

## Plan 10

Vigente a partir del 1° de enero de 2009

### Proveedores dentro de la red

**Con excepción de las emergencias, todos los servicios cubiertos deben ser proporcionados por un proveedor dentro de la red.** Los proveedores dentro de la red son proveedores de atención médica de Arizona que tienen un contrato de organización de mantenimiento de la salud (HMO) con Blue Cross Blue Shield of Arizona. Los proveedores dentro de la red presentarán sus 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). BCBSAZ no tiene ningún control sobre los diagnósticos, tratamientos o servicios prestados por los proveedores.

Cuando viaja fuera de Arizona, puede acceder a los proveedores dentro la red a través del programa BlueCard<sup>®</sup>. Fuera de Arizona, este plan cubrirá sólo servicios de emergencia, así como también servicios de atención de urgencia y controles de salud autorizados proporcionados por los proveedores dentro de la red. Para localizar a los proveedores dentro la red 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**.

### 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.

BCBSAZ reembolsa a los proveedores dentro de la red la cantidad o monto permitido, menos cualquier parte asignada al costo compartido del afiliado. En una situación de emergencia cubierta, donde un proveedor fuera de la red ha atendido a un afiliado, BCBSAZ reembolsa al afiliado la cantidad o monto permitido, menos cualquier parte 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.

Los proveedores dentro de la red han acordado aceptar la cantidad o monto permitido por los servicios cubiertos. 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 cargos facturados de esa fuente o del importe recibido de ella.

# BlueSelect® Plan 10

EXCEPTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA, USTED DEBE UTILIZAR PROVEEDORES DENTRO DE LA RED PARA QUE LOS SERVICIOS SEAN CUBIERTOS.

## RESUMEN DE BENEFICIOS

<b>Desembolso máximo de coseguro</b>	<b>\$500</b> por afiliado, por año calendario, por los servicios cubiertos de terapia física, ocupacional y del lenguaje.  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. Sólo el costo compartido de la terapia física, ocupacional y del lenguaje cuenta para alcanzar el máximo. Los copagos y los montos pagados por servicios no cubiertos no cuentan para alcanzar el máximo. Debe seguir pagando estos cargos, incluso después de alcanzar el máximo.
<b>Servicios médicos: médicos de atención primaria (PCP)</b> Los médicos de atención primaria (PCP) incluyen medicina familiar, medicina general, medicina interna y pediatría. Todos los demás médicos son especialistas.	<b>\$10</b> de copago (por afiliado, por proveedor, por día) para la mayoría de los servicios cubiertos prestados en un consultorio médico.
<b>Servicios médicos: servicios en consultorio de especialista</b>	<b>\$20</b> de copago (por afiliado, por proveedor, por día) para la mayoría de los servicios cubiertos prestados en un consultorio médico. BCBSAZ no requiere que el paciente sea referido por un médico de atención primaria.
<b>Servicios de laboratorio</b>	En el consultorio de un médico, BCBSAZ paga el <b>100%</b> ; el copago de la visita al consultorio no aplica sólo si los servicios que usted recibe durante la visita son servicios de laboratorio. En los laboratorios clínicos contratados independientes, BCBSAZ paga el <b>100%</b> por los servicios cubiertos.
<b>Servicios de radiología</b>	En un consultorio médico, aplica el copago correspondiente a la consulta médica. BCBSAZ paga el <b>100%</b> por los servicios cubiertos en otros establecimientos.  Las imágenes por resonancia magnética, las angiografías por resonancia magnética y las tomografías por emisión de positrones requieren certificación previa. Si no se obtiene la certificación previa, los servicios no serán cubiertos.
<b>Otros servicios profesionales</b> Otros servicios profesionales incluyen servicios de diagnóstico, anestésicos y quirúrgicos prestados fuera del consultorio de un proveedor.	BCBSAZ paga el <b>100%</b> por los servicios cubiertos.
<b>Pacientes hospitalizados: hospital†</b>	BCBSAZ paga el <b>100%</b> por los servicios cubiertos.
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (cargos del establecimiento)</b>	BCBSAZ paga el <b>100%</b> por los servicios cubiertos.
<b>Emergencia</b>	<b>\$150</b> de copago (por afiliado, por proveedor, por día); no aplica el copago de la sala de emergencias si el afiliado es hospitalizado.
<b>Atención médica de urgencia</b>	<b>Centros de atención de urgencia dentro de la red del estado:</b> <b>\$25</b> de copago (por afiliado, por proveedor, por día) en todos los establecimientos contratados en forma específica como proveedores de atención de urgencia.  <b>Fuera del estado:</b> Llame al (800) 810-BLUE (2583) para obtener ayuda para encontrar al proveedor dentro de la red de BlueCard más cercano. Los servicios que obtenga a través de un proveedor de BlueCard estarán sujetos al copago que corresponda, dependiendo del lugar donde los servicios sean prestados. Puede requerirse certificación previa para algunos servicios.
<b>Ambulancia</b>	BCBSAZ paga el <b>100%</b> por los servicios cubiertos.
<b>Cirugía bariátrica†</b> (ambulatoria y con hospitalización)	<b>\$1,000</b> de copago (por afiliado, por cirugía).
<b>Medicamentos de venta con receta comprados en farmacias de venta minorista y de envío por correo</b>	<b>Medicamentos de venta con receta comprados en farmacias de venta minorista:</b> <b>\$10</b> , copago de nivel 1 <b>\$25</b> , copago de nivel 2 <b>\$50</b> , copago de nivel 3 <b>\$80</b> , copago de nivel 4  <b>Medicamentos de venta con receta enviados por correo:</b> <b>\$20</b> , copago de nivel 1 <b>\$50</b> , copago de nivel 2 <b>\$100</b> , copago de nivel 3 <b>\$160</b> , copago de nivel 4  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.

## RESUMEN DE BENEFICIOS

<p><b>Medicamentos especiales autoinyectables adquiridos en farmacias especializadas†</b> Para ciertos medicamentos biológicos autoinyectables específicos de venta con receta.</p> <p>Los medicamentos especiales autoinyectables no están cubiertos por los beneficios de los medicamentos comprados en establecimientos minoristas y en farmacias de envío por correo. Consulte "Atención médica en el hogar.</p> <p>Se requiere certificación previa para todos los medicamentos obtenidos bajo este beneficio.</p>	<p>BCBSAZ paga el <b>100%</b> por los servicios cubiertos.</p> <p>Visite <a href="http://azblue.com">azblue.com</a> o llame a BCBSAZ para obtener una lista de los medicamentos autoinyectables especiales y de las farmacias especializadas contratadas.</p>
<p><b>Atención médica en el hogar</b></p>	<p>BCBSAZ paga el <b>100%</b> por los servicios cubiertos.</p> <p>Ciertos medicamentos obtenidos por medio de los beneficios de la atención médica en el hogar requieren certificación previa. En el sitio web de BCBSAZ, <a href="http://azblue.com">azblue.com</a>, encontrará una lista de los medicamentos que requieren certificación previa. Puede obtenerla también llamando a BCBSAZ al (602) -864-4320 o al (800) 232-2345, extensión 4320. Los medicamentos elegibles cubiertos no tendrán cobertura si no se obtiene la certificación previa cuando corresponda.</p>
<p><b>Servicios preventivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciertos servicios de análisis y detección</li> <li>• Vacunas</li> <li>• Exámenes médicos de rutina</li> <li>• Mamografías</li> </ul> <p>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.</p>	<p><b>\$10/\$20</b> de copago (por afiliado, por proveedor, por día), dependiendo de si los servicios son prestados por un médico de atención primaria o por un especialista.</p>
<p><b>Maternidad</b></p>	<p><b>Physician:</b> El copago de visita a consultorio médico sólo aplica a la primera consulta prenatal.</p> <p><b>Hospital:</b> BCBSAZ paga el <b>100%</b> por los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Terapia física, ocupacional y del lenguaje</b></p>	<p><b>Terapia física u ocupacional:</b> BCBSAZ paga el <b>100%</b> por las primeras <b>80</b> modalidades de servicios terapéuticos por afiliado, por año calendario.</p> <p><b>Terapia del lenguaje:</b> BCBSAZ paga el <b>100%</b> por las primeras <b>20</b> consultas por afiliado, por año calendario.</p> <p>Después de las primeras <b>80</b> modalidades o de las primeras <b>20</b> consultas, BCBSAZ para el <b>50%</b>, el afiliado paga el <b>50%</b> de la cantidad o monto permitido por BCBSAZ hasta el desembolso máximo de coseguro de <b>\$500</b> por afiliado, por año calendario. Sólo el coseguro correspondiente a los servicios cubiertos de la terapia física, ocupacional y del lenguaje cuenta para alcanzar el desembolso máximo de coseguro de <b>\$500</b> por afiliado. Después de completar el desembolso máximo de coseguro, BCBSAZ paga el <b>100%</b> por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</p>
<p><b>Quiropráctica†</b> <b>Los servicios quiroprácticos deben ser provistos y autorizados exclusivamente por el Administrador de Servicios Quiroprácticos.</b></p>	<p><b>Quiropráctico:</b> <b>\$20</b> de copago (por afiliado, por consulta). Los beneficios están disponibles para <b>12</b> consultas médicamente necesarias al quiropráctico por afiliado, por año calendario, para el tratamiento del dolor de cuello o de espalda, a través del Administrador de Servicios Quiroprácticos.</p>
<p><b>Salud mental†</b> de salud mental deben ser provistos y autorizados <b>exclusivamente</b> por el Administrador de Servicios de Salud Mental (BSA).</p>	<p><b>Pacientes hospitalizados:</b> BCBSAZ paga el <b>100%</b> por los servicios cubiertos, hasta un máximo de <b>30</b> días por afiliado, por año calendario.</p> <p><b>Pacientes ambulatorios:</b> Psicoterapia y orientación ilimitadas: <b>\$15</b> de copago por afiliado, por consulta.</p>

## RESUMEN DE BENEFICIOS

<p><b>Centro de enfermería especializada<sup>†</sup></b> Con un límite de <b>180</b> días por afiliado, por año calendario.</p>	<p>BCBSAZ paga el <b>100%</b> por hasta <b>90</b> días por afiliado, por año calendario.</p> <p>Después de los primeros <b>90</b> días, BCBSAZ paga el <b>50%</b>, y el afiliado paga el <b>50%</b>, de la cantidad o monto permitido por BCBSAZ, hasta un máximo de <b>90</b> días adicionales por afiliado, por año calendario. El costo compartido de los servicios cubiertos prestados en un centro de enfermería especializada no cuenta para alcanzar el desembolso máximo de coseguro correspondiente a la terapia física, ocupacional y del lenguaje.</p>
<p><b>Rehabilitación activa extendida de pacientes hospitalizados<sup>†</sup></b> Con un límite de <b>120</b> días por afiliado, por año calendario.</p>	<p>BCBSAZ paga el <b>100%</b> por hasta <b>60</b> días por afiliado, por año calendario.</p> <p>Después de los primeros <b>60</b> días, BCBSAZ paga el <b>50%</b> y el afiliado paga el <b>50%</b> de la cantidad o monto permitido por BCBSAZ, hasta un máximo de <b>60</b> días adicionales por afiliado, por año calendario. El costo compartido de los servicios cubiertos de la rehabilitación activa extendida de pacientes no cuenta para alcanzar el desembolso máximo de coseguro correspondiente a la terapia física, ocupacional y del lenguaje.</p>
<p><b>Exámenes rutinarios de la vista</b></p>	<p><b>\$10</b> de copago por un examen rutinario de la vista por afiliado, por año calendario.</p>

<sup>†</sup> Se requiere certificación previa. Si no se obtiene la certificación previa, los servicios no serán cubiertos.

### 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 otros expertos en el 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 beneficios. 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 podrían negar los beneficios del afiliado. 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](http://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.

**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 específicos 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 provistos por proveedores no contratados, excepto en casos de emergencia
- 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



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association