



# Resumen de beneficios 2024

---

**BlueMedicare Classic Plus (HMO) H9699-007**

## Este Resumen de beneficios

---

Este es un resumen de beneficios de:

- BlueMedicare Classic Plus (HMO)

La información sobre beneficios de este documento es un resumen de lo que cubrimos y de sus costos compartidos. No figuran todos los servicios ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, llámenos y solicítenos una “Evidencia de cobertura” (Evidence of Coverage, EOC). También puede encontrar todas nuestras EOC en nuestro sitio web: [www.arkbluemedicare.com](http://www.arkbluemedicare.com).

Si desea conocer más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual actual de “Medicare & You” (Medicare y Usted). Puede encontrarlo en Internet en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para obtener una copia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

## Elegibilidad para planes

---

Para unirse, usted debe hacer lo siguiente:

- Tener derecho a la Parte A de Medicare
- Estar inscrito en la Parte B de Medicare
- Vivir en el área de servicio del plan

## Área de servicio

---

El área de servicio de BlueMedicare Classic Plus (HMO) incluye los siguientes condados de Arkansas: Benton, Carroll, Cleburne, Conway, Crawford, Faulkner, Franklin, Grant, Jefferson, Johnson, Logan, Lonoke, Madison, Perry, Pope, Pulaski, Saline, Scott, Sebastian, Van Buren, Washington, White y Yell.

## BlueMedicare Classic Plus (HMO) es una HMO

---

Una HMO (health maintenance organization) es una Organización para el Mantenimiento de la Salud ofrecida por una compañía de seguros privada. Nuestras HMO cuentan con una red de proveedores y centros contratados para la atención de la salud. Como miembro de una de nuestras HMO, se le pedirá que elija un médico de atención primaria (primary care provider, PCP) que coordinará su atención cuando necesite ver a un especialista o ir a un centro de atención de la salud. No se requiere un referido de su PCP para ningún servicio. Sin embargo, algunos servicios requieren una autorización previa, que es la aprobación de nuestro plan antes de que usted reciba el servicio. Los beneficios mencionados en este documento que requieren autorización previa se indican con un asterisco (\*).

## Cómo comunicarse con nosotros

---

Si es actualmente miembro de este plan, llámenos al **1-844-463-1088** (TTY: 711). Si no es miembro de este plan, llámenos al **1-855-591-9794** (TTY: 711).

**Del 1.º de octubre al 31 de marzo:** estamos disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro, excepto el día de Acción de Gracias y el día de Navidad.

**Del 1.º de abril al 30 de septiembre:** estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro.

También puede visitar nuestro sitio web en [www.arkbluemedicare.com](http://www.arkbluemedicare.com).

**BlueMedicare  
Classic Plus (HMO)  
H9699-007**

**Prima mensual, deducible y límites**

**Prima mensual del plan**

Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

\$0

**Deducible médico**

Este plan no tiene deducible

**Costos anuales de desembolso directo máximo**

Es el máximo que pagará de su propio bolsillo (en copagos o coseguro) por servicios médicos durante el año. Una vez que alcance este monto, nuestro plan pagará el 100% de sus costos médicos durante el resto del año del plan.

\$6,200

**BlueMedicare  
Classic Plus (HMO)  
H9699-007**

**Beneficios médicos (los beneficios que pueden requerir autorización previa se indican con un “\*\*”)**

**Hospital para pacientes hospitalizados\***

\$350 de copago por día desde el día 1 hasta el día 5  
\$0 de copago por día desde el día 6 hasta el día 90

**Hospital para pacientes ambulatorios**

Cirugía/no cirugía de pacientes ambulatorios

\$295 de copago

Observación de pacientes ambulatorios\*

\$295 de copago

**Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)**

\$275 de copago

**Consultas médicas**

Médico de atención primaria (PCP)

\$0 de copago

Especialista

\$35 de copago

**Atención preventiva**

\$0 de copago

**BlueMedicare  
Classic Plus (HMO)  
H9699-007**

**Beneficios médicos (los beneficios que pueden requerir autorización previa se indican con un “\*\*”)**

**Atención preventiva: más información**

Los servicios incluyen: examen de detección de aneurisma de aorta abdominal, asesoramiento sobre el abuso de alcohol, visita anual de bienestar, enema de bario, densitometría ósea, prueba de detección del cáncer de mama (mamografía), enfermedad cardiovascular (tratamiento conductual), exámenes cardiovasculares, exámenes de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino, pruebas de detección del cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible), examen de detección de la depresión, examen de detección de la diabetes, capacitación para el autocontrol de la diabetes, examen digital del recto, electrocardiograma (ECG), prueba de detección de glaucoma, prueba de detección del VIH, examen de detección del cáncer de pulmón, servicios de terapia de nutrición médica, Programa de prevención de la diabetes de Medicare, exámenes de detección de la obesidad y asesoramiento, prueba de detección del cáncer de próstata (PSA), pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento, asesoramiento para dejar de fumar (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco), vacunas (antigripales, contra la hepatitis B y antineumocócicas) y consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” (por única vez). Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional que Medicare apruebe durante el año del plan.

<b>Sala de emergencia (ER)</b> Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no debe pagar el copago por la atención en la sala de emergencia (emergency room, ER).	\$120 de copago  (Si recibe varios servicios en el mismo lugar [por ejemplo, en la sala de emergencia], pagará el monto de copago más alto de todos los servicios recibidos).
<b>Servicios de urgencia</b>	\$30 de copago
<b>Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes</b>	
Prueba de diagnóstico: espirometría*	0% de coseguro
Prueba de diagnóstico: estudio del sueño en el hogar*	0% de coseguro
Todas las demás pruebas y procedimientos de diagnóstico*	20% de coseguro
Servicios de laboratorio: pruebas genéticas*	20% de coseguro
Todos los demás servicios de laboratorio (excepto pruebas genéticas)*	0% de coseguro
Radiología: gammagrafía DEXA*	\$0 de copago
Radiología: mamografía de diagnóstico*	\$25 de copago
Radiología: ecografía*	\$25 de copago
Todos los demás servicios de radiología de diagnóstico*	\$295 de copago
Radioterapia*	20% de coseguro
Radiografías*	\$0 de copago

**BlueMedicare  
Classic Plus (HMO)  
H9699-007**

**Beneficios médicos (los beneficios que pueden requerir autorización previa se indican con un “\*\*”)**

**Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes: más información**

- Si recibe varios servicios en el mismo lugar (por ejemplo, en la sala de emergencia o en un consultorio independiente de radiología de diagnóstico), pagará el monto de copago más alto de todos los servicios recibidos.
- Si el costo compartido de un servicio es un copago y el costo compartido de otro servicio es un coseguro, es posible que se le pida que pague tanto el copago como el coseguro.

<b>Servicios de audición</b>	
Exámenes de audición de rutina cubiertos por Medicare	\$35 de copago
Examen de la audición de rutina (1 por año)	\$0 de copago
Ajustes y evaluación de audífonos (visitas de seguimiento durante 1 año con la compra de audífonos)	\$0 de copago
Asignación para audífonos (hasta 2 audífonos cada 3 años, 1 por oído)	\$1,000

**Servicios de audición: más información**

- Para el examen de audición de rutina, se deben utilizar los servicios de proveedores de TruHearing.
- También se deben utilizar audífonos de TruHearing.

<b>Servicios dentales: preventivos</b>	
Exámenes (hasta 2 por año calendario)	\$0 de copago
Limpiezas (2 por año calendario)	\$0 de copago
Radiografías (1 por año calendario a cada 3 años calendario, dependiendo del servicio)	\$0 de copago
Tratamientos con flúor (1 a sin límite por año calendario, dependiendo del servicio)	\$0 de copago
<b>Servicios dentales: integrales</b>	
Servicios dentales cubiertos por Medicare	\$35 de copago
Servicios de diagnóstico	No cubierto
Servicios no rutinarios	No cubierto
Servicios de restauración (1 por año calendario)	20% de coseguro
Endodoncia	No cubierto

**BlueMedicare  
Classic Plus (HMO)  
H9699-007**

**Beneficios médicos (los beneficios que pueden requerir autorización previa se indican con un “\*”)**

Periodoncia (hasta 2 por año calendario a cada 3 años calendario, dependiendo del servicio)	20% de coseguro
Extracciones (ilimitadas por año calendario)	20% de coseguro
Prostodoncia/Otra cirugía bucal y maxilofacial/Otros servicios (hasta 2 por año calendario a cada 5 años calendario, dependiendo del servicio)	20% de coseguro
Asignación anual para servicios dentales (servicios integrales y preventivos combinados)	\$2,000
<p><b>Servicios dentales: Dental Xtra<sup>SM</sup></b>            Este programa está dirigido a miembros que tienen diabetes, enfermedad de las arterias coronarias (coronary artery disease, CAD), han sufrido un accidente cerebrovascular o han recibido un diagnóstico de cáncer bucal, cáncer de cabeza y cuello o síndrome de Sjögren. El programa proporciona beneficios dentales mejorados a los miembros elegibles.</p> <p>Los beneficios mencionados aquí forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican para ellos.</p>	\$0 de copago

**Servicios dentales: más información**

- Los servicios dentales cubiertos están sujetos a condiciones, limitaciones, exclusiones y máximos.
- Los dentistas de la red han acordado prestar servicios a una tarifa negociada. Si consulta a un dentista de la red, no se le puede facturar más de esa tarifa.
- Los beneficios recibidos fuera de la red no están cubiertos.

<b>Servicios de la vista</b>	
Examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare	\$0 de copago
Examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare	\$0 de copago
Todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare	\$35 de copago
Lentes y anteojos cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Exámenes rutinarios de la vista (1 por año)	\$0 de copago

**BlueMedicare  
Classic Plus (HMO)  
H9699-007**

**Beneficios médicos (los beneficios que pueden requerir autorización previa se indican con un “\*\*”)**

Anteojos de rutina: opción de un par de lentes de contacto o anteojos (lentes y marcos) (1 por año) y mejoras (hasta la asignación anual)	\$0 de copago
Asignación anual para anteojos de rutina	\$100
<b>Salud mental</b>	
Hospital para pacientes hospitalizados*	\$350 de copago por día desde el día 1 hasta el día 5 \$0 de copago por día desde el día 6 hasta el día 90
Consultas de especialidades de salud mental y psiquiatría para pacientes ambulatorios (sesiones de terapia individuales y grupales)	\$35 de copago
<b>Servicios de centros de enfermería especializada (SNF)*</b>	\$0 de copago por día desde el día 1 hasta el día 20 \$203 de copago por día desde el día 21 hasta el día 100
<b>Servicios de rehabilitación/terapia</b>	
Fisioterapia*	\$40 de copago
Terapia ocupacional*	\$35 de copago
Terapia del habla*	\$40 de copago
<b>Servicios de ambulancia</b>	
Ambulancia terrestre	\$325 de copago
Ambulancia aérea	20% de coseguro
<b>Transporte (relacionado con la salud)</b>	No cubierto
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	
Productos de insulina (p. ej., para una bomba de insulina)	\$35 de copago
Fármacos quimioterapéuticos/de radiación*	0% al 20% de coseguro
Otros medicamentos de la Parte B*	0% al 20% de coseguro

**BlueMedicare  
Classic Plus (HMO)  
H9699-007**

**Beneficios de medicamentos recetados**

**Etapa del deducible**

Si su plan tiene un deducible, comenzará en esta etapa cuando surta su primera receta del año si se encuentra en un nivel al que se aplica el deducible. Usted pagará el costo total de estos medicamentos hasta alcanzar el monto del deducible. Después de eso, solo pagará los costos compartidos. Si su plan no tiene deducible, comenzará en la Etapa de cobertura inicial.

Deducible

\$250

El deducible aplica a estos niveles

Nivel 3 a 5

**Etapa de cobertura inicial**

Durante esta etapa, nuestro plan paga el costo compartido que le corresponde por sus medicamentos y usted paga el suyo. Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus costos totales anuales de medicamentos (costos totales de medicamentos pagados por usted y nuestro plan) alcancen los \$5,030. Una vez que alcance este monto, ingresará en la Etapa de brecha en la cobertura.

**Costos compartidos de farmacia minorista estándar**

**Suministro para 30 días/100 días**

Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)

\$3 de copago/\$6 de copago

Nivel 2 (medicamentos genéricos)

\$10 de copago/\$20 de copago

Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)

\$47 de copago/\$94 de copago

Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos)

36% de coseguro/36% de coseguro

Nivel 5 (nivel de especialidad)

29% de coseguro/Sin cobertura

Nivel 6 (medicamentos de cuidados seleccionados)

\$0 de copago/\$0 de copago

**Costos compartidos de farmacia de pedido por correo**

**Suministro para 30 días/100 días**

Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)

\$3 de copago/\$6 de copago

Nivel 2 (medicamentos genéricos)

\$10 de copago/\$20 de copago

Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)

\$47 de copago/\$94 de copago

**BlueMedicare  
Classic Plus (HMO)  
H9699-007**

**Beneficios de medicamentos recetados**

<p>Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos)</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad)</p> <p>Nivel 6 (medicamentos de cuidados seleccionados)</p>	<p style="text-align: center;">36% de coseguro/36% de coseguro</p> <p style="text-align: center;">29% de coseguro/Sin cobertura</p> <p style="text-align: center;">\$0 de copago/\$0 de copago</p>
<p><b>Etapa de brecha en la cobertura</b></p> <p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare Advantage tienen una brecha en la cobertura (también denominada “donut hole”). En la brecha en la cobertura, hay un cambio temporal en lo que usted paga por sus medicamentos. La brecha en la cobertura comienza después de que los costos totales anuales de medicamentos (incluido lo que usted y nuestro plan han pagado) alcanzan los \$5,030. Usted permanece en esta etapa hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcanzan los \$8,000. Durante la brecha en la cobertura, usted paga 25% de coseguro por medicamentos genéricos y de marca en todos los niveles, a menos que su plan ofrezca cobertura adicional durante la brecha.</p> <p>Cobertura adicional durante la brecha (suministro para 30 días/suministro para 100 días)</p>	<p style="text-align: center;">Nivel 6: \$0 de copago/\$0 de copago</p>
<p><b>Etapa de cobertura catastrófica</b></p> <p>Una vez que los costos anuales de desembolso directo en medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos a través de farmacias minoristas y de pedido por correo) alcancen los \$8,000, ingresará en la Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos.</p>	<p style="text-align: center;">No tendrá ningún costo compartido durante el resto del año del plan</p>

**Beneficios de medicamentos recetados**

**Cobertura de medicamentos recetados: más información**

- Los costos compartidos de los productos de insulina cubiertos no excederán \$35 de copago para un suministro de 30 días, independientemente del nivel. Además, el deducible de la Parte D no se aplicará a ningún producto de insulina cubierto.
- El costo compartido de vacunas cubiertas aprobadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) será \$0 de copago independientemente del nivel. Además, el deducible de la Parte D no se aplicará a ninguna vacuna cubierta aprobada por el ACIP.
- El nivel 2 incluye la cobertura de ciertos medicamentos excluidos para la disfunción eréctil y la pérdida de peso, que no están cubiertos por Medicare. Consulte el Formulario y la EOC para ver más detalles.
- Los costos compartidos pueden diferir según el tipo de farmacia (p. ej., minorista, de pedido por correo, de atención a largo plazo [long-term care, LTC]) o según la cantidad (es decir, suministro para 30 o 100 días).
- Si recibe Ayuda Adicional (Extra Help), puede pagar menos por los medicamentos cubiertos de la Parte D, según su nivel de Ayuda Adicional.
  - Deducible: \$0
  - Medicamentos genéricos (en todos los niveles): suministro para 30 o 100 días: \$0, \$1.55 o \$4.50 de copago
  - Medicamentos de marca (en todos los niveles): suministro para 30 o 100 días: \$0, \$4.60 o \$11.20 de copago
  - Para ver si es elegible para recibir Ayuda Adicional, llame a la Oficina del Seguro Social al **1-800-772-1213** de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.

**Beneficios médicos adicionales (los beneficios que pueden requerir autorización previa se indican con un “\*”)**

**Servicios de podología (cuidado de los pies)**

Servicios cubiertos por Medicare	\$35 de copago
Servicios de rutina (6 visitas por año)	\$35 de copago

**Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare**

\$20 de copago

**BlueMedicare  
Classic Plus (HMO)  
H9699-007**

**Beneficios médicos adicionales (los beneficios que pueden requerir autorización previa se indican con un “\*”)**

**Equipo y suministros médicos**

Equipo médico duradero (DME)*	20% de coseguro
Prótesis*	20% de coseguro
Suministros médicos*	20% de coseguro
Suministros para la diabetes: suministros para pruebas de nuestros fabricantes preferidos Lifescan y Roche	\$0 de copago (en una farmacia de la red)
Suministros para la diabetes: monitores de glucosa continuos (continuous glucose monitor, CGM) de nuestros fabricantes preferidos Dexcom y Freestyle*	\$0 de copago (en una farmacia de la red)
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos*	20% de coseguro

**Servicios adicionales de rehabilitación**

Rehabilitación cardíaca*	\$10 de copago
Rehabilitación cardíaca intensiva*	\$10 de copago
Rehabilitación pulmonar*	\$15 de copago
Terapia de ejercicios supervisada para la enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD)*	\$10 de copago

**Telesalud**

Servicios de PCP, especialistas, de urgencia y de salud mental para pacientes ambulatorios (sesiones de terapia individuales y grupales)	\$0 de copago
--	---------------

**Beneficios extras**

**Tarjeta de beneficios de bienestar de Walmart: artículos de venta libre**

Podrá adquirir artículos de venta libre (over-the-counter, OTC) en Walmart con nuestro nuevo y mejorado beneficio trimestral para OTC. Compre cómodamente en la tienda de su Walmart local, por Internet en **Walmart.com** o a través de la aplicación Walmart, utilizando su tarjeta de beneficios de bienestar de Walmart para OTC. (También puede hacer su pedido por teléfono o por correo). Con miles de productos en línea y en la tienda, un catálogo fácil de usar y una tarjeta de débito precargada, acceder a su beneficio de OTC será rápido y fácil. (Los fondos no utilizados al final de cada trimestre no se transfieren al trimestre siguiente).

\$50 (por trimestre)

**Tarjeta de beneficios de bienestar de Walmart para alimentos y productos frescos**

Si le diagnosticaron una condición crónica, es posible que pueda obtener la Tarjeta de beneficios de bienestar de Walmart para alimentos y productos frescos. Esta tarjeta de débito precargada se puede utilizar para comprar alimentos saludables y productos frescos en su Walmart local. (Solo se emitirá una tarjeta de débito, que tendrá dos “billeteras” separadas: una para artículos de venta libre y otra para alimentos y productos frescos). Este beneficio para alimentos y productos frescos es una asignación mensual, y los fondos no utilizados al final de cada mes no se transfieren al mes siguiente.

No cubierto

El beneficio mencionado aquí forma parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros son elegibles para este beneficio.

**BlueMedicare  
Classic Plus (HMO)  
H9699-007**

**Beneficios extras**

**Tarjeta Blue Medicare Sapphire**

Recibirá una tarjeta de débito Mastercard precargada para ayudar a reducir los gastos de desembolso directo en servicios dentales, de la vista y de la audición cubiertos.

No cubierto

**Servicios de apoyo en el hogar**

Puede obtener una cantidad determinada de horas al año para recibir ayuda con las actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL) (p. ej., bañarse y vestirse) y las actividades instrumentales de la vida diaria (instrumental activities of daily living, IADL) (p. ej., recados y transporte para ir a citas). Programar las visitas es fácil y cómodo (las visitas deben realizarse en incrementos de dos o cuatro horas).

\$0 de copago (40 horas por año)

**SilverSneakers®**

Tendrá acceso a un beneficio de acondicionamiento físico en establecimientos participantes de SilverSneakers (clases de ejercicios grupales dirigidas por un instructor y equipos de ejercicios), formas de mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales y opciones virtuales o digitales. También se ofrecen kits de acondicionamiento físico para el hogar.

\$0 de copago

**Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas**

\$0 de copago

**Examen físico adicional**

Esto es adicional a la visita anual de bienestar cubierta por Medicare.

\$0 de copago

**Beneficio de comidas**

Inmediatamente después de la cirugía o de la estadía en el hospital, puede recibir dos comidas nutritivas al día durante siete días (un total de 14 comidas al año) en su casa.

\$0 de copago

**BlueMedicare  
Classic Plus (HMO)  
H9699-007**

**Beneficios extras**

**Servicios de atención médica urgente/de emergencia en todo el mundo**

Hasta \$15,000 por año combinados para servicios de emergencia y de urgencia fuera de los EE. UU.

20% de coseguro

Arkansas Blue Medicare es una afiliada de Arkansas Blue Cross and Blue Shield. Arkansas Blue Medicare ofrece planes HMO, PFFS, PPO y PDP que tiene contratos con Medicare. La inscripción en Arkansas Blue Medicare depende de la renovación del contrato.

## Lista de verificación previa a la inscripción

---

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda totalmente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al **1-855-591-9794** (TTY: **711**).

### Explicación de los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) ofrece una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite **[www.arkbluemedicare.com](http://www.arkbluemedicare.com)** o llame al **1-855-591-9794** (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 actualmente se encuentren dentro de la red. Si no están en la lista, significa que es probable que deba seleccionar un nuevo médico.
- Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para cualquier medicamento recetado esté dentro de la red. Si la farmacia no está incluida, probablemente deba seleccionar una farmacia nueva para surtir sus medicamentos recetados.
- Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### Explicación de reglas importantes

- Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima para la cobertura de la Parte B de Medicare. Generalmente, esta prima se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y los copagos o coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2025.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios proporcionados por proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el directorio de proveedores).
- El hecho de revisar o completar esta lista de verificación previa a la inscripción no afectará su cobertura actual o futura.