

Arkansas Blue
MEDICARE

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association



Resumen de beneficios 2021

BlueMedicare Value Choice (PPO) H3554-003

Nuestra área de servicio para **BlueMedicare Value Choice (PPO)** incluye los siguientes condados de Arkansas: Benton, Carroll, Cleburne, Conway, Crawford, Grant, Madison, Pope, Sebastian, Van Buren, Washington y Yell

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda totalmente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante del servicio de atención al cliente al **1-844-201-4934 (TTY: 711)**.

Explicación de los beneficios

- ┌ Consulte la lista completa de beneficios incluida en la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC), en especial aquellos servicios de rutina por los que consulta a un médico. Visite **www.arkbluemedicare.com** o llame al **1-844-201-4934 (TTY: 711)** para obtener una copia de la EOC.
 - ┌ Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta se encuentran dentro de la red. Si no están incluidos, eso quiere decir que probablemente deberá seleccionar un médico nuevo.
 - ┌ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para surtir cualquier medicamento con receta médica se encuentra dentro de la red. Si la farmacia no está incluida, probablemente deberá seleccionar una farmacia nueva para surtir sus medicamentos con receta.
-

Explicación de normas importantes

- ┌ Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Generalmente, esta prima se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
 - ┌ Los beneficios, las primas o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2022.
 - ┌ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Si bien pagaremos por los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar brindar la atención. Asimismo, usted pagará un copago superior por los servicios recibidos de proveedores no contratados.
-

La información de beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la “Evidencia de cobertura”. También puede ver la “Evidencia de cobertura” de este plan en nuestro sitio web, www.arkbluemedicare.com.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su manual actual de “Medicare & You” (Medicare y Usted). Consúltelo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Quiénes pueden inscribirse?

Para inscribirse, deberá cumplir con estos requisitos:

- Tener derecho a la Parte A de Medicare.
- Estar inscrito en la Parte B de Medicare.
- Vivir en nuestra **área de servicio**.

Nuestra área de servicio para **BlueMedicare Value Choice (PPO)** incluye los siguientes condados de Arkansas: Benton, Carroll, Cleburne, Conway, Crawford, Grant, Madison, Pope, Sebastian, Van Buren, Washington y Yell

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Tenemos una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted utiliza proveedores que no se encuentran en nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios.

- Puede consultar a los directores de farmacias y proveedores de nuestro plan en nuestro sitio web (www.arkbluemedicare.com), o bien puede llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de farmacias y proveedores.

¿Tiene preguntas? Llámenos.

- Si no es miembro de este plan, puede llamarnos al **1-855-591-9794** (TTY: 711).
- Si es miembro de este plan, puede llamarnos al **1-844-201-4934** (TTY: 711).
 - Estamos disponibles del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., hora del centro, excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad.
 - Del 1.º de abril al 30 de septiembre, abrimos de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., hora del centro.
- O visite nuestro sitio web en www.arkbluemedicare.com



Prima mensual, deducible y límites

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Prima mensual del plan	\$29	
Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.		
Deducible médico	\$0	
Deducible de farmacia (Parte D)	\$250 para los Niveles 3, 4 y 5.	
Responsabilidad de desembolso directo máximo	\$6,700 dentro de la red	\$11,300 (combinado para dentro y fuera de la red)
Lo máximo que paga de copagos, coseguro y otros costos por servicios cubiertos durante el año.		



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Atención de enfermedades agudas para pacientes hospitalizados	\$360 de copago por día para los días 1 a 5. \$0 de copago por día para los días 6 a 90.	40% del costo
<i>No se necesita referencia. Se puede requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</i>		
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios	\$325 de copago	40% del costo
Cirugía ambulatoria en hospital para pacientes ambulatorios:		
Cirugías ambulatorias realizadas en un centro de cirugía ambulatoria:	\$300 de copago \$0 de copago en colonoscopia de diagnóstico.	40% del costo

No se necesita referencia. Se puede requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.

Visitas al médico

Proveedor de atención primaria:

\$10 de copago

Especialista: **\$45** de copago

Telesalud:

- **\$0** de copago para proveedor de atención primaria o servicios de urgencia.
- **\$0** de copago para visita de salud mental.
- **\$45** de copago para especialista.

Proveedor de atención

primaria: **\$25** de copago

Especialista: **40%** del costo

DENTRO DE LA RED**FUERA DE LA RED****Atención preventiva**

Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos sin costo si ve a un proveedor de la red, incluido lo siguiente:

40% del costo

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Asesoramiento por abuso de alcohol
- Visita anual de bienestar
- Enemas de bario
- Medición de la masa ósea
- Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)
- Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)
- Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares
- Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino
- Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia flexible)
- Prueba de detección de depresión
- Pruebas de detección de diabetes
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes
- Examen digital del recto
- Electrocardiograma
- Prueba de detección de glaucoma
- Prueba de detección del VIH
- Prueba de detección de cáncer de pulmón
- Servicios de terapia de nutrición médica

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Atención preventiva (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Medicare Diabetes Prevention Program • Asesoramiento y detección de obesidad • Pruebas de detección de cáncer de próstata (prostate cancer screenings, PSA) • Examen médico de rutina • Detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco) • Vacunas, incluso para la gripe, hepatitis B, antineumocócicas • Visita preventiva “Welcome to Medicare” (Bienvenido a Medicare) (una vez) 	40% del costo


Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA		
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Sala de emergencias	\$90 de copago	\$90 de copago
Si es admitido en el hospital por 24 horas, no debe pagar su participación en los costos para atención de emergencia.	Servicios de atención de emergencia en todo el mundo: <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo • Límite anual de \$15,000 	Servicios de atención de emergencia en todo el mundo: <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo • Límite anual de \$15,000
Servicios de urgencia	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago para las visitas al consultorio del médico de atención primaria • \$30 de copago en un centro de atención de urgencia. • \$45 de copago en el consultorio de un especialista. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago para las visitas al consultorio del médico de atención primaria • \$30 de copago en un centro de atención de urgencia • \$45 de copago en el consultorio de un especialista.

SERVICIOS Y ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes	Mamografía de diagnóstico: \$0 de copago	40% del costo
	Radiología diagnóstica - resonancia magnética: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago para densitometría ósea • \$30 de copago en un centro de atención de urgencia • \$45 de copago en una clínica de radiología independiente o especializada • \$325 de copago para hospital de pacientes ambulatorios 	40% del costo
	Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios: \$0 de copago	40% del costo
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago para servicios preventivos. • \$10 de copago para proveedor de atención primaria. • \$30 de copago en un centro de atención de urgencia • \$45 de copago para especialista • \$325 de copago para hospital de pacientes ambulatorios • \$0 de copago para espirometría • \$0 de copago para estudio domiciliario del sueño 	40% del costo
	Radiografías: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago en sala de emergencias, especialista, centro de atención de urgencia o proveedor de atención primaria • \$25 de copago en un centro independiente o para pacientes ambulatorios 	40% del costo
	Radioterapia: 20% del costo	40% del costo

No se necesita referencia. Se puede requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios para la audición	Examen de diagnóstico de la audición cubierto por Medicare: \$40 de copago	40% del costo
	Examen de la audición de rutina: \$0 de copago para exámenes de audición de rutina una vez al año	Sin cobertura
	\$0 de copago para evaluación/ajuste de audífonos hasta 3 veces al año Se debe usar el proveedor TruHearing.	Sin cobertura
 Audición integral	<ul style="list-style-type: none"> Cantidad autorizada de hasta \$1,000 para el costo de 2 audífonos no implantables del catálogo de TruHearing Choice cada 3 años (incluye 48 pilas por audífono y garantía de 3 años) Se debe usar el proveedor TruHearing.	Sin cobertura
Dental	Servicios dentales cubiertos por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> \$45 de copago 	40% del costo
	Atención dental de rutina: examen bucal integral: <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago para el examen bucal integral, 1 de por vida por dentista 	50% del costo
	Examen bucal: <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago (hasta 2 por año) 	50% del costo
	Profilaxis (limpiezas): <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago (hasta 2 por año) 	50% del costo
	Radiografías: <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago (los límites varían según el servicio). 	50% del costo



Beneficios dentales integrales

Beneficio máximo		Arkansas Blue Medicare paga hasta \$2,000 por año calendario.		
Servicios dentales cubiertos	Dentro de la red*, usted paga:	Fuera de la red**, usted paga:	Limitaciones de beneficios por año calendario	
Servicios dentales básicos (restauración menor)				
Restauración con amalgama (empastes de plata)	30%	50%	1 por año	
Restauraciones de resina compuesta (empastes blancos)	30%	50%		
Extracciones	50%	50%	1 por año	
Servicios dentales mayores (endodoncia, periodoncia y cirugía bucal)				
Eliminación de sarro periodontal y alisado radicular (limpieza profunda)	50%	50%	1 por cuadrante cada 2 años	
Mantenimiento periodontal	50%	50%	2 por año	
Dentaduras postizas completas o parciales	50%	50%	1 juego cada 5 años	
Ajustes de dentadura postiza completa y parcial	30%	50%	2 por año	
Recubrimiento de dentadura	50%	50%	1 cada 3 años	
Extracción de diente retenido	50%	50%	1 por año	

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a condiciones, limitaciones, exclusiones y máximos. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener detalles.

*Los dentistas de la red aceptaron proporcionar servicios con una tarifa negociada. Si consulta a un dentista de la red, no se le puede facturar más que esa tarifa.


**Los beneficios que se reciben fuera de la red están sujetos a máximos, limitaciones o exclusiones de beneficios dentro de la red. Un proveedor fuera de la red puede facturarle cualquier monto que supere lo que Arkansas Blue Medicare le paga al proveedor.

Para encontrar un proveedor dental dentro de la red, visite www.arkbluemedicare.com.

Los miembros de Arkansas Blue Medicare también tienen acceso a **Dental Xtra**, un programa para miembros que sean mujeres embarazadas, tengan diabetes, tengan enfermedad de arteria coronaria, hayan sufrido un derrame cerebral o tengan un diagnóstico de cáncer bucal, cáncer de cabeza y cuello o síndrome de Sjögren. Proporciona a los miembros que califican beneficios dentales adicionales, que se pagan al 100% cuando se utiliza un dentista participante. Este no cuenta para el monto máximo en dólares que su plan dental cubre durante el año calendario y no requiere copago, coseguro ni deducible. Para averiguar más, visite www.arkansasdentalblue.com.



Beneficios médicos y de hospital cubiertos

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Vista	Examen de la vista cubierto por Medicare: \$40 de copago Examen de la vista de rutina: \$0 de copago (1 por año). Retinopatía diabética: \$0 de copago Examen de detección de glaucoma: \$0 de copago	40% del costo. 50% del costo 40% del costo 40% del costo
 Servicios completos para la vista	Anteojos (lentes y marcos): <ul style="list-style-type: none"> • Los lentes de vidrio o plástico, visión monofocal, bifocales con revestimiento, trifocales con revestimiento o lenticulares están cubiertos en su totalidad. • Cubiertos en su totalidad* hasta la cantidad autorizada de venta minorista de \$150 cada 2 años (se puede aplicar un copago de \$15). Lentes de contacto: <ul style="list-style-type: none"> • Todas las lentes de contacto son en lugar de los anteojos (lentes y marcos). Cantidad autorizada hasta \$100 (se puede aplicar un copago de \$0 a \$15). 	<ul style="list-style-type: none"> • Lentes: 50% del costo • Marcos: \$150 de cantidad autorizada • Lentes de contacto: \$100 de cantidad autorizada • Lentes de contacto clínicamente necesarias: 50% del costo.

*Los materiales y servicios cubiertos en su totalidad son sin contar cualquier copago aplicable. De acuerdo con las leyes aplicables, los beneficios y ahorros pueden variar según la ubicación.

Para encontrar un proveedor de la vista dentro de la red, visite www.arkbluemedicare.com.



Beneficios médicos y de hospital cubiertos

DENTRO DE LA RED

FUERA DE LA RED

Servicios de salud mental Pacientes hospitalizados:

- **\$350** de copago por día para los días 1 a 5
- **\$0** de copago por día para los días 6 a 90.

40% del costo.

40% del costo

Ambulatorios:

- **\$40** de copago para sesiones de terapia individual.
- **\$30** de copago para sesiones de terapia grupal.

• Sesiones de terapia individual: **40%** del costo

• Sesiones de terapia grupal: **40%** del costo

No se necesita referencia. Se puede requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Centro de enfermería especializada (SNF)	<p>Su plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día para los días 1 a 20 • \$184 de copago por día para los días 21 a 100 	40% del costo para los días 1 a 100
<i>No se necesita referencia. Se puede requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</i>		
Servicios de rehabilitación	<p>Terapia física: \$40 de copago</p> <p>Terapia ocupacional: \$40 de copago</p> <p>Terapia del habla: \$40 de copago</p> <p>Servicios de tratamiento para adicción a opioides: \$45 de copago</p> <p>Rehabilitación cardíaca: \$35 de copago</p> <p>Rehabilitación pulmonar: \$25 de copago</p>	<p>40% del costo</p> <p>40% del costo</p> <p>40% del costo</p> <p>40% del costo</p> <p>40% del costo</p> <p>40% del costo</p>
<i>No se necesita referencia. Se puede requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</i>		
Ambulancia (terrestre)	\$265 de copago	\$265 de copago
Ambulancia (aérea)	20% del costo	20% del costo
Transporte	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Medicamentos de radiación/quimioterapia: 20% del costo</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B de Medicare: 20% del costo</p>	40% del costo



Beneficios de medicamentos con receta médica

Deducible de farmacia (Parte D) Este plan tiene un deducible de \$250 para medicamentos de Nivel 3, 4 y 5. Usted paga el costo total de estos medicamentos hasta llegar a \$250. Después de eso, solo paga su parte del costo. Comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año en los Niveles 3, 4 y 5.

Etapas de cobertura inicial
(después de pagar su deducible,
si corresponde)

Durante esta etapa, el plan paga su parte de los costos de tus medicamentos y usted paga su parte.

Usted permanecerá en esta etapa hasta que su costo total de medicamentos anual (costo total por medicamentos que usted y nuestro plan pagan) llegue a **\$4,130**. Una vez que alcance este monto, ingresará en la Brecha de cobertura.

Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y de pedido por correo de la red.

	Minorista		Pedido por correo	
	Suministro para 30 días	Hasta un máximo de 100 días de suministro	Suministro para 30 días	Hasta un máximo de 100 días de suministro
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$3	\$6	\$3	\$0
Nivel 2: genéricos	\$13	\$26	\$13	\$0
Nivel 3: De marca preferidos	\$47	\$94	\$47	\$94
Nivel 4: Medicamento no preferido	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de medicamentos especializados	28%	28%	28%	28%
Nivel 6: Nivel de medicamentos de atención selecta	\$0	\$0	\$0	\$0

Etapa de brecha de cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha de cobertura (también llamada “agujero de rosquilla”). En la brecha de cobertura, existe un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el costo anual total de los medicamentos (que incluye lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) llega a \$4,130. Usted permanece en esta etapa hasta que su costo total de medicamentos anual llega a \$6,550.

Durante la brecha de cobertura:

- Usted paga los mismos copagos que pagaba en la etapa de cobertura inicial por medicamentos del Nivel 6 (Nivel de medicamentos de atención selecta).
- Usted paga el 25% del costo por todos los medicamentos

de los demás niveles.

Etapa de cobertura contra catástrofes

Después de que sus costos de desembolso directo por año por medicamentos (incluidos medicamentos adquiridos a través de sus farmacias minoristas y de pedido por correo) llegan a **\$6,550**, usted paga lo que sea mayor de lo siguiente:

- 5% del costo o
- \$3.70 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$9.20 para todos los otros medicamentos.

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.



Cobertura de medicamentos adicional

Beneficio de medicamentos de nivel 6 \$0 de copago por medicamentos especializados para mejorar el cumplimiento de las indicaciones de medicamentos para ciertas afecciones crónicas, como presión arterial alta, colesterol alto y diabetes. Este nivel también incluye la cobertura de medicamentos de Medicare que en general no están cubiertos para la disfunción eréctil y pérdida de peso.



Beneficios médicos adicionales

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios quiroprácticos	<ul style="list-style-type: none"> • \$15 de copago para servicios cubiertos por Medicare. 	40% del costo
Suministros para diabéticos	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por suministros para diabéticos • \$0 de copago para plantillas o calzado terapéutico para diabéticos 	<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo por suministros para diabéticos. • 20% del costo por plantillas o calzado terapéutico para diabéticos.
Equipo médico y suministros	<ul style="list-style-type: none"> • DME, equipo médico duradero (sillas de ruedas u oxígeno): 20% del costo. • Suministros médicos: 20% del costo. • Prótesis (miembros artificiales o aparatos): 20% del costo. 	<ul style="list-style-type: none"> • DME, equipo médico duradero (sillas de ruedas u oxígeno): 20% del costo. • Suministros médicos: 20% del costo. • Prótesis (miembros artificiales o aparatos): 20% del costo.
<i>No se necesita referencia. Se puede requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</i>		
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de terapia individual: \$45 de copago • Sesiones de terapia grupal: \$35 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de terapia individual: 40% del costo • Sesiones de terapia grupal: 40% del costo
Podólogo	<ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago por cada visita cubierta por Medicare • \$40 de copago para la atención de los pies de rutina (hasta 6 visitas) 	<ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo • 40% del costo
Acupuntura	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago (hasta 6 visitas). 	<ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo
<i>No se necesita referencia. Se puede requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</i>		
Masajes terapéuticos	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago (hasta 6 visitas). 	Sin cobertura



Obtenga más servicios con Arkansas Blue Medicare

Healthy Blue Rewards

Usted cuida de su salud y nosotros cuidamos de usted. Cuando complete actividades de atención médica selectas como asistir a su visita de bienestar anual o administrarse la vacuna contra la gripe, nosotros le enviaremos recompensas en forma de tarjeta de regalo.



Beneficios de audición integrales

Su plan cuenta con beneficios de audición ampliados además de los beneficios de audición que cubre Original Medicare.



Beneficios dentales integrales

Su plan cuenta con beneficios dentales ampliados además de los beneficios dentales que cubre Original Medicare.



Beneficios completos para la vista

Su plan cuenta con beneficios para la vista ampliados además de los beneficios para la vista que cubre Original Medicare.

Nurse24

Los miembros de Arkansas Blue Medicare tienen acceso a la línea de enfermería Nurse24, que le brinda acceso a una enfermera registrada, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Los enfermeros pueden brindar información sobre el tratamiento domiciliario de enfermedades y lesiones menores, cómo prepararse para las visitas al médico, cómo entender sus medicamentos con receta médica y mucho más.

SilverSneakers® Fitness Program

Usted recibe una membresía básica en un centro de acondicionamiento físico, que incluye clases de gimnasia, sin costo adicional.

My Blueprint

Como miembro de Arkansas Blue Medicare, usted tiene acceso a My Blueprint, nuestro portal digital para miembros. Con My Blueprint, puede consultar información sobre reclamos, encontrar un médico, ver información de la póliza, encontrar farmacias o consultar costos de medicamentos con receta médica y acceder a su cuenta SilverSneakers.

The Wire

Suscríbase a The Wire, y le enviaremos mensajes de texto que lo vinculen con sus propias noticias personalizadas para miembros. Le informaremos los métodos de ahorro de costos, le enviaremos recordatorios preventivos y formas de maximizar sus beneficios, y mucho más. Es seguro, cumple con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y no tiene que descargar nada.

Beneficio de medicamentos sin receta

Cada trimestre le daremos una cantidad autorizada de \$25 para gastar en medicamentos sin receta.

Beneficio de comidas

Inmediatamente después de la cirugía o alta de un Centro de enfermería especializada o estadía en un hospital, un máximo de dos (2) comidas al día durante hasta siete (7) para un máximo de catorce (14) comidas, por miembro, por año, según corresponda.

**Exención de
responsabilidad**

Arkansas Blue Medicare es una afiliada de Arkansas Blue Cross and Blue Shield. Arkansas Blue Medicare ofrece planes LPPO con contratos con Medicare. La inscripción en Arkansas Blue Medicare depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción exhaustiva de los beneficios. Para obtener más información, llame al 1-844-201-4934 (TTY: 711).

Si tiene preguntas, comuníquese con el Servicio de atención al cliente al 1-844-201-4934. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., hora del centro, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, abrimos de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., hora del centro.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Llame al 1-844-662-2276 (TTY: 711).
