

Plan Suplemental de MEDICARE — \$476 por Persona por Mes

MEDICARE (PARTE A) – SERVICIOS HOSPITALARIOS – PERIODO POR BENEFICIO

Beneficio	Medicare Parte A paga	El plan paga	Usted paga
Hospitalización			
Habitación semiprivada y alimentación, servicios de enfermería generales y servicios y suministros varios			
Primeros 60 días	Todo, excepto \$912	\$912 (parte A deducible)	\$ 0
Día 61 al 90	Todo, excepto \$228 al día	\$228 al día	\$ 0
Día 91 al 150 Mientras se utilizan los 60 días de reserva de tiempo de vida	Todo, excepto \$465 al día	\$465 al día	\$ 0
Día 151 y de allí en adelante	\$ 0	Según el cronograma de beneficios médicos principales	Según el cronograma de beneficios médicos principales
Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada			
Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluido el de haber estado en un hospital por lo menos durante 3 días y haber ingresado a un establecimiento aprobado por Medicare dentro de los 30 días siguientes a la salida del hospital.			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$ 0	\$ 0
Día 21 al 100	Todo, excepto \$114 al día	\$114 al día	\$ 0
Día 101 y de allí en adelante	\$ 0	Según el cronograma de beneficios médicos principales	Según el cronograma de beneficios médicos principales

MEDICARE (PARTE A) – SERVICIOS HOSPITALARIOS – PERIODO POR BENEFICIO (cont.)

Beneficio	Medicare Parte A paga	El plan paga	Usted paga
-----------	-----------------------	--------------	------------

Sangre

Las primeras 3 pintas	\$ 0	3 pintas	\$ 0
Cantidades adicionales	100%	\$ 0	\$ 0

Cuidado en el hospicio

Disponible siempre y cuando el médico certifique que usted es un enfermo terminal y usted elija recibir esos servicios	Todo, excepto un coseguro muy limitado para los medicamentos de pacientes ambulatorios y el cuidado de pacientes hospitalizados	100%	\$ 0
--	---	------	------

MEDICARE (PARTE B) – SERVICIOS MÉDICOS – POR AÑO CALENDARIO

Beneficio	Medicare Parte B paga	El plan paga	Usted paga
Gastos médicos			
En el hospital o fuera de éste, y tratamiento hospitalario para pacientes ambulatorios. Gastos tales como servicios médicos, suministros médicos y servicios quirúrgicos para pacientes hospitalizados o ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas de diagnóstico, equipo médico durable			
Primeros \$110 de la cantidad aprobada por Medicare	\$ 0	\$110	\$ 0
El resto de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$ 0
Exceso de costos de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas)	\$ 0	\$ 0	Todos los costos
Servicios de ambulancia	80%	20%	\$ 0
Sangre			
Las primeras 3 pintas	\$ 0	3 pintas	\$ 0
Cantidades adicionales	80%	20%	\$ 0
Servicios de laboratorio clínico			
Exámenes de sangre para servicios de diagnóstico	100%	\$ 0	\$ 0

MEDICARE (PARTE B) – SERVICIOS MÉDICOS – POR AÑO CALENDARIO (cont.)

Beneficio	Medicare Parte B paga	El plan paga	Usted paga
Cuidado de la salud en el hogar			
Servicios aprobados por Medicare Servicios de cuidado especializados medicamento necesarios y suministros médicos	100%	\$ 0	\$ 0
Equipo médico durable Cantidades aprobadas por Medicare	80%	\$20	\$ 0
Viaje en el extranjero	\$ 0	Según el cronograma de beneficios médicos principales Después de \$500 deducibles	Según el cronograma de beneficios médicos principales Después de \$500 deducibles
Beneficios médicos principales	\$ 0	Según el cronograma de beneficios médicos principales Después de \$500 deducibles	Según el cronograma de beneficios médicos principales Después de \$500 deducibles
Beneficios de la visión	\$ 0	Según el cronograma de beneficios	Según el cronograma de beneficios

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS

Beneficio	Medicare paga	El plan paga	Usted paga
Opción de farmacia			
Copago por prescripción (suministro de 34 días)			
Medicamentos genéricos	\$ 0	Todo, excepto \$10	\$10
Medicamentos de marca de formulario	\$ 0	Todo, excepto la cantidad de copago	\$20 mínimo o hasta 20% de un copago de \$60
Medicamentos de marca que no son de formulario	\$ 0	Todo, excepto la cantidad de copago	\$35 mínimo o hasta 30% de un copago de \$105
Opción de farmacia (3ra y renovaciones de recetas)			
Copago por prescripción (suministro de 34 días)			
Medicamentos genéricos	\$ 0	Todo, excepto \$20	\$20
Medicamentos de marca de formulario	\$ 0	Todo, excepto la cantidad de copago	\$50 mínimo o hasta 20% de un copago de \$125
Medicamentos de marca que no son de formulario	\$ 0	Todo, excepto la cantidad de copago	\$90 mínimo o hasta 30% de un copago de \$250
Opción de medicamentos de prescripción por correo			
Copago por prescripción (suministro de 90 días)			
Medicamentos genéricos	\$ 0	Todo, excepto \$20	\$20
Medicamentos de marca de formulario	\$ 0	Todo, excepto la cantidad de copago	\$50 mínimo o hasta 20% de un copago de \$125
Medicamentos de marca que no son de formulario	\$ 0	Todo, excepto la cantidad de copago	\$90 mínimo o hasta 30% de un copago de \$250