

Información de proveedor: Los desembolsos diferirán en función del tipo de proveedor seleccionado.

Proveedores dentro de la red

Los proveedores dentro de la red tienen un contrato con Blue Cross Blue Shield of Arizona. Los afiliados hacen desembolsos menores cuando reciben servicios cubiertos de los proveedores dentro de la red. Los proveedores dentro de la red presentarán reclamaciones a Blue Cross Blue Shield of Arizona. Los proveedores dentro de la red son contratistas independientes con criterio médico propio. No son empleados, agentes ni representantes de Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ). Los proveedores dentro de la red están también disponibles fuera del estado de Arizona a través del programa BlueCard®. Para localizar a los proveedores pertenecientes a la PPO del programa BlueCard, llame al (800) 810-BLUE o use el buscador de médicos y hospitales de BlueCard (BlueCard Doctor and Hospital Finder) en bcbs.com.

Proveedores fuera de la red

Los proveedores fuera de la red no tienen un contrato con BCBSAZ. Los afiliados hacen desembolsos mayores cuando reciben servicios cubiertos de proveedores fuera de la red. Los proveedores fuera de la red no están obligados a presentar las reclamaciones de los afiliados.

BCBSAZ no tiene ningún control sobre los diagnósticos, tratamientos o servicios prestados por los proveedores.

Cantidad o monto permitido

La cantidad o monto permitido es la cantidad o monto de reembolso asignado a un servicio cubierto.

Para la mayoría de las reclamaciones, BCBSAZ basa la cantidad o monto permitido en el menor de los cargos facturados por el proveedor o en la lista de precios de BCBSAZ que corresponda, incluido cualquier acuerdo contractual que BCBSAZ haya negociado con un proveedor dentro de la red. Para las reclamaciones de proveedores ubicados fuera del estado, generalmente BCBSAZ basa la cantidad o monto permitido en el menor de los cargos facturados por el proveedor o en el precio negociado por el plan Blue en el estado donde los servicios fueron prestados. Para los servicios de emergencia proporcionados por un proveedor fuera de la red, ya sea en Arizona o fuera del estado, BCBSAZ basa la cantidad o monto permitido en los cargos facturados. La cantidad o monto permitido incluye todos los pagos de BCBSAZ más todos los costos compartidos del afiliado.

Para los proveedores dentro de la red, BCBSAZ reembolsa al proveedor la cantidad o monto permitido, menos cualquier porción asignada al costo compartido del afiliado. Para los proveedores fuera de la red, BCBSAZ reembolsa al afiliado la cantidad o monto permitido, menos cualquier porción asignada al costo compartido del afiliado.

La cantidad o monto permitido es la cifra que BCBSAZ utiliza para calcular cualquier deducible o coseguro, y para acumular el monto necesario para alcanzar el desembolso máximo de coseguro. La cantidad o monto permitido no incluye los cargos de acceso, los cargos de certificación previa ni las cuentas de saldo de los proveedores fuera de la red.

Cuentas de saldo

Las cuentas de saldo se refieren a la cantidad o monto que se les podría cobrar a los afiliados por la diferencia entre los cargos facturados por un proveedor fuera de la red y la cantidad o monto permitido. Las cuentas de saldo pueden ser considerables.

Los proveedores dentro de la red han acordado aceptar la cantidad o monto permitido por los servicios cubiertos. Ellos no cobrarán a los afiliados la cuenta de saldo. Ellos cobrarán sólo la parte del costo compartido del afiliado, es decir, los montos del deducible, del coseguro o del copago. Sin embargo, cuando exista otra fuente de pago, como un asegurador de responsabilidad civil o un pagador gubernamental, los proveedores dentro de la red tendrán el derecho de cobrar sus cuentas de saldo de esa fuente o del importe recibido de ella.

Los proveedores fuera de la red no tienen la obligación de aceptar la cantidad o monto permitido como la totalidad del pago. **Todos los proveedores fuera de la red pueden facturarle hasta el monto total de sus cargos facturados.** Los afiliados son responsables del pago de los cargos facturados por un proveedor fuera de la red por los servicios cubiertos. Sin embargo, BCBSAZ reembolsará las reclamaciones de los afiliados de acuerdo a la cantidad o monto permitido, menos cualquier descuento de la porción del costo compartido del afiliado. Dependiendo de los arreglos de facturación que los afiliados hagan con un proveedor fuera de la red, el proveedor podría cobrarles la totalidad de los cargos facturados al momento de la prestación del servicio o intentar que la cuenta de saldo de los afiliados sea igual a la diferencia entre los cargos facturados y la cantidad o monto del reembolso de BCBSAZ. La cuenta de saldo puede ser considerable. Todos los montos pagados por concepto de cuentas de saldo no cuentan para el deducible, el coseguro o el desembolso máximo de coseguro.

BluePreferred Basic \$5,000

RESUMEN DE BENEFICIOS	PROVEEDOR DENTRO DE LA RED	PROVEEDOR FUERA DE LA RED*
Deducible El deducible debe pagarse para todos los servicios cubiertos, salvo que se indique lo contrario. Los copagos y cargos de acceso no cuentan para el deducible.	Deducible por año calendario, por afiliado: \$5,000 ; deducible máximo por familia: \$10,000 .	
Coseguro* Es un porcentaje que los afiliados deben pagar por los servicios cubiertos después de que han pagado el deducible correspondiente a un año calendario. Los afiliados pagarán un porcentaje de coseguro mayor cuando utilicen un proveedor fuera de la red. El coseguro se basa en la cantidad o monto permitido por BCBSAZ y no en los cargos facturados por un proveedor.	Después de alcanzar el deducible, BCBSAZ pagará el 80% y el afiliado el 20% (80%/20%) de la cantidad o monto permitido por BCBSAZ por la mayoría de los servicios cubiertos, a menos que a continuación se indique un porcentaje de coseguro distinto.	Después de alcanzar el deducible, BCBSAZ pagará el 50% y el afiliado el 50% (50%/50%) de la cantidad o monto permitido por BCBSAZ por la mayoría de los servicios cubiertos, a menos que a continuación se indique un porcentaje de coseguro distinto.
Desembolso máximo de coseguro	\$4,000 por afiliado, por año calendario. El desembolso máximo de coseguro es una obligación monetaria máxima sólo para el coseguro que se basa en la cantidad o monto permitido y no en los cargos facturados por el proveedor. Muchos de los pagos de los costos compartidos no cuentan para el desembolso máximo de coseguro. Las obligaciones correspondientes al costo compartido que no cuentan incluyen los deducibles, copagos, cargos de acceso, ciertos cargos listados en el folleto del plan de beneficios, los cargos de certificación previa, las cantidades o montos pagados por los servicios no cubiertos y las cuentas de saldo de los proveedores fuera de la red. Para determinar si un pago de costo compartido específico cuenta para el máximo, consulte el folleto del plan de beneficios. Debe continuar con el pago de todos estos montos del costo compartido, incluso después de alcanzar el máximo.	\$8,000 por afiliado, por año calendario.
Servicios médicos: servicios en consultorio de médico de atención primaria (PCP) Los médicos de atención primaria (PCP) incluyen medicina familiar, medicina general, medicina interna y pediatría. Todos los demás médicos son especialistas.	\$35 de copago (por afiliado, por proveedor, por día) para la mayoría de los servicios cubiertos prestados en un consultorio médico. 80%/20% por otros servicios cubiertos, después de alcanzar el deducible.	50%/50% , después de alcanzar el deducible.
Servicios médicos: servicios en consultorio de especialista	80%/20% , después de alcanzar el deducible.	50%/50% , después de alcanzar el deducible.
Servicios de laboratorio	En el consultorio de un médico de atención primaria, BCBSAZ paga el 100% ; el copago de visita al consultorio no aplica sólo si los servicios que usted recibe durante la visita son servicios de laboratorio. En un consultorio de un médico especialista, 80%/20% después de alcanzar el deducible. En los laboratorios clínicos contratados independientes, BCBSAZ paga el 100% por los servicios cubiertos; no aplica deducible ni coseguro. En todos los demás establecimientos, 80%/20% después de alcanzar el deducible.	50%/50% , después de alcanzar el deducible.
Servicios de radiología	En un consultorio médico de atención primaria, aplica el copago correspondiente a la consulta médica. En un consultorio de un médico especialista, 80%/20% después de alcanzar el deducible. En todos los demás establecimientos, 80%/20% después de alcanzar el deducible.	50%/50% , después de alcanzar el deducible.
Otros servicios profesionales Los otros servicios profesionales incluyen servicios de diagnóstico, anestésicos y quirúrgicos prestados fuera de un consultorio médico.	80%/20% , después de alcanzar el deducible.	50%/50% , después de alcanzar el deducible.
Pacientes hospitalizados: hospital†	80%/20% , después de alcanzar el deducible.	50%/50% , después de alcanzar el deducible.
Servicios para pacientes ambulatorios (cargos del establecimiento)	80%/20% , después de alcanzar el deducible.	50%/50% , después de alcanzar el deducible.

RESUMEN DE BENEFICIOS	PROVEEDOR DENTRO DE LA RED	PROVEEDOR FUERA DE LA RED*
Emergencia	\$150 de cargo de acceso (por persona, por proveedor, por día); luego 80%/20% después de alcanzar el deducible. No aplica el cargo de acceso a la sala de emergencias cuando el afiliado es admitido en el hospital.	
Atención médica de urgencia	\$55 de copago (por afiliado, por proveedor, por día) en todos los establecimientos contratados en forma específica para proveer servicios de atención de urgencia.	50%/50% , después de alcanzar el deducible.
Ambulancia	80%/20% , no aplica el deducible.	
Cirugía bariátrica[†] (ambulatoria y con hospitalización)	\$1,000 de cargo de acceso; luego 80%/20% después de alcanzar el deducible.	\$1,000 de cargo de acceso; luego 50%/50% después de alcanzar el deducible.
Medicamentos de venta con receta médica comprados en farmacias de venta minorista y de envío por correo El pago por el servicio de envío de medicamentos por correo se debe efectuar con una tarjeta de crédito o débito, y sólo está disponible a través de un proveedor dentro de la red de envío de medicamentos por correo. Los costos compartidos por medicamentos de venta con receta médica comprados en farmacias de venta minorista o de envío por correo no cuentan para ningún deducible o desembolso máximo de coseguro de un plan de seguro médico.	<u>Medicamentos de venta con receta comprados en farmacias de venta minorista</u> Medicamentos genéricos: El afiliado paga la cantidad o monto permitido por BCBSAZ o un copago de \$30 , lo que sea menor. Medicamentos de marca: El afiliado paga la cantidad o monto permitido por BCBSAZ o un copago de \$125 , lo que sea menor. Los envíos por correo sólo están disponibles a través de un proveedor dentro de la red de envíos por correo. Se requiere certificación previa para ciertos medicamentos cubiertos por el beneficio de farmacia de venta minorista y de envío por correo. Puede obtener una lista de los medicamentos que requieren certificación previa y el proceso para obtenerla en el sitio web de BCBSAZ, azblue.com, o llamando a BCBSAZ al (602) 864-4273 o al (800) 232-2345, extensión 4273. Los medicamentos elegibles cubiertos no tendrán cobertura si no se obtiene la certificación previa cuando corresponda.	Los afiliados deberán pagar el total de las recetas y presentar una reclamación a BCBSAZ. Se reembolsará a los afiliados las cantidades o montos superiores a \$125 , hasta la cantidad o monto permitido por receta. Los afiliados son también responsables de la diferencia entre el precio de la farmacia fuera de la red y la cantidad o monto permitido. El servicio de envío por correo de medicamentos no está cubierto cuando se realiza a través de un proveedor fuera de la red.
Medicamentos especiales autoinyectables adquiridos en farmacias especializadas[†] Para ciertos medicamentos biológicos autoinyectables específicos de venta con receta. Los medicamentos especiales autoinyectables no están cubiertos por los beneficios de los medicamentos comprados en farmacias de venta minorista y de envío por correo.	\$ 30 copago de nivel A \$ 60 copago de nivel B \$ 90 copago de nivel C \$120 copago de nivel D Visite azblue.com o llame a BCBSAZ para obtener una lista de los medicamentos autoinyectables especiales y de las farmacias especializadas contratadas. Los medicamentos inyectables también están disponibles a través de proveedores de atención médica en el hogar, y están sujetos a un deducible y a un coseguro. Consulte "Atención médica en el hogar". Se requiere certificación previa para todos los medicamentos obtenidos bajo este beneficio.	No cubierto en farmacias especializadas fuera de la red. Los medicamentos especiales autoinyectables sólo se ofrecen a través de proveedores fuera de la red, por medio del beneficio de atención médica en el hogar. Consulte "Atención médica en el hogar".
Atención médica en el hogar	80%/20% , después de alcanzar el deducible. Ciertos medicamentos inyectables se ofrecen también a través del beneficio de medicamentos especiales autoinyectables. Ciertos medicamentos obtenidos por medio de los beneficios de la atención médica en el hogar requieren certificación previa. A list of medications that require precertification is available on the BCBSAZ Web site at azblue.com or by calling BCBSAZ at (602) 864-4320 or (800) 232-2345, ext. 4320. Los medicamentos elegibles cubiertos no tendrán cobertura si no se obtiene la certificación previa cuando corresponda.	50%/50% , después de alcanzar el deducible.
Servicios preventivos • Ciertos servicios de análisis y detección • Vacunas • Exámenes médicos de rutina • Mamografías Los servicios preventivos son aquellos servicios realizados con fines de análisis y detección cuando un afiliado no presenta síntomas ni signos activos de una enfermedad. No incluyen las pruebas de diagnóstico a las que el afiliado se somete cuando presenta una enfermedad o los síntomas activos de la misma. Se determinará si un servicio es preventivo o no por medio del diagnóstico que presente el proveedor.	\$35 de copago (por afiliado, por proveedor, por día) para la mayoría de los servicios cubiertos prestados en el consultorio de un médico de atención primaria (PCP). 80%/20% , no aplica el deducible, para los servicios cubiertos prestados en el consultorio de un especialista. 80%/20% , no aplica el deducible, para los servicios prestados fuera de un consultorio médico.	50%/50% , no aplica el deducible sólo a las mamografías; todos los otros servicios preventivos no están cubiertos .

RESUMEN DE BENEFICIOS		PROVEEDOR DENTRO DE LA RED	PROVEEDOR FUERA DE LA RED*
Maternidad	Médico:	El copago por visita a consultorio médico sólo aplica a la primera consulta prenatal si es provista por un médico de atención primaria. No aplica deducible ni coseguro a los honorarios médicos globales del parto, pero sí a todos los demás servicios cubiertos.	Médico y hospital: 50%/50% después de alcanzar el deducible.
	Hospital:	80%/20% después de alcanzar el deducible.	
Centro de enfermería especializada† Tanto las admisiones en establecimientos dentro de la red como fuera de ella cuentan para el límite de 180 días por afiliado, por año calendario.		80%/20% después de alcanzar el deducible, por hasta 90 días. Después de los 90 días, BCBSAZ paga el 50% y el afiliado paga el 50% por un período adicional máximo de 90 días que no cuenta para el desembolso máximo de coseguro. Con un límite de 180 días por afiliado, por año calendario.	50%/50% después de alcanzar el deducible, por hasta 90 días. Después de los 90 días, BCBSAZ paga el 50% y el afiliado paga el 50% por un período adicional máximo de 90 días que no cuenta para el desembolso máximo de coseguro.
Rehabilitación activa extendida de pacientes hospitalizados† Tanto las admisiones en establecimientos dentro de la red como fuera de ella cuentan para el límite de 120 días por afiliado, por año calendario.		80%/20% después de alcanzar el deducible, por hasta 60 días. Después de los 60 días, BCBSAZ paga el 50% y el afiliado paga el 50% por un período adicional máximo de 60 días que no cuenta para el desembolso máximo de coseguro. Con un límite de 120 días por afiliado, por año calendario.	50%/50% después de alcanzar el deducible, por hasta 60 días. Después de los 60 días, BCBSAZ paga el 50% y el afiliado paga el 50% por un período adicional máximo de 60 días que no cuenta para el desembolso máximo de coseguro.
Terapia física, ocupacional y del lenguaje		80%/20% después de alcanzar el deducible.	50%/50% después de alcanzar el deducible.
Quiropráctica		80%/20% después de alcanzar el deducible.	50%/50% después de alcanzar el deducible.
Salud mental† Tanto las admisiones en establecimientos dentro de la red como fuera de ella cuentan para el límite de 2 admisiones de 30 días por afiliado, por año calendario. Los costos compartidos de los servicios de salud mental no cuentan para el desembolso máximo de coseguro.		Pacientes hospitalizados: Dos admisiones por afiliado, por año calendario (hasta un total combinado de 30 días). Proveedor dentro de la red: 80%/20% después de alcanzar el deducible. Proveedor fuera de la red: BCBSAZ paga el 50% y el afiliado paga el 50%, después de alcanzar el deducible. Pacientes ambulatorios: El afiliado puede elegir proveedores dentro de la red, proveedores fuera de la red, o al Administrador de Servicios de Salud Mental. Proveedores dentro de la red o fuera de la red: BCBSAZ paga el 50% y el afiliado paga el 50%, después de alcanzar el deducible con un máximo de 20 sesiones psicológicas por afiliado, por año calendario. Administrador de servicios de salud mental: Consultas de psicoterapia y orientación ilimitadas: \$15 de copago por afiliado, por consulta. Los servicios del administrador de servicios de salud sólo están disponibles en Arizona. Emergencia: \$150 de cargo de acceso, luego BCBSAZ paga el 50%, el afiliado paga el 50%, después de alcanzar el deducible. Si el afiliado es admitido en el hospital, no aplica el cargo de acceso a la sala de emergencia y aplican los beneficios de hospitalización establecidos anteriormente.	
Exámenes rutinarios de la vista		\$15 de copago por un examen rutinario de la vista por afiliado, por año calendario.	Reembolso de hasta \$25 por un examen rutinario de la vista por afiliado, por año calendario.
Máximo del plan de beneficios		Beneficio máximo de \$5,000,000 mientras el plan de beneficios esté en vigencia. Todos los pagos efectuados por BCBSAZ (tanto a proveedores dentro de la red como a proveedores fuera de la red) cuentan para el máximo del plan de beneficios.	

† Se requiere certificación previa. Si la certificación previa no se obtiene, los servicios no serán cubiertos o el afiliado estará sujeto a un cargo por certificación previa.

* Los proveedores fuera de la red pueden cobrarles a los afiliados la totalidad de los cargos facturados. Después de que se haga el reembolso basado en la cantidad o monto permitido, menos cualquier descuento por la porción del costo compartido del afiliado, el afiliado será responsable del pago de la cuenta de saldo. La obligación de pagar la cuenta de saldo continúa incluso después de que el afiliado haya alcanzado su desembolso máximo de coseguro.

Información adicional:

- Los criterios de cobertura médica de BCBSAZ son los criterios administrativos, dentales y médicos de BCBSAZ, que han sido desarrollados a partir de la revisión de literatura dental y médica publicada y revisada por expertos del mismo campo, y otra información relevante, y que ayudan a BCBSAZ a determinar si un servicio, procedimiento, dispositivo médico o medicamento es elegible para los beneficios del plan de beneficios de un afiliado. Para que los servicios califiquen para ser cubiertos por este plan de beneficios, dichos servicios deben, además de otros requisitos específicos, ser considerados médicamente necesarios por BCBSAZ de acuerdo a los criterios de cobertura médica de BCBSAZ. Estos criterios están disponibles por solicitud. Si los beneficios son prestados por un administrador externo, éste puede determinar la necesidad médica según su propio criterio, el que también está disponible por solicitud.
- La certificación previa es el proceso que BCBSAZ usa para determinar la elegibilidad para ciertos procedimientos o servicios solicitados. Por ejemplo: Con la excepción de una emergencia o de la maternidad, los servicios hospitalarios requieren certificación previa. El afiliado es responsable de asegurarse de que su médico obtenga la aprobación de la certificación previa. Si no se obtiene la certificación previa, se le podría negar los beneficios al afiliado, o el afiliado podría estar sujeto a un cargo por certificación previa. El proveedor del afiliado debe llamar para solicitar la certificación previa al (602) 864-4320 o al (800) 232-2345, extensión 4320. Consulte los requisitos de certificación previa en el folleto del plan de beneficios, el cual se envía al afiliado luego de que se inscriba o de que lo solicite.
- Cuando el precio que BCBSAZ paga por un medicamento a una farmacia dentro de la red sea menor que el costo compartido del afiliado, algunas farmacias le cobrarán al afiliado el precio de BCBSAZ. Sin embargo, la mayoría de las farmacias le cobrarán al afiliado el precio minorista (si también es menor que el costo compartido) en lugar del precio de BCBSAZ. Al afiliado no se le pedirá que pague más que el costo compartido que corresponda por los medicamentos cubiertos en las farmacias dentro de la red.
- BCBSAZ aplica limitaciones a ciertos medicamentos recetados obtenidos a través del beneficio de farmacia de envío por correo y de venta minorista. Una lista de estos medicamentos está disponible en línea en azblue.com o puede obtenerla llamando a BCBSAZ. Estas limitaciones incluyen, entre otras, limitaciones por cantidad, edad y sexo. Las limitaciones de los medicamentos de venta con receta médica de BCBSAZ están sujetas a cambios en cualquier momento, sin aviso previo.
- Los beneficios para los empleados que residen en el estado de Massachusetts podrían cambiar a partir del 1° de enero de 2009, debido a las normas estatales de Massachusetts.

PUEDA APLICARSE UN PERÍODO DE ESPERA DE 11 MESES PARA ENFERMEDADES PREEXISTENTES. Una enfermedad preexistente es una enfermedad, independientemente de su causa, para la cual se recomendó o recibió tratamiento, diagnóstico, atención u orientación médica, o una enfermedad que fue documentada en registros médicos, durante el período de seis (6) meses inmediatamente anterior a la fecha de inscripción del afiliado. Una enfermedad existe cuando el afiliado ha presentado signos o síntomas, independientemente de que se haya diagnosticado una enfermedad, trastorno o lesión en forma específica. Para los propósitos de determinar el período de espera de una enfermedad preexistente, la fecha de afiliación es la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del afiliado dentro de este plan de beneficios o el primer día del período de espera de elegibilidad del grupo, lo que suceda primero. **IMPORTANTE:** El embarazo no se considera una enfermedad preexistente. Se otorgará crédito por períodos previos de cobertura acreditable, siempre que los afiliados no hayan permanecido sesenta y tres días (63) o más sin ninguna cobertura acreditable (esto excluye los períodos de espera de elegibilidad del grupo). La cobertura acreditable es la recibida a través de un plan de salud colectivo (asegurado o autoasegurado), una póliza de seguro individual, Medicare, Medicaid, un plan de salud público (como AHCCCS), un fondo común de beneficios de riesgos de salud, TRICARE, el Cuerpo de Paz, Bonafide Association, el Servicio de Salud Indígena, el Plan de Beneficios de Salud para Empleados Federales o el Plan Estatal de Seguro de Salud para Niños. Los afiliados tienen derecho de demostrar a BCBSAZ que han tenido cobertura previa acreditable, y para ello deben presentar un certificado de cobertura de salud acreditable u otro documento que demuestre dicha cobertura. Si el afiliado lo solicita, BCBSAZ puede calcular la cobertura previa acreditable a la fecha de entrada en vigencia de su cobertura. Llame a nuestro Departamento de Servicio a Afiliados, al (602) 864-4456, si necesita información adicional.

NOTA: ESTE ES SÓLO UN RESUMEN DEL PLAN DE BENEFICIOS. EN EL FOLLETO DEL PLAN DE BENEFICIOS, QUE PUEDE OBTENER POR SOLICITUD ANTES DE AFILIARSE, SE INCLUYE UNA LISTA COMPLETA DE TODOS LOS BENEFICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES. SI LOS BENEFICIOS EN ESTE RESUMEN DIFIEREN DE AQUELLOS DETALLADOS EN EL FOLLETO DEL PLAN DE BENEFICIOS, REGIRÁN LOS DE ESTE ÚLTIMO.

Exclusiones y limitaciones

A continuación, se presenta una lista parcial de las enfermedades y los servicios que tienen limitaciones o que están excluidos. No se cubrirán los gastos por servicios que excedan los límites de los beneficios. En el folleto del plan de beneficios, que puede obtener por solicitud antes de afiliarse, se incluye información detallada sobre los beneficios, las limitaciones y las exclusiones.

- Abortos, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Terapia de actividad
- Acupuntura
- Medicina alternativa; terapias médicas no tradicionales o alternativas; intervenciones; servicios y procedimientos no aceptados comúnmente como parte de las prácticas y currículos de la alopátia y de la osteopatía; medicina naturopática y homeopática; terapias para adelgazar; terapias de nutrición o estilo de vida, y aromaterapia
- Trastornos del espectro autista (ASD): servicios relacionados con el tratamiento de los trastornos del espectro autista, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Exclusiones y limitaciones específicas de los beneficios listados en el folleto del plan de beneficios para beneficios particulares
- Biorregulación e hipnoterapia, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Arte corporal, perforaciones y tatuajes corporales y cualquier complicación relacionada
- Cargos asociados con la preparación, reproducción o producción de registros de salud
- Terapia cognitiva o vocacional
- Complicaciones de beneficios no cubiertos
- Dispositivos y programas para terapias y aprendizaje del lenguaje asistidos por computadora
- Servicios cosméticos y cualquier complicación relacionada: cirugía y cualquier complicación, procedimiento, tratamiento, visita al consultorio, consulta y servicio relacionado con fines cosméticos. Esta exclusión no se aplica a la reconstrucción de senos después de una mastectomía necesaria desde un punto de vista médico
- Servicios de orientación o modificación de la conducta, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Servicios ordenados por un tribunal, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Servicios de custodia
- Servicios dentales, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Suplementos alimenticios y nutricionales, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Gastos por servicios que excedan los límites de los beneficios
- Servicios en fase de investigación o de experimentación
- Cargos por servicios prestados a un afiliado que no sean directos, en persona y apropiados desde un punto de vista médico, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Servicios de fertilidad e infertilidad
- Pie plano
- Servicios de podiatría, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Servicios gratuitos
- Análisis y exámenes genéticos o cromosómicos
- Servicios gubernamentales: servicios prestados en forma gratuita al afiliado a través de un programa o en un establecimiento gubernamental
- Hormonas del crecimiento, con las excepciones especificadas en los criterios de cobertura médica de BCBSAZ y la hormona del crecimiento para tratar la talla baja idiopática
- Servicios y dispositivos auditivos, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Alojamiento y alimentos, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Servicios de mantenimiento: servicios prestados después de que un afiliado ha logrado las metas funcionales; servicios prestados cuando no se puede anticipar ninguna mejoría de manera objetiva; servicios para prevenir un retroceso hacia un nivel funcional menor; servicios para prevenir una lesión futura, y servicios para mejorar o mantener la postura
- Manipulaciones de la columna vertebral bajo anestesia
- Terapia de masajes, excepto en circunstancias limitadas descritas en los criterios de cobertura médica de BCBSAZ
- Medicamentos dispensados en el consultorio de un proveedor: medicamentos de venta con receta y sin receta, incluidas las muestras farmacéuticas del fabricante dispensadas a los afiliados en el consultorio del proveedor
- Medicamentos:
 - No aprobados por la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA) de los Estados Unidos
 - Para los que la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos no requiera una receta para obtenerlos
 - Que no se usen conforme a los criterios de cobertura médica de BCBSAZ
 - Usados para tratar una enfermedad no cubierta por BCBSAZ
 - Para uso no aprobado, para uso no indicado o sin interés comercial, salvo que se indique lo contrario en el plan de beneficios
- Retroalimentación neurológica
- Servicios que no sean médicamente necesarios, según lo determine BCBSAZ. Es posible que BCBSAZ no pueda determinar la existencia de una necesidad médica antes de que los servicios sean prestados
- Artículos de venta sin receta, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Artículos de confort personal
- Reversión de una esterilización
- Pruebas de detección, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Servicios para la intolerancia ambiental idiopática
- Servicios para la disfunción sexual, independientemente de la causa, y todos los medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual
- Servicios para adelgazar o subir de peso, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Servicios prestados por un miembro de la familia: los servicios que son prestados por un proveedor elegible pero que es parte de la familia inmediata del afiliado. Cuando un proveedor también sea la persona cubierta, los servicios que se preste a sí mismo quedan excluidos de la cobertura
- Servicios de proveedores no elegibles
- Servicios pagados por otras organizaciones
- Servicios prestados después de la fecha de término de la cobertura del afiliado, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Servicios prestados por un reemplazante competente de un proveedor de atención profesional
- Servicios prestados antes de la fecha de entrada en vigencia
- Servicios relacionados o asociados con servicios no cubiertos
- Servicios sin receta, cuando ésta sea necesaria
- Programas, medicamentos, ayudas y dispositivos para dejar de fumar
- Terapia de descompresión de la columna vertebral o terapia de descompresión axial de la columna vertebral
- Entrenamiento de fuerza, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Consultas telefónicas y electrónicas, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Servicios terapéuticos, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Capacitación y educación, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Trasplantes y los servicios relacionados que no hayan recibido certificación previa por parte de BCBSAZ
- Servicios de transporte y gastos de viaje, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Tratamiento y cirugía transexual, medicamentos y servicios relacionados
- Tratamientos para enfermedades de salud mental en centros para enfermos no agudos, como son los centros de enfermería especializada o los centros residenciales
- Terapia de la vista; todos los tipos de queratoplastias refractivas; cualquier otro procedimiento, tratamiento o dispositivo para la corrección refractiva; anteojos y lentes de contacto; exámenes de la vista para el ajuste de anteojos y lentes de contacto
- Vitaminas, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Indemnización por accidentes de trabajo: enfermedades o lesiones cubiertas por la indemnización para accidentes de trabajo, salvo que el afiliado esté excluido de dicha cobertura o haya optado legalmente por excluirse