

blueprint

Guía para comprender el *seguro médico*



 Arkansas
BlueCross BlueShield
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

 Health Advantage
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

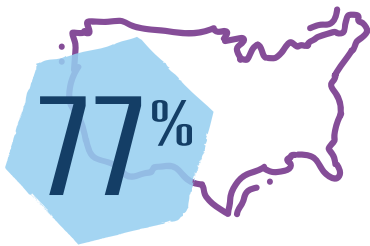
 Octave
BlueCross BlueShield
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association



Índice

Introducción	4
¿Qué es un seguro médico?	5
¿Por qué necesita un seguro médico?	6
¿Cómo y dónde obtiene un seguro médico?	7
¿Cuándo obtiene un seguro?	8
¿Qué es una red?	9
¿Cómo funciona el seguro médico y cuánto cuesta?	10
Prima	11
Copago	12
Deducible	13
Coseguro	14
Máximo de gastos de bolsillo	15
Explicación de beneficios (Explanation of benefits, EOB)	16
Cuentas de gastos de salud	17
¿Cuáles son los tipos de planes de salud?	18
Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)	19
Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO)	20
Plan de Punto de servicio (Point of Service, POS)	21
Plan de salud con un deducible alto (High Deductible Health Plan, HDHP)	22
¿Cómo utiliza su tarjeta de identificación?	23
¿Cómo funciona la farmacia?	24
¿Qué ocurre con la cobertura complementaria?	25

Es importante tener un seguro médico cuando se trata de la salud y el bienestar de una persona y su familia.



Aproximadamente el 77% de los estadounidenses están confundidos por los términos del seguro médico.¹

Estos términos son universales cuando se trata de cobertura de atención de la salud. Comprenderlos puede ayudarle a prepararse a la hora de elegir un plan.



Más de la mitad de la población adulta de los EE. UU. no entiende los términos básicos del seguro médico.²

Es importante comprender el seguro médico. Desde la definición de los términos del seguro médico hasta el análisis de la forma en que obtiene cobertura, esta guía sirve como introducción básica al seguro médico.

1. Edward J, Thompson RA, Wiggins A. Niveles de alfabetización en seguros médicos de intermediarios de información: ¿Cuán preparados están para abordar las crecientes necesidades de acceso a seguros médicos de los consumidores? Health Lit Res Pract. 2022;6(1):e30-e36. doi:10.3928/24748307-20220201-01
2. Bailey V. Más de la mitad de los estadounidenses tienen poca alfabetización en seguros médicos. HealthPayerIntelligence. Publicado el 25 de julio de 2022. <https://healthpayerintelligence.com/news/more-than-half-of-americans-have-low-health-insurance-literacy>

¿Qué es un seguro médico?

El seguro médico le ayuda a pagar la atención médica cuando tiene una enfermedad, lesión o busca servicios preventivos que son puntos de control importantes para mantenerlo sano. Hay varios tipos de planes que puede elegir y cada uno tiene un monto diferente que usted y la compañía de seguros pagarán. Puede adquirir un seguro médico para usted o puede obtener un plan familiar y cubrir a su cónyuge, pareja de hecho e hijos.

La mayoría de los planes le ayudan a pagar servicios como:



Visitas preventivas



Vacunas



Visitas a especialistas



Hospitalización



Servicios de salud mental/salud conductual



Embarazo, maternidad y atención de recién nacido



Medicamentos con receta médica



Visitas a la sala de emergencias



Análisis de laboratorio

¿Por qué necesita un seguro médico?



El seguro médico es importante independientemente de la etapa de la vida en la que usted o su familia se encuentren. Las compañías de seguros médicos trabajan con médicos, hospitales, clínicas y farmacias para brindarle atención a un costo asequible. El seguro médico se utiliza para el bienestar básico, al igual que para tratar afecciones crónicas, la salud masculina/femenina, la atención pediátrica y otros problemas de salud de alto riesgo. Le permite unirse a un grupo más grande de personas (su compañía o grupos de personas) y agrupar su dinero para distribuir el riesgo de grandes costos sanitarios.



Incluso como persona completamente sana, es importante hacerse exámenes físicos de rutina para ayudar a evitar que surjan futuros problemas de salud y evitar futuras facturas médicas que podrían ser costosas.



Planificar para lo inesperado y contar con un seguro médico puede brindarle seguridad cuando surja una emergencia.

¿Cómo y dónde obtiene un seguro médico?



Patrocinado por el empleado:

- La mayoría de las personas adquieren un seguro médico a través de un empleador o un plan “colectivo”. Puede ser su propio empleador o el empleador de su pareja/cónyuge.



Planes individuales:

- Los planes individuales están disponibles para todos a través del mercado de seguros médicos del gobierno ([healthcare.gov](https://www.healthcare.gov)) establecido por la Ley de Atención Asequible.
- También puede comprar planes individuales a través de compañías de seguros médicos privadas.



Programas gubernamentales:

- **Medicare** es un programa federal diseñado para personas mayores de 65 años y jóvenes con discapacidades.
- **Medicaid** ofrece cobertura de salud a millones de estadounidenses, incluidos los adultos de bajos ingresos elegibles, niños, mujeres embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidades. Medicaid es administrado por los estados, de acuerdo con los requisitos federales. El programa está financiado por los estados y el gobierno federal.



Los padres o tutores pueden mantener a los niños (dependientes) menores de 26 años en su plan de salud.

¿Cuándo obtiene un seguro?



El momento en el que selecciona/se registra para un plan se denomina el **Período de inscripción abierta (Open Enrollment Period, OEP)**. Para Medicare, se denomina **Período de elección anual (Annual Election Period, AEP)**.

Aunque la Inscripción abierta puede ocurrir en cualquier momento del año, generalmente ocurre al final del año calendario. Elegirá su plan para que comience el 1.º de enero del año siguiente. Para Medicare y el Período de elección anual, elegirá su plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

Puede inscribirse fuera del Período de inscripción abierta (Open Enrollment Period, OEP) durante un **período de inscripción especial** ante las siguientes situaciones (también denominado un **evento de vida calificado** (también denominado un **evento de vida calificado**):



Cambio del estado civil



Empezar a trabajar con un nuevo empleador



Perder otra cobertura médica



Mudarse a un nuevo estado



Tener un hijo o añadir un dependiente

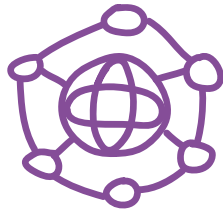


Calificar para Medicaid o el Programa de seguro médico para niños (Children's Health Insurance Program, CHIP)

¿Qué es una red?



Su red está formada por un grupo de médicos, hospitales y otros profesionales sanitarios que han aceptado proporcionar servicios médicos a los miembros de un plan sanitario por un precio determinado. Arkansas Blue Cross y Health Advantage crean una red integral en todo el estado para garantizar una sólida cobertura para usted, al tiempo que se aseguran de que todos los proveedores médicos y las instalaciones acepten ciertos descuentos que hacen que la atención sea más asequible para usted.



Dentro de la red

Médicos, hospitales y otros proveedores de atención de la salud **que han aceptado** proporcionar servicios médicos a precios establecidos con su plan de salud. Este será el descuento que se mostrará cuando reciba una explicación de beneficios para una visita.



Fuera de la red

Médicos, hospitales y otros proveedores **que no han acordado** fijar precios con su plan de salud.

¿Qué significa esto?

Para ahorrar dinero, normalmente elegirá un proveedor dentro de la red porque Arkansas Blue Cross y Health Advantage han negociado lo que costarán sus servicios. Los proveedores fuera de la red generalmente cobran más. Si recibe atención de un médico u hospital fuera de la red, no obtendrá el precio negociado (lo que significa que pagará más de su bolsillo).

¿Cómo funciona el seguro médico y cuánto cuesta?

El seguro médico funciona dividiendo el costo de la atención de la salud entre una persona y la aseguradora para pagar al proveedor. Si alcanza su monto máximo de gastos de bolsillo para un año específico, su aseguradora cubrirá el 100% del costo.

Antes de recibir atención de la salud, deberá presentar un comprobante de seguro a su proveedor. Esto les dirá qué tipo de cobertura tiene y cómo facturarle o cobrarle por su visita. El monto que se le factura depende de muchas cosas, como:



Tipo de plan



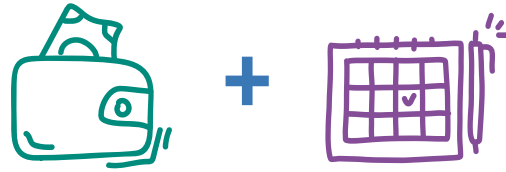
Monto del deducible



Atención dentro o fuera de la red

Cada mes usted paga una **prima** para tener cobertura de seguro médico. La mayoría de las veces, los planes con un deducible más alto tienen una prima mensual más baja. Los planes con un deducible más bajo tienen una prima mensual más alta. ¿Qué significan todas estas palabras? Las siguientes páginas definirán los términos y explicarán cómo trabajan juntos.

Prima



La prima es el monto que paga cada mes por su cobertura de seguro médico, incluso si no la utiliza. Es su factura mensual para su seguro médico, similar a un pago mensual para el seguro de automóvil. Si tiene un plan de salud del empleador, se deduce automáticamente de su salario y su empleador paga una parte de él.

El monto de su prima está determinado por varios factores:



Edad



Ubicación



Consumo de tabaco

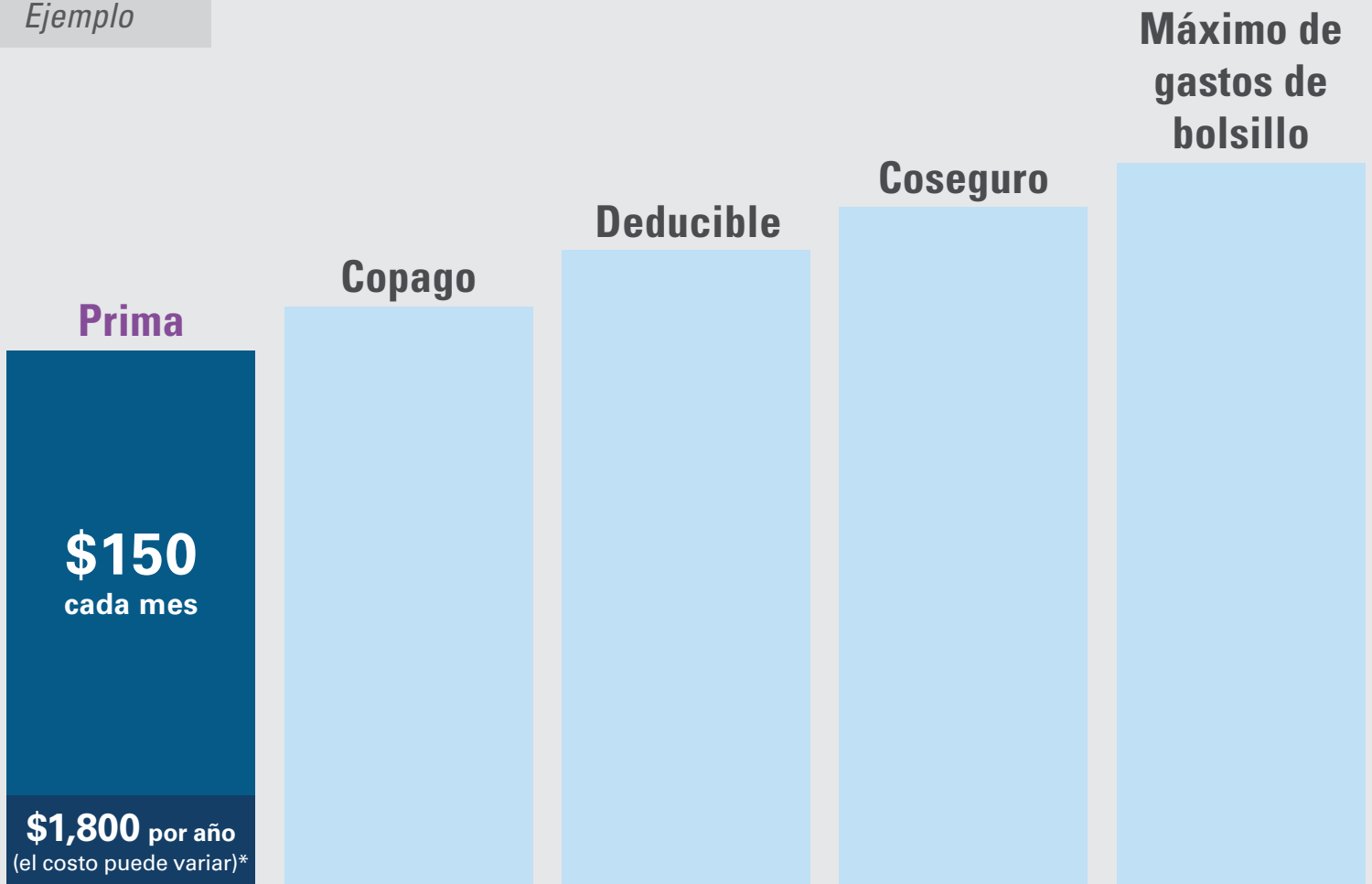


Dependientes



Categoría del plan

Ejemplo



*Los precios deben utilizarse como ejemplo y pueden variar. Las cifras se basan en planes individuales sin dependientes.

Copago

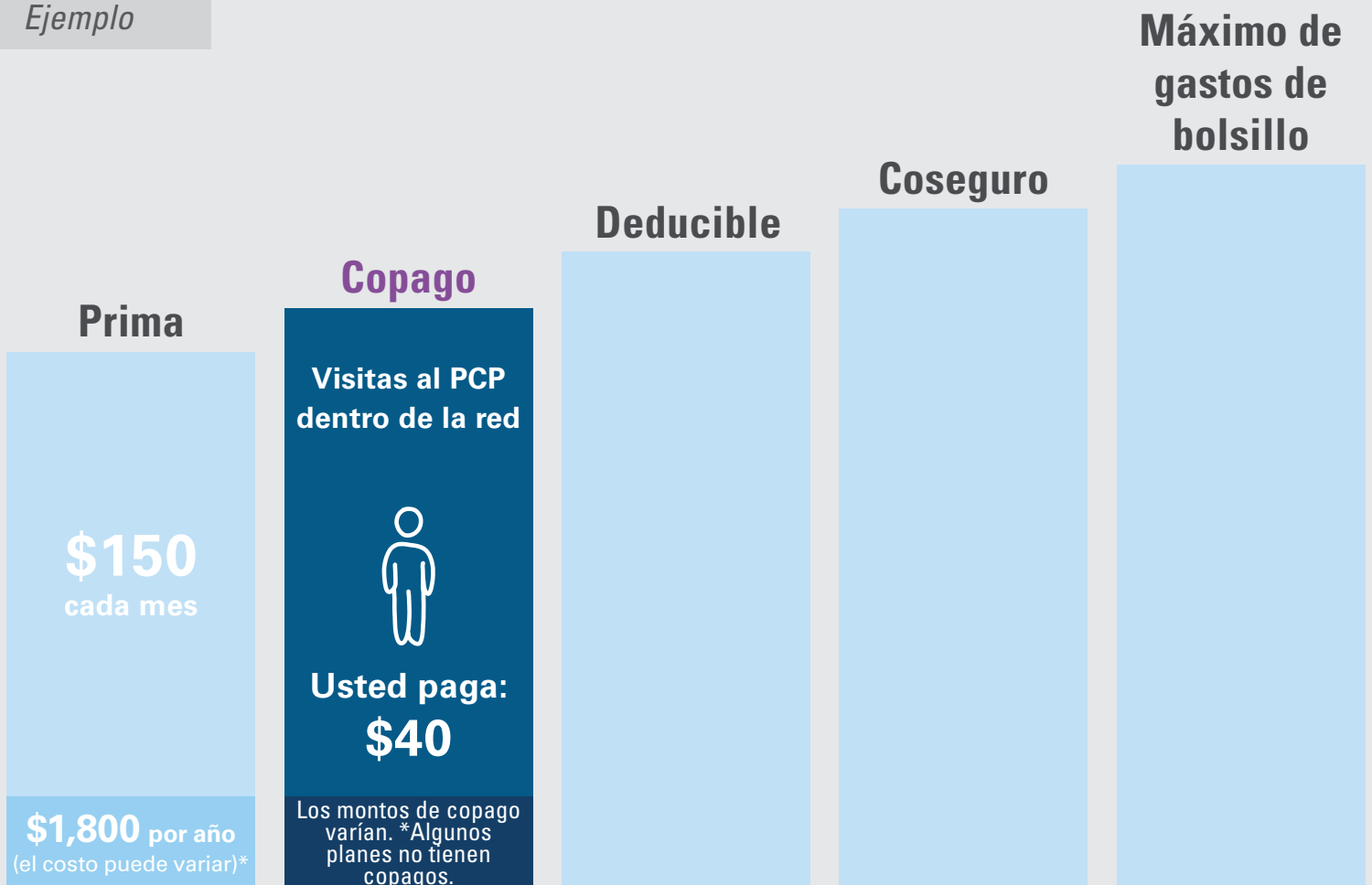


Este es el monto fijo que usted paga, generalmente en el momento de un servicio médico. Algunos planes no tienen un copago para visitas. Por lo general, los copagos son independientes y no cuentan para su monto de deducible. Cuentan para su máximo de gastos de bolsillo, lo que puede ayudarle si tiene gastos médicos elevados durante un año calendario. Su copago puede variar, dependiendo del tipo de servicio que reciba (por ejemplo, un copago por ver a un especialista puede ser más que un copago por una visita al PCP. También es posible que tenga un copago con medicamentos recetados.



Un médico de cuidados primarios (primary care provider, PCP) podría ser un médico, asistente médico o enfermero practicante.

Ejemplo



*Los precios deben utilizarse como ejemplo y pueden variar. Las cifras se basan en planes individuales sin dependientes.

Deducible

El deducible es el monto que usted paga por los costos médicos antes de que su seguro médico comience a realizar pagos a proveedores por servicios. Su proveedor de seguros tendrá ciertas cosas que se consideran cargos permitidos para destinar a su deducible. También tienen diferentes montos de deducible para servicios dentro y fuera de la red.

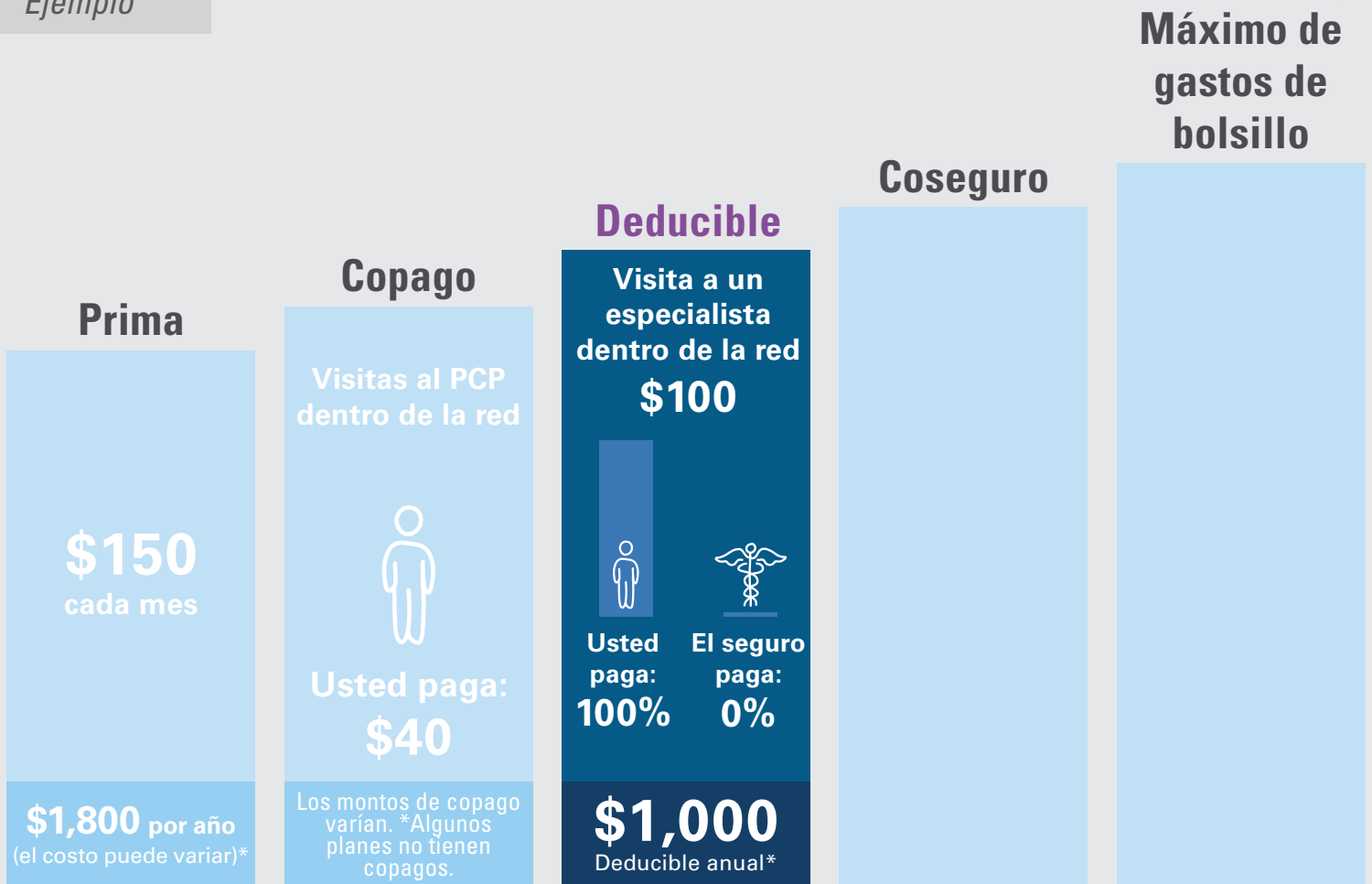
Ejemplo:

Si su deducible es de \$1,000, su plan comienza a ayudarlo a pagar una vez que haya alcanzado su deducible de \$1,000.

Se alcanza el deducible



Ejemplo



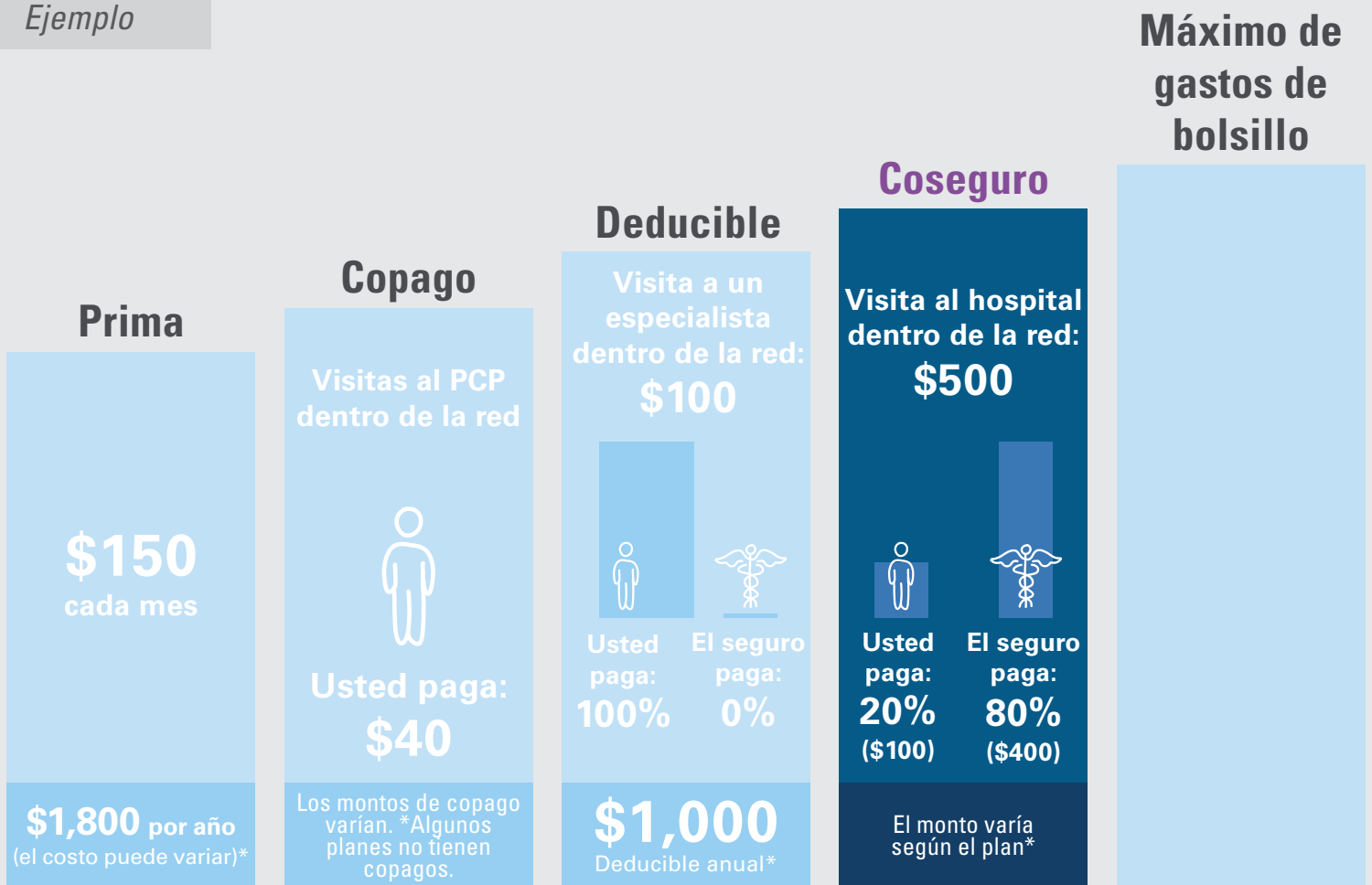
*Los precios deben utilizarse como ejemplo y pueden variar. Las cifras se basan en planes individuales sin dependientes.

Coseguro

Este es el porcentaje del costo que usted es responsable de pagar. Una vez que alcanza su deducible, su seguro comienza a pagar la mayoría de sus visitas dentro de la red y usted puede pagar el 20% y ellos pagan el 80% (los porcentajes exactos dependen de su proveedor y plan). A veces, el plan de salud paga el 100% del coseguro una vez que se alcanza el deducible.



Ejemplo



**Los precios deben utilizarse como ejemplo y pueden variar. Las cifras se basan en planes individuales sin dependientes.

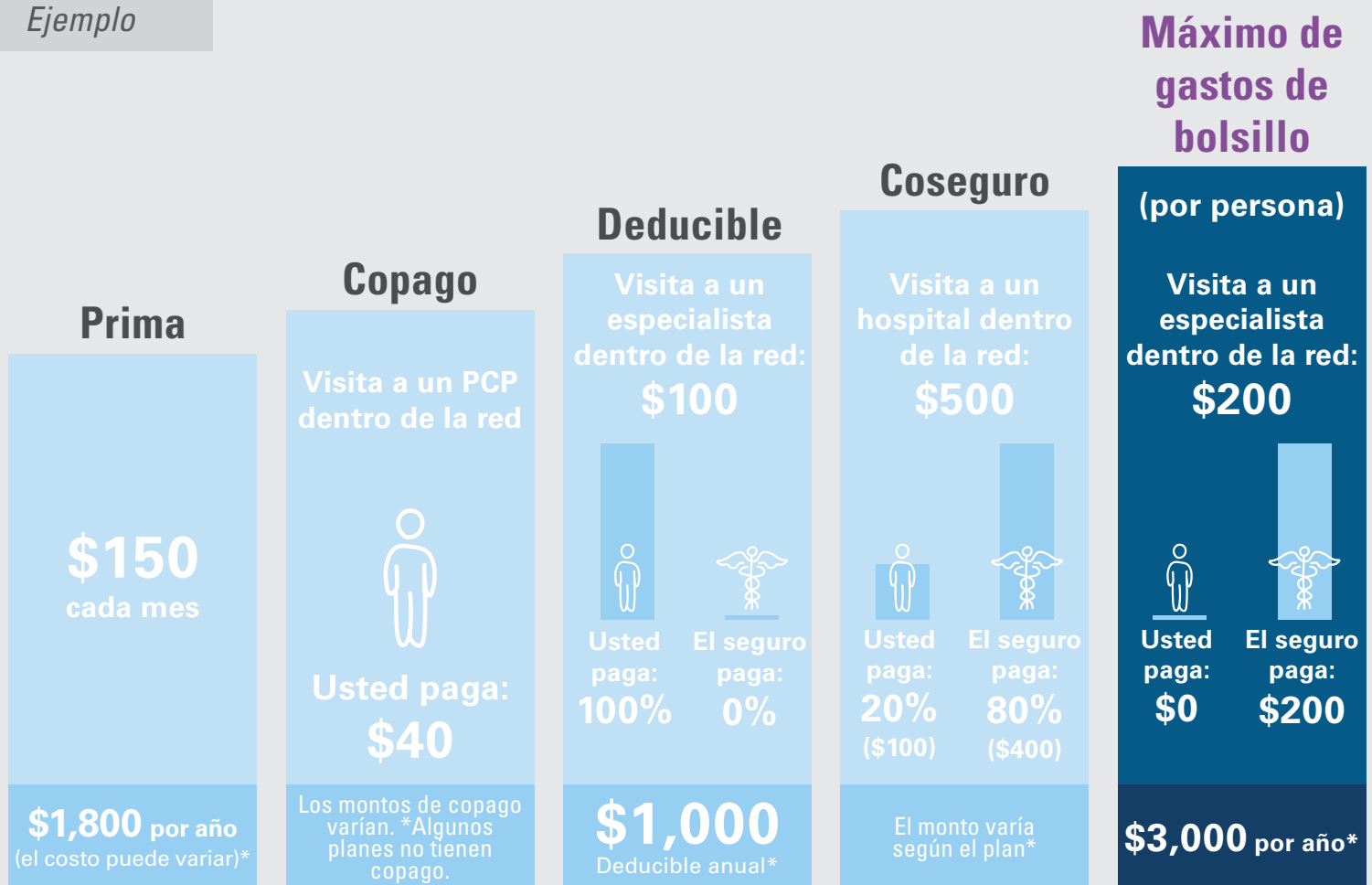
Máximo de gastos de bolsillo

La mayoría de los planes tienen un **máximo de gastos de bolsillo**, lo que significa que una vez que pague el monto establecido, su seguro cubrirá el 100% de cualquier gasto de atención médica elegible adicional.

Si usted o un familiar tienen gastos de salud mayores de lo normal, y alcanza su máximo de gastos de bolsillo para el año calendario, su seguro lo cubrirá al 100% durante el resto de ese año. El límite de gastos de bolsillo incluye su deducible, coseguro y copago. **El límite de gastos de bolsillo no incluye pagos de primas ni cargos por servicios que no estén cubiertos.**

Por ejemplo, si su desembolso máximo es de \$3,000, cuando alcance este monto, su seguro cubrirá todo lo demás al 100%. Tenga en cuenta que hay máximos de gastos de bolsillo dentro y fuera de la red. Esto significa que puede alcanzar su máximo de gastos de bolsillo para servicios dentro de la red, pero si recibe servicios fuera de la red y no ha alcanzado ese deducible, aún puede recibir una factura.

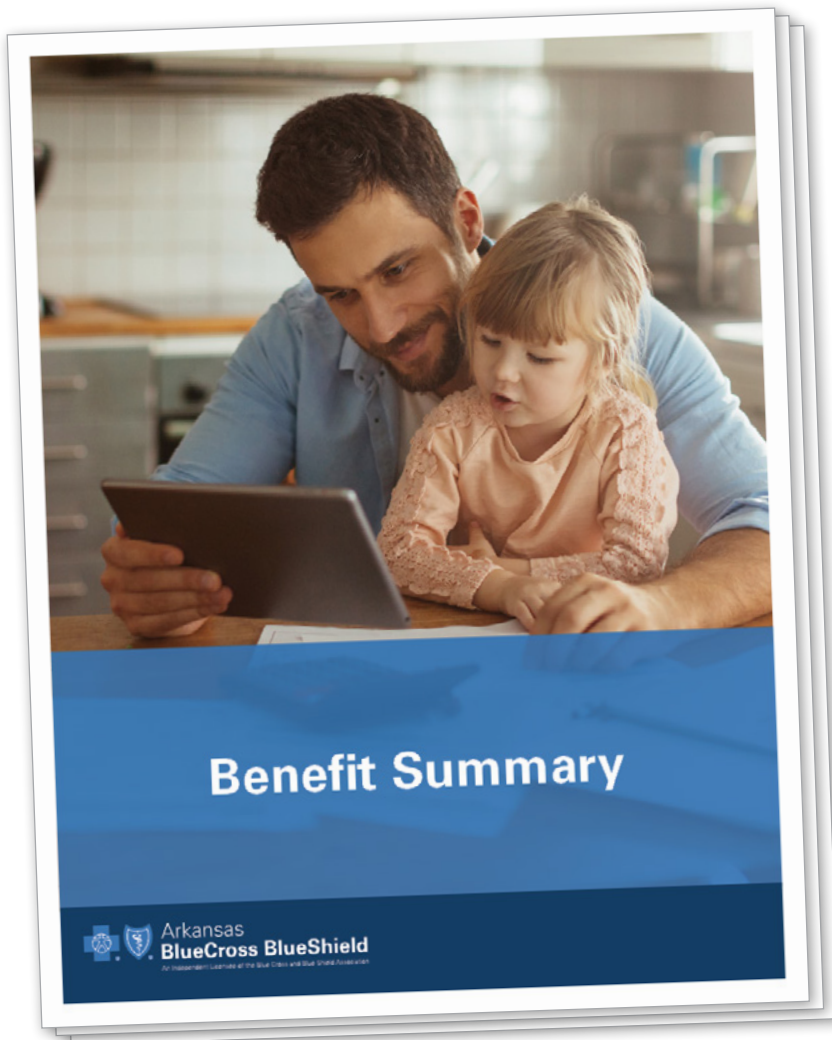
Ejemplo



*Los precios deben utilizarse como ejemplo y pueden variar. Las cifras se basan en planes individuales sin dependientes.

Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC)

Cuando busque planes de salud, tendrá acceso a un Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) que describe exactamente lo que pagará un plan por diferentes servicios médicos. A veces denominado un “programa de beneficios”, esto le proporcionará un resumen para que lo use para comparar el costo y la cobertura. Esto es beneficioso a la hora de elegir qué plan funcionará mejor para usted. Puede acceder a las SBC de su plan en Blueprint Portal.



Benefit Summary Effective Date: 09-30-2020

Descriptions

Individual Deductible: A dollar amount that you pay for healthcare services before the health plan begins to pay. Every policy has an individual or family deductible. If you are the only person on your policy, then you will pay for healthcare costs covered by your plan until you meet your individual deductible. Family deductibles work differently.

Family Deductible: If you or anyone in your family meets the individual deductible, then your health plan will begin to pay a portion of medical expenses for that person for that contract year (also called coinsurance). However, when the family deductible is met by any combination of family members, coinsurance will pay on all family members. Continues on page four.

Annual Limit on Cost Sharing: The claims amount that you must pay in a calendar year before you're no longer expected to pay copayments, deductible or coinsurance for the remainder of the year. The annual limitation on cost sharing is outlined in the Schedule of Benefits.

Coinsurance: A percentage of all remaining eligible medical expenses that is your responsibility to pay after your deductible has been satisfied.

Copayment: The amount you're required to pay to a preferred provider for covered medical expenses.

	Your Annual Limit on Cost Sharing	
	Individual	Family
In-Network	\$1,500	\$3,000
Out-of-Network*	\$3,000	\$6,000

*Annual limit on out-of-network costs does not include copayments.

Service Type**	Copayment Amount	Your Cost In-network coinsurance	Your Cost Out-of-network coinsurance
Professional Services			
Primary care physician visit	\$30	0%	30%
Specialty physician visit (Coinsurance may apply to additional services)	\$50	10%	30%
Adult preventive services		0%	10%
Children's preventive services		0%	10%
Professional fees for inpatient surgical and medical services		10%	30%
Professional fees for outpatient surgical and medical services		10%	30%
Hospital and Other Medical Facility Services			
Inpatient services		10%	30%
Outpatient services (includes surgery, diagnostics, lab and xray)		10%	20%
Emergency room visit		10%	10%
Maternity and obstetrics		10%	10%
Therapeutic Services			
Inpatient (limited to 90 days)		10%	30%
Outpatient (limited to 30 visits total)			
- Physical, occupational and speech therapy		0%	30%
- Chiropractic		10%	30%
Other Services			
Durable medical equipment		10%	30%
Diabetic supplies		10%	30%
Mental health		10%	30%
Ambulance services			
- Ground: up to \$1,000 per trip		10%	10%
- Air: up to \$5,000 per trip		10%	10%

**Additional fees may apply. Please check your Evidence of Coverage.

Important Health Disclaimer from Arkansas Blue Cross and Blue Shield
This document is intended only to highlight your benefits and should not be relied on to fully determine coverage. Some of the above services are subject to visit, day and/or dollar limits. Please refer to your Benefit Certificate for a full explanation of your benefits, the limitations of these benefits and the services that are not covered. If this document conflicts in any way with the policy issued to your employer, the policy shall prevail.

Explicación de beneficios (Explanation of benefits, EOB)

Recibirá una explicación de los beneficios cuando utilice su seguro médico. Esto le muestra el costo total de la atención que recibió, cómo se aplicó su seguro y los descuentos que recibió, cuánto pagó su plan de salud y proveedor, y qué costos restantes (si los hubiera) se adeudan. **Esta no es una factura.** Es una forma sencilla de ver todas sus reclamaciones en un período determinado y cómo se utiliza su seguro.

Explanation of Benefits

For: John Doe
 Member ID: M0012345678
 Document ID: S11234567890123
 Date issued: 07/07/2019

Mailed to:
 John Doe
 123 Main Street
 City, AR 72201

Summary
 For claims completed: June 12 - July 25, 2020

Total charges	\$2,611.01
Member discount	\$631.25
Your plan(s) paid	\$1,024.57
Your responsibility to provider(s)	\$955.19

Helpful definitions

Total charges – The total amount providers charged for the services, treatment, device or drug.

Member discount – Discounts are negotiated with providers. As a member, you get the benefit of these negotiated, discounted rates and if you use an in-network provider, they agree not to bill you for any covered service above your deductible, copay and coinsurance. However, out-of-network providers may bill you for any part of total charges not paid by your plan.

Your plan(s) paid – The amount paid by your benefit plan, based on the terms of your plan.

Your responsibility to provider(s) – Providers can bill you for this amount if you have not paid.

Need help?
 We love to hear from you.

arkbluecross.com/eob

1-800-238-8379

PO Box 1460
 Little Rock, AR 72203

Find it online
 Sign in to your Blueprint Portal member portal to:

- Track your healthcare costs for the plan year
- View your claims history
- Go paperless

Visit blueprintportal.com to sign in or register today!

Go paperless!
 Get it by email instead of by mail
blueprintportal.com/paperless

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Page 1

Explanation of Benefits for John Doe Document ID: S11234567890123

Provider totals billed by: Your Local Clinic

Claim #	Provider billed	Member discount	Net charged	Provider adjustment	Other health plan coverage	Your plan paid	Copay	Deductible	Coinsurance	Excluded	Total
190123745678 Claim received: 07/24/2019 Paid on: 07/16/2020											
Service date: 07/08/2020											
	X-Ray exam chest 2 Views	\$135.38	\$13.53	\$121.85	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$121.85	\$0.00	\$0.00	\$121.85
<small>Emergency room or observation care copay</small>											
Service date: 07/09/2020											
	Arneith surgery of shoulder	\$1,405.83	\$140.58	\$1,265.25	\$0.00	\$0.00	\$950.04	\$77.70	\$0.00	\$237.51	\$315.21
<small>Emergency room or observation care copay Member responsible for coinsurance - in-plan</small>											
			Net charged total:				Plan(s) paid total:				
			\$1,387.10				\$950.04	Your responsibility to Your Local Clinic: \$437.06			

Provider totals billed by: Your Local Hospital

Claim #	Provider billed	Member discount	Net charged	Provider adjustment	Other health plan coverage	Your plan paid	Copay	Deductible	Coinsurance	Excluded	Total
190123745679 Claim received: 07/24/2019 Paid on: 07/16/2020											
Service date: 07/08/2020											
	Office/outpatient visit est	\$187.00	\$26.41	\$160.59	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$121.85	\$160.59	\$0.00	\$160.59
<small>Emergency room or observation care copay</small>											
	Tie w/doppler complete	\$716.00	\$363.02	\$352.98	\$0.00	\$0.00	\$6.78	\$0.00	\$339.41	\$6.79	\$346.20
<small>Member responsible for coinsurance - out-of-network Member's out-of-network deductible (Old Plans)</small>											
	Electrocardiogram complete	\$60.00	\$37.33	\$22.67	\$0.00	\$0.00	\$11.33	\$0.00	\$0.00	\$11.34	\$11.34
<small>Emergency room or observation care copay</small>											
			Net charged total:				Plan(s) paid total:				
			\$536.24				\$18.11	Your responsibility to Your Local Hospital: \$518.13			

Under the Consolidated Appropriations Act of 2020, if you are not covered by a retiree only plan, you may be protected from surprise or balance billing if you were treated by an out of network provider that you had no choice in using while being treated in an emergency room, a stand-alone emergency center, or in certain instances during a planned procedure at one of our in network facilities. Generally, in situations like these where you have not signed a document waiving these protections, you are only responsible for paying your share of the costs as if the provider were in network. If in-network deductible and/or out-of-pocket limits apply when these services are rendered by in-network providers, cost sharing would apply toward those limits in this instance. If you would like to learn more or believe that you have been wrongly billed, you may contact us at the customer service number listed on your ID Card. If you believe that your provider has violated these requirements, you may also contact the Arkansas Insurance Department at (501)371-2600 or the No Surprises Help Desk at 1-800-985-3059. Visit www.cms.gov/nosurprises/consumers for more information about your rights under federal law.

Cuentas de gastos de salud

Existen cuentas especiales que puede utilizar para gastos médicos y recetas: cuentas de ahorros para la salud (health savings account, HSA), cuentas de gastos flexibles (flexible spending account, FSA) y acuerdos de reembolso para la salud (health reimbursement arrangement, HRA). Estas cuentas le permiten ahorrar y utilizar dinero con ventajas impositivas para cubrir gastos médicos calificados. Las cuentas HSA se transfieren de un año a otro, mientras que las cuentas FSA y HRA deben utilizarse antes de fin de año.

HSA frente a FSA y HRA

Comparación de cuentas	HSA	HRA	FSA
Usted es el titular de la cuenta.	✓	✗	✗
Su empleador es propietario de la cuenta.	✗	✓	✓
Debe tener un plan de salud con un deducible alto.	✓	✗	✗
Solo su empleador puede depositar dinero.	✗	✓	✗
Usted y su empleador pueden depositar dinero.	✓	✗	✓
Puede invertir el dinero en la cuenta.	✓	✗	✗
Debe informar la cuenta cuando realice sus impuestos.	✓	✗	✗

¿Cuáles son los tipos de planes de salud?



Hay diferentes opciones para el tipo de plan de salud que elija. Dependiendo de cómo obtenga su cobertura (patrocinada por el empleador, individual, etc.), es posible que tenga o no todas estas opciones.

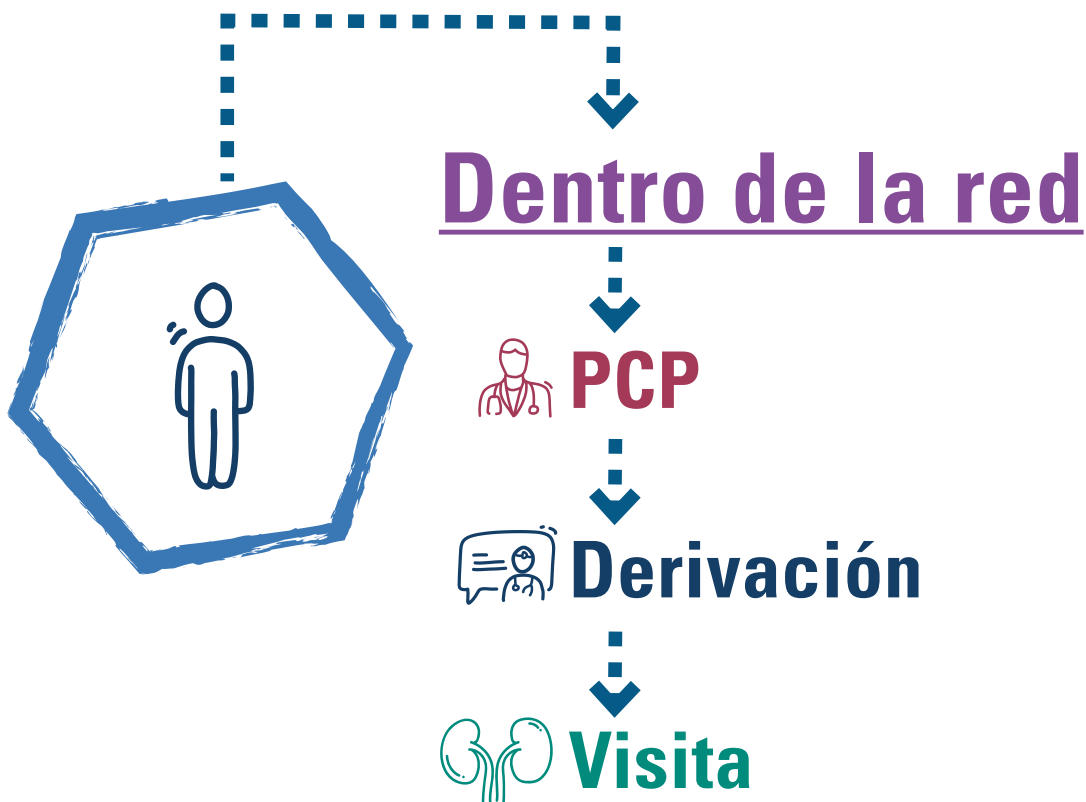
- **Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)**
- **Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO)**
- **Plan de Punto de Servicio (Point of Service, POS)**
- **Plan de salud con un deducible alto (High Deductible Health Plan, HDHP)**



Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)

Con este plan, elige un PCP que coordina su atención con médicos y hospitales que están en la red de su plan. Si necesita un especialista, como un cardiólogo, se requiere una derivación de su PCP. Por lo general, una HMO no cubrirá los servicios de un proveedor fuera de la red.

Un plan HMO generalmente tendrá una prima mensual y un deducible más bajos, pero incluirá un coseguro y copagos.

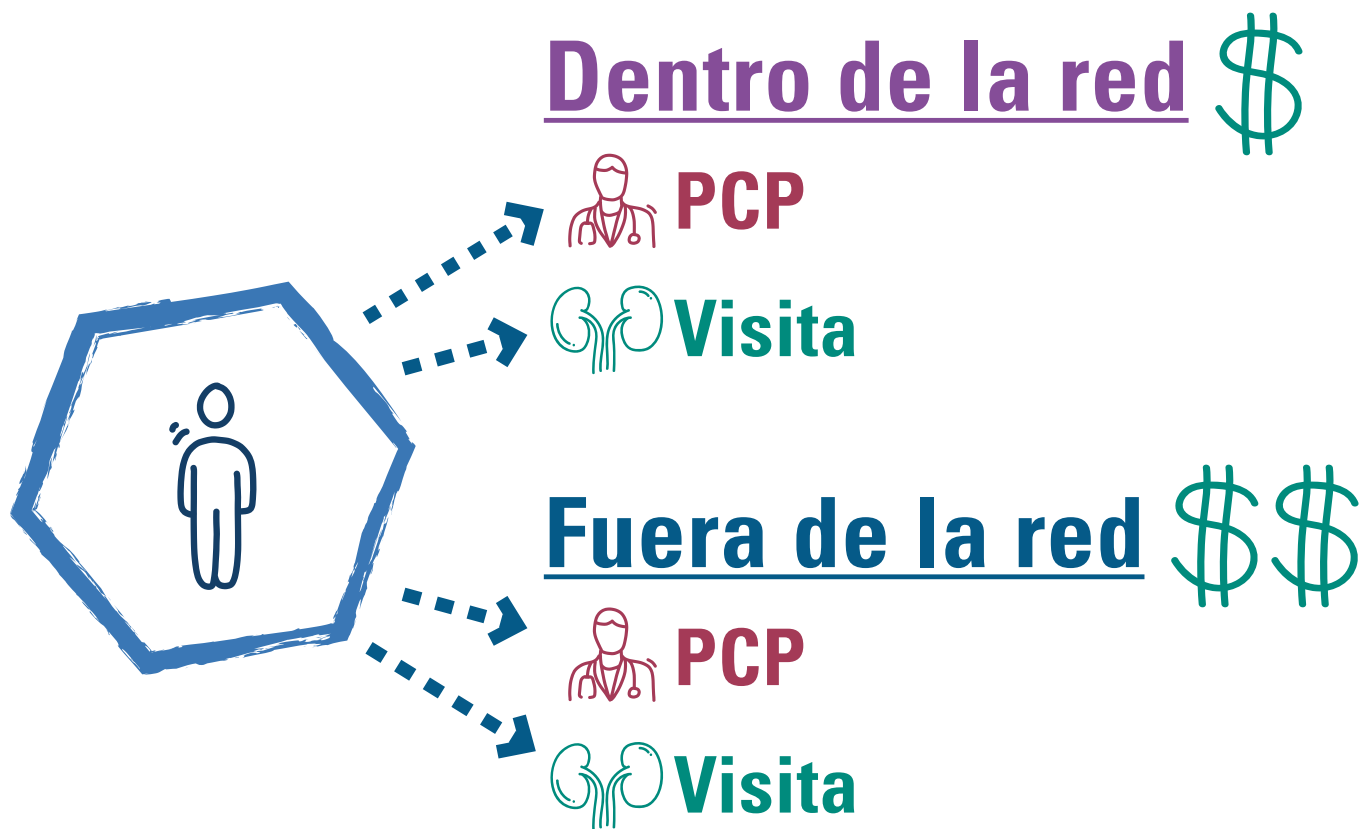


Organización de Proveedores Preferidos

(Preferred Provider Organization, PPO)

Este plan le permite administrar su propia atención, con o sin derivaciones de un PCP. Tiene la opción de qué proveedor ver, aunque ahorrará dinero si permanece dentro de la red.

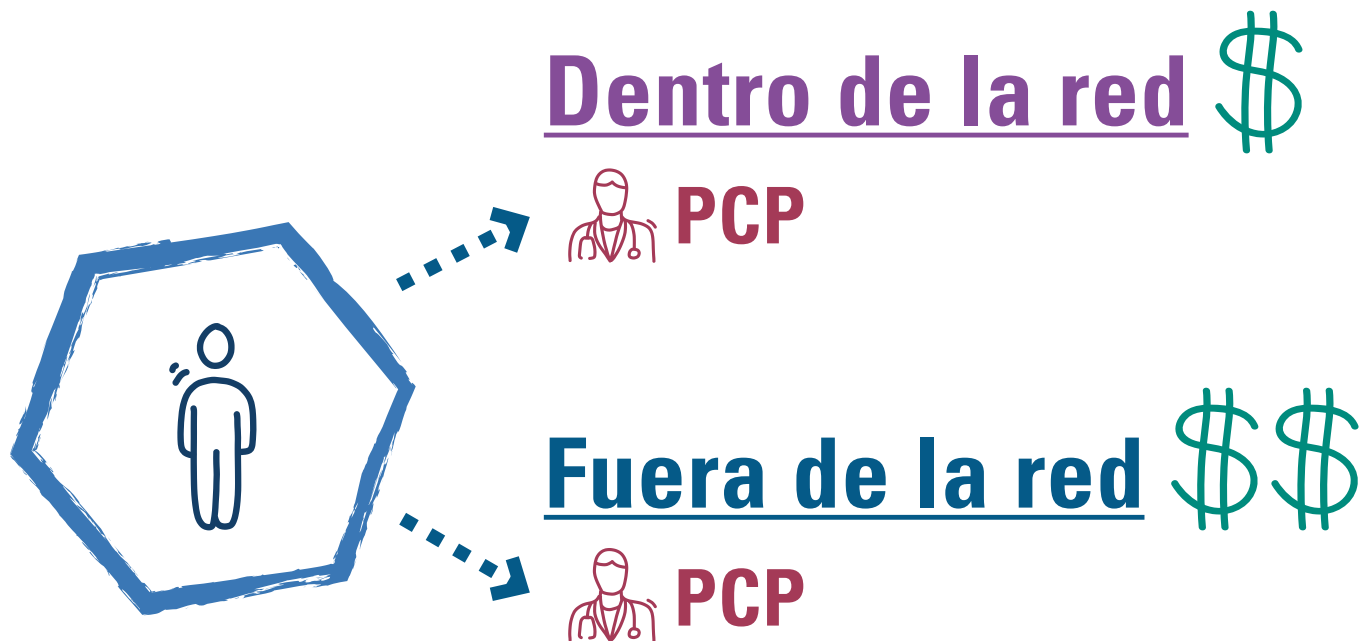
Es probable que una PPO tenga primas más altas que otros tipos de planes, pero copagos y coseguros más bajos.



Plan de Punto de Servicio (Point of Service, POS)

Una POS es una combinación de HMO y PPO. Al igual que una HMO, usted elige un PCP. Pero al igual que una PPO, puede obtener atención médica de proveedores dentro o fuera de la red. Pagará menos cuando utilice un médico u hospital dentro de la red y más si elige fuera de la red.

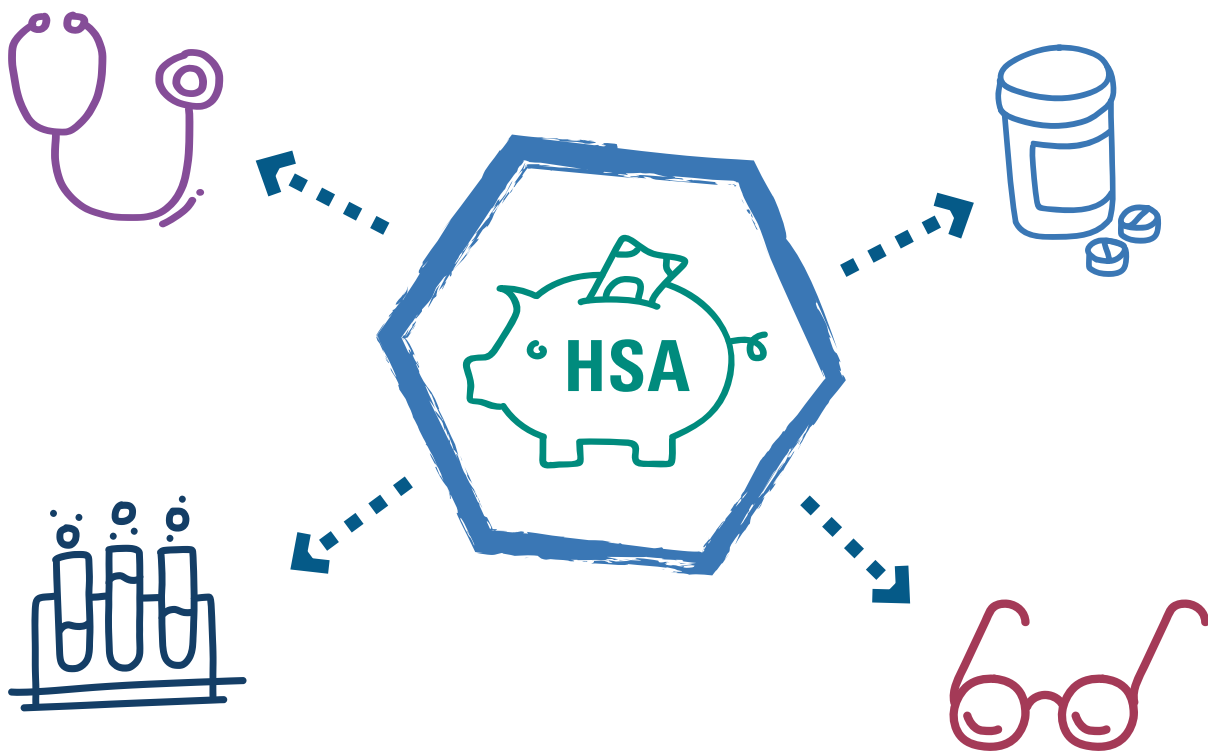
Un plan de POS puede requerir que pague una prima más alta y puede tener copagos, pero la mayoría no tienen deducible para los servicios dentro de la red que su PCP le recomiende.



Plan de salud con un deducible alto (High Deductible Health Plan, HDHP)

Este plan le brinda un mayor control sobre cómo se gastan sus dólares de atención de la salud. Un HDHP tiene un deducible más alto, pero una prima mensual más baja y una cuenta HSA especial para ayudarle a ahorrar dinero para gastos de atención de la salud.

Los HDHP suelen tener primas más bajas, pero usted pagará más de su bolsillo por la atención de la salud. La mayoría de los HDHP pagan varias visitas de atención preventiva, pero usted pagará de su bolsillo otros tipos de atención y recetas por el monto contratado establecido por su seguro y proveedor.



¿Cómo utiliza su tarjeta de identificación?



Arkansas Blue Cross o Health Advantage le enviarán una tarjeta de identificación de miembro una vez que se haya inscrito en su plan y su cobertura haya comenzado. Esto incluye la información esencial que necesita conocer sobre su cobertura, montos de pago y números de teléfono de servicio al cliente. Cada proveedor que visite deberá hacer una copia de su tarjeta de identificación para asegurarse de que se facture correctamente. Lleve siempre su tarjeta de identificación en su billetera.

También tiene acceso a una tarjeta de identificación digital en [Blueprint Portal](#). Descargue la aplicación para tener su tarjeta de identificación en cualquier lugar donde tenga su teléfono.

Su tarjeta puede verse ligeramente diferente de este ejemplo, según el plan de salud que tenga.

<p>Arkansas BlueCross BlueShield</p> <hr/> <p>Member Name: JOHN L DOE</p> <p>Member ID: ZZZ123456789</p> <hr/> <p>RxBIN: 123456 RxPCN: ADV RxGRP: RX0000</p> <p>RxCopay: \$0/\$25/50%/50%/50%</p> <hr/> <p>RxDDED: \$400</p>	<p>METALLIC <i>True</i> BLUE PPO</p> <hr/> <p>Group #: GG987654321</p> <hr/> <p>Deductible: \$6600 Copay: \$40 PCP Coins: 20%</p> <hr/> <p>Silver</p>
--	---

Los proveedores de atención médica utilizan los elementos que aparecen en el frente de su tarjeta para aplicar los beneficios de su plan de salud y presentarnos sus reclamaciones.

Esta es su referencia cuando tiene preguntas o necesita ayuda.

<p>Arkansas BlueCross BlueShield</p>	<p>arkansasbluecross.com</p> <p>Customer Service: 800-800-4298 Pharmacy Customer Service: 800-969-3983 PPO Provider Locator: 800-810-2583 BlueCard® Eligibility: 800-676-BLUE Pharmacist Helpline: 800-364-6331 Prior Approval: 800-558-3865 Virtual Doctor Visits: MyVirtualHealth.com</p> <hr/> <p>Arkansas Blue Cross and Blue Shield P.O. Box 2181 Little Rock AR 72203-2181 An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association</p>
---	---

Providers: File all claims with local Blue Cross and/or Blue Shield Plan; please refer to the website for services requiring prior approval.

Members: Refer to your benefit booklet for covered services and for services that require prior approval. Possession of this card does not guarantee eligibility for benefits.



¿Cómo funciona la farmacia?

Diferentes planes tienen su propio conjunto de medicamentos recetados que cubren. La lista de medicamentos que cubre su plan se denomina lista de medicamentos recetados (prescription drug list, PDL) o “formulario”.

Cuando investigue qué medicamento cubre su plan, es posible que vea niveles. Los niveles de medicamentos representan diferentes niveles de costo y pueden ahorrarle dinero en sus medicamentos. Usted paga menos por los medicamentos de nivel 1, que generalmente son medicamentos genéricos.

Los planes difieren en la cantidad de niveles que tienen. Un ejemplo de cómo se puede estructurar un formulario de cuatro niveles:

Nivel 1:

Medicamentos genéricos no especializados

Copago más bajo para miembros del plan.

Nivel 3:

Todos los productos de marca no especializados y no preferidos

Copago más alto para miembros del plan.

Nivel 2:

Productos preferidos de marca

Copago de miembro del plan intermedio.

Nivel 4:

Medicamentos especializados

Copago más alto para miembros del plan.



5

formas sencillas de

ahorrar dinero

en medicamentos


Arkansas
BlueCross BlueShield
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association


Health Advantage
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

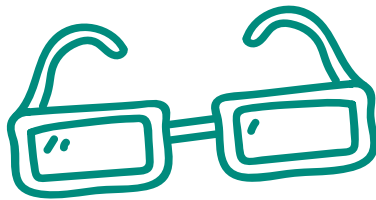
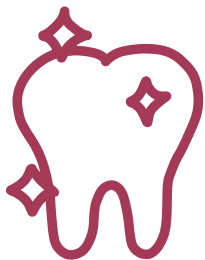

Octave
BlueCross BlueShield
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

- 1. Consulte la lista de medicamentos antes de ir a la farmacia.**
 Pídale a su médico que considere la lista de medicamentos de su plan de salud antes de emitirle una receta. Esto le permite ver sus opciones de costo más bajo antes de emitirle una receta.
- 2. Siempre que sea posible, utilice medicamentos genéricos.**
 Los medicamentos genéricos han sido revisados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. como seguros y eficaces, y han sido aprobados para el uso en lugar de sus homólogos de marca. Normalmente (pero no siempre) hay muchos medicamentos genéricos para un único medicamento de marca.
- 3. Pruebe una combinación de medicamentos.**
 Algunos medicamentos combinados de marca contienen ingredientes que están disponibles por separado como medicamentos genéricos. Podría costar menos tomar dos pastillas genéricas diferentes en lugar de una pastilla de marca.
- 4. Considere la posibilidad de pedir suministros de día extendido a través de un pedido por correo.**
 Si su plan de salud cubre el surtido de sus recetas por correo y su médico lo aprueba, es posible que pueda ahorrar dinero al solicitar más medicamentos a la vez. Por ejemplo, si su costo por 30 días de medicamentos es de \$15 y su costo por un suministro de 90 días es de solo \$30, puede ahorrar dinero pidiendo a su médico que le recete un suministro de 90 días. Para averiguar si su plan cubre recetas por correo, consulte su cuenta de Blueprint Portal.
- 5. Verifique los costos en línea.**
 Al iniciar sesión en su cuenta de Blueprint Portal, puede acceder al Centro de Farmacia y verificar posibles oportunidades de ahorro de costos que pueden estar disponibles para sus medicamentos en función de su plan específico.

¿Qué ocurre con la cobertura complementaria?



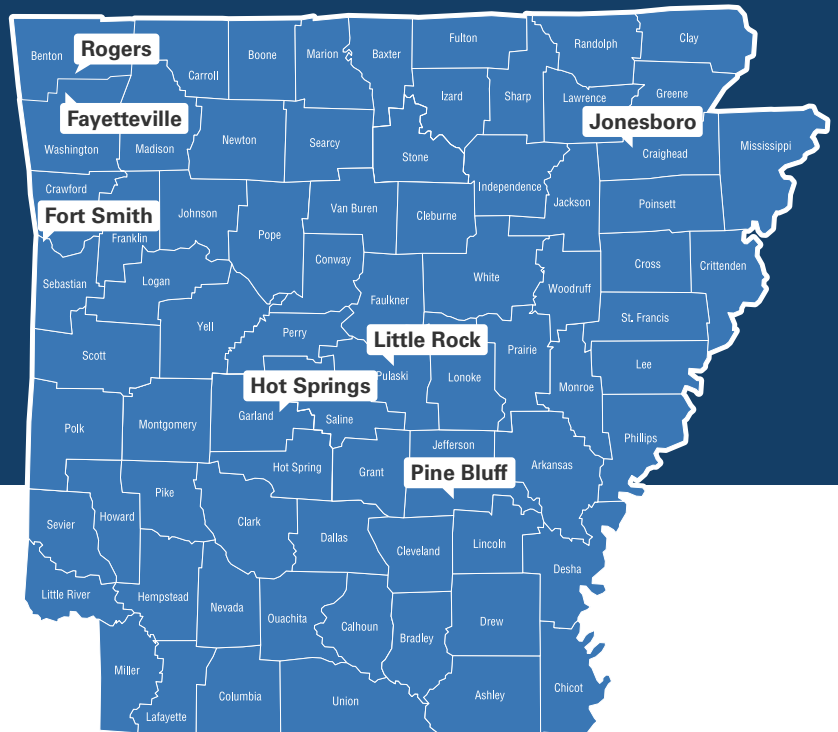
¿Qué ocurre con lo demás? Los productos de seguro dental, oftalmológico, de vida y por discapacidad son todos productos de seguro adicionales que puede obtener con su seguro médico. Si recibe su plan de salud a través de su empleador, generalmente tendrán opciones para usted. También hay opciones individuales a través de empresas privadas, así como recursos gubernamentales.



Centros de bienvenida de ArkansasBlue



Si está listo para inscribirse en un plan individual (no a través de su empleador), visite o programe una cita en su Centro de bienvenida de ArkansasBlue más cercano en arkbluecross.com/locations.



Fayetteville

3013 N. College Ave.
479-379-5180
De lunes a sábados, de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.
Fayetteville@arkbluecross.com

Fort Smith

3501 Old Greenwood Road, Suite 3
479-648-1635
De lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.
Customerservicewc@arkbluecross.com

Hot Springs

1635 Higdon Ferry Road, Suite J
501-620-2620
De lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.
HotSpringsCS@arkbluecross.com

Jonesboro

2110 Fair Park Blvd
870-935-4871
De lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.
NERegionCS@arkbluecross.com

Little Rock - Midtown

416 S. University Ave., Suite 110
501-396-8675
De lunes a sábados, de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.
Midtown@arkbluecross.com

Pine Bluff

509 Mallard Loop
870-536-1223
De lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.
PBCS@arkbluecross.com

Rogers

4602 W. Walnut St.
479-973-6675
De lunes a sábados, de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.
rogers@arkbluecross.com

El seguro médico no es solo para personas con afecciones de salud crónicas o situaciones costosas. Tener un seguro médico le da acceso a atención médica a un costo menor que si no estuviera asegurado. Incluso si no tiene problemas de salud de los que esté al tanto, aprovechar la atención preventiva puede permitirle adelantarse a las circunstancias imprevistas y asegurarse de mantener su salud. Ahora que sabe un poco más sobre los aspectos básicos del seguro médico, dé ese primer paso importante buscando un PCP en Blueprint Portal y programando su examen de bienestar anual.


¿Tiene alguna otra pregunta?

Visítenos en línea en arkansasbluecross.com o llame al número de servicio al cliente que aparece al dorso de su tarjeta de identificación.





blueprint

 **Arkansas
BlueCross BlueShield**
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

 **Health Advantage**
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

 **Octave
BlueCross BlueShield**
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association