para medicamentos para pacientes ambulatorios y atención de relevo para pacientes hospitalizados		
-----------------------------------	---	--	--

***AVISO: Cuando se agoten los beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare, la aseguradora ocupará el lugar de Medicare y pagará la cantidad que Medicare hubiera pagado por hasta 365 días adicionales, según lo dispuesto en los "Beneficios básicos" del plan. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo en función de cualquier diferencia entre sus cargos facturados y el monto que Medicare habría pagado.



**PLAN G DE DEDUCIBLE ALTO (continuación):
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

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

**Este plan con deducible alto paga los mismos beneficios que el Plan G después de haber pagado un deducible de \$2,800 por año calendario. Los beneficios del Plan G de deducible alto no comenzarán hasta que los gastos de desembolso directo sean de \$2,800. Los gastos de desembolso directo para este deducible son los gastos por el deducible de la Parte B y los gastos que normalmente se pagarían según el contrato. Esto no incluye el deducible de emergencia de viaje al extranjero por separado del plan.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	DESPUÉS DE QUE USTED PAGA EL DEDUCIBLE DE \$2,800**, EL PLAN G PAGA	ADEMÁS DEL DEDUCIBLE DE \$2,800**, USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS			
Dentro o fuera del hospital y tratamiento hospitalario ambulatorio, como servicios médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas de diagnóstico, equipos médicos duraderos.			
Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (a menos que se haya alcanzado el deducible de la Parte B)
El resto de los montos aprobados por Medicare	Por lo general, el 80%	Por lo general, el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de los montos aprobados por Medicare)	\$0	100%	\$0
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$240 de los montos aprobados por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (a menos que se haya alcanzado el deducible de la Parte B)
El resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO			
Pruebas para servicio de diagnóstico	100%	\$0	\$0

G

**PLAN G DE DEDUCIBLE ALTO (continuación):
MEDICARE (PARTES A Y B)**

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

**Este plan con deducible alto paga los mismos beneficios que el Plan G después de haber pagado un deducible de \$2,800 por año calendario. Los beneficios del Plan G de deducible alto no comenzarán hasta que los gastos de desembolso directo sean de \$2,800. Los gastos de desembolso directo para este deducible son los gastos por el deducible de la Parte B y los gastos que normalmente se pagarían según el contrato. Esto no incluye el deducible de emergencia de viaje al extranjero por separado del plan.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	DESPUÉS DE QUE USTED PAGA EL DEDUCIBLE DE \$2,800**, EL PLAN G PAGA	ADEMÁS DEL DEDUCIBLE DE \$2,800**, USTED PAGA
CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR - Servicios aprobados por Medicare			
Servicios de atención especializada y suministros médicos médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (a menos que se haya alcanzado el deducible de la Parte B)
El resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

OTROS BENEFICIOS: NO CUBIERTOS POR MEDICARE

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	DESPUÉS DE QUE USTED PAGA EL DEDUCIBLE DE \$2,800**, EL PLAN G PAGA	ADEMÁS DEL DEDUCIBLE DE \$2,800**, USTED PAGA
VIAJES AL EXTRANJERO - No está cubierto por Medicare			
Servicios de atención de emergencia médicamente necesarios a partir de 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% hasta un beneficio máximo vitalicio de \$50,000	20% y montos superiores al máximo vitalicio de \$50,000

*Un período de beneficios comienza el primer día en que recibe servicio como paciente hospitalizado en un hospital y termina después de que haya estado fuera del hospital y no haya recibido atención especializada en ningún otro centro durante 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN N PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACIÓN*			
Habitación semiprivada y comida, enfermería general y servicios y suministros varios			
Primeros 60 días	Todos menos \$1,632	\$1,632 (Deducible de la Parte A)	\$0
Del 61.º al 90.º día	Todo menos \$408 por día	\$408 por día	\$0
Del 91.º día en adelante: (mientras se usan los 60 días de reserva vitalicia)	Todo menos \$816 por día	\$816 por día	\$0
Una vez que se utilizan los días de reserva vitalicia:	\$0	100% de los gastos elegibles de Medicare	\$0**
• 365 días adicionales			
• Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
ATENCIÓN EN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*			
Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado en un hospital durante al menos 3 días e ingresar a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días posteriores a salir del hospital			
Primeros 20 días	Todos los montos aprobados	\$0	\$0
Del 21.º al 100.º día	Todo menos \$204 por día	Hasta \$204 por día	\$0
Del 101.º día en adelante	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Montos adicionales	100%	\$0	\$0
CUIDADOS PALIATIVOS			
Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluida la certificación de enfermedad terminal de un médico.	Todo menos un copago/coseguro muy limitado para medicamentos para pacientes ambulatorios y atención de relevo para pacientes hospitalizados	Copago/coseguro de Medicare	\$0

**AVISO: Cuando se agoten los beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare, la aseguradora ocupará el lugar de Medicare y pagará la cantidad que Medicare hubiera pagado por hasta 365 días adicionales, según lo dispuesto en los "Beneficios básicos" del plan. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo en función de cualquier diferencia entre sus cargos facturados y el monto que Medicare habría pagado.

**N PLAN N (continuación):
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN N PAGA	USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS			
Dentro o fuera del hospital y tratamiento hospitalario ambulatorio, como servicios médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas de diagnóstico, equipos médicos duraderos.			
Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
El resto de los montos aprobados por Medicare	Por lo general, el 80%	Saldo, excepto hasta \$20 por visita al consultorio y hasta \$50 por visita a la sala de emergencias. El copago de hasta \$50 no se aplica si el miembro es admitido en cualquier hospital y la visita de emergencia está cubierta como un gasto de la Parte A de Medicare	Hasta \$20 por visita al consultorio y hasta \$50 por visita a la sala de emergencias. El copago de hasta \$50 no se aplica si el miembro es admitido en cualquier hospital y la visita de emergencia está cubierta como un gasto de la Parte A de Medicare
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de los montos aprobados por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$240 de los montos aprobados por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
El resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO			
Pruebas para servicio de diagnóstico	100%	\$0	\$0

N

**PLAN N (continuación):
MEDICARE (PARTES A Y B)**

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN N PAGA	USTED PAGA
CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR - Servicios aprobados por Medicare			
Servicios de atención especializada y suministros médicos médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
Primeros \$240 de los montos aprobados por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (Deducible de la Parte B)
El resto de los montos aprobados por Medicare	80%	20%	\$0

**PLAN N (continuación):
OTROS BENEFICIOS: NO CUBIERTOS POR MEDICARE**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN N PAGA	USTED PAGA
VIAJES AL EXTRANJERO - No está cubierto por Medicare Servicios de atención de emergencia médicamente necesarios a partir de 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% hasta un beneficio máximo vitalicio de \$50,000	20% y montos superiores al máximo vitalicio de \$50,000

La discriminación es prohibida

Premera Blue Cross (Premera) cumple con las leyes de derechos civiles federales y del estado Washington aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. Premera no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Premera:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Premera no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, número gratuito: 855-332-4535, fax: 425-918-5592, TTY: 711, correo electrónico AppealsDepartmentInquiries@Premera.com. Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina del Comisionado de Seguros, disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Asistencia con el idioma

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-722-1471 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-722-1471 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-722-1471 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-722-1471 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-722-1471 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-722-1471 (телетайп: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-722-1471 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

Телефонуйте за номером 800-722-1471 (телетайп: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្មើល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-722-1471 (TTY: 711)។

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-722-1471 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-722-1471 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-722-1471 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-722-1471 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਪਿਆਰ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਮੇਰਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-722-1471 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-722-1471 (TTY: 711).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 800-722-1471 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-722-1471 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-722-1471 (ATS: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-722-1471 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-722-1471 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-722-1471 (TTY: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-722-1471 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Este documento ha sido traducido del inglés solo para propósitos informativos. Esta traducción no cambia los requisitos de elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones ni otras disposiciones del plan de salud o del contrato en grupo. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en idioma inglés, la versión en inglés regirá para los propósitos de aplicación e interpretación. / This document has been translated from English for informational purposes only. This translation does not change the eligibility requirements, benefits, exclusions, limitations or other provisions of the health plan or group contract. In the event of a conflict or difference between this translated document and the English language version, the English version is controlling for the purposes of application and interpretation.