

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

Proveedores de la red (contratados)

Los proveedores de la red son proveedores elegibles que satisfacen uno de los siguientes criterios: (1) tienen un contrato con Blue Cross Blue Shield of Arizona; o (2) se localizan fuera del estado, cuentan con autorización para ejercer en los Estados Unidos y tienen un contrato, fuera del estado, con un plan Blue Cross y/o Blue Shield ("Host Blue") como proveedores de una organización de proveedores preferenciales (PPO). Los proveedores de la red presentarán las reclamaciones a Blue Cross Blue Shield of Arizona o al plan Host Blue. Los proveedores de la red no pueden cobrar más de la cantidad o monto permitido por los servicios cubiertos.* Los afiliados realizan desembolsos más bajos por los servicios cubiertos cuando utilizan proveedores de la red.

Proveedores fuera de la red (contratados y no contratados)

Los proveedores fuera de la red son proveedores elegibles que satisfacen uno de los siguientes criterios: (1) no tienen un contrato con Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ); (2) tienen un contrato con Host Blue como proveedores "sólo participantes"; o (3) tienen un contrato con el programa BlueCard Worldwide. Los proveedores no contratados no están obligados a presentar reclamaciones por los afiliados. Los afiliados tienen que realizar desembolsos mayores por los servicios cubiertos cuando usan proveedores fuera de la red.

Cantidad o monto permitido

La cantidad o monto permitido es la cantidad o monto total de reembolso asignado a un servicio cubierto e incluye tanto el pago de BCBSAZ como el pago correspondiente al costo compartido del afiliado. No incluye la cuenta de saldo. La cantidad o monto permitido no está vinculada a los servicios, y no necesariamente refleja las tarifas que los proveedores de una zona dada cobran normalmente por los servicios.

Para las reclamaciones de los proveedores contratados por BCBSAZ y de las reclamaciones que no sean por servicios de emergencia de los proveedores no contratados, BCBSAZ generalmente 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, con ajustes a causa de cualquier acuerdo contractual negociado y de ciertos procedimientos de corrección de reclamaciones. Para las reclamaciones de proveedores situados fuera del estado que tengan un contrato con el plan Host Blue, BCBSAZ generalmente basa la cantidad o monto permitido en el menor de los cargos facturados por el proveedor o en el precio contractual que el plan Host Blue haya negociado con dicho proveedor. Para los servicios de emergencia de un proveedor no contratado, BCBSAZ basa la cantidad o monto permitido en los cargos facturados. BCBSAZ elabora sus listas de precios de propiedad exclusiva a partir de revisiones anuales de numerosas fuentes de información.

Pago de reembolso

BCBSAZ o el plan Host Blue reembolsan a los **proveedores contratados** la cantidad o monto permitido, menos cualquier parte asignada al costo compartido del afiliado. Cuando un afiliado ve a un **proveedor no contratado**, BCBSAZ reembolsa al **afiliado** la cantidad o monto permitido, menos cualquier parte asignada al costo compartido del afiliado.

Cuentas de saldo

La cuenta de saldo se refiere a la cantidad o monto que se les podría cobrar a los afiliados por la diferencia entre los cargos facturados por un proveedor no contratado y la cantidad o monto permitido ("cuenta de saldo"). Las cuentas de saldo pueden ser considerables.

Los proveedores contratados 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, cargo de acceso o copago. *Sin embargo, cuando exista otra fuente de pago, como un asegurador de responsabilidad civil o un pagador gubernamental, los proveedores contratados tendrán el derecho de cobrar sus cuentas de saldo de esa fuente o del importe recibido de ella.

Los proveedores no contratados no tienen la obligación de aceptar la cantidad o monto permitido como la totalidad del pago. **Todos los proveedores no contratados pueden facturarle hasta el monto total de sus cargos facturados.** Los afiliados son responsables del pago de los cargos facturados por un proveedor no contratado 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 parte del costo compartido del afiliado. Dependiendo de los arreglos que los afiliados hagan con un proveedor no contratado, el proveedor podrá cobrarles la totalidad de los cargos facturados al momento de la prestación del servicio o intentar cobrar a los afiliados la diferencia entre los cargos facturados y la cantidad o monto del reembolso de BCBSAZ. Todos los montos pagados por concepto de cuentas de saldo no cuentan para el deducible ni para cualquier desembolso máximo de coseguro.

Resumen del plan de beneficios PPO BlueOptimum

	PROVEEDOR DE LA RED	PROVEEDOR FUERA DE LA RED*
Deducible (año calendario) Los copagos y cargos de acceso no cuentan para el deducible. Los deducibles de la red se contabilizan en forma separada de los deducibles fuera de la red. Todos los deducibles se basan en la cantidad o monto permitido y deben ser satisfechos para todos los servicios cubiertos, salvo que se indique lo contrario.	Por afiliado \$250, \$500, \$1,000, \$2,000, \$3,000, \$5,000, \$7,500 y \$10,000 Familia \$500, \$1,000, \$2,000, \$4,000, \$6,000, \$10,000, \$15,000 y \$20,000	Por afiliado \$750, \$1,000, \$1,500, \$2,500, \$3,500, \$5,500, \$8,000 y \$10,500 Familia \$1,500, \$2,000, \$3,000, \$5,000, \$7,000, \$11,000, \$16,000 y \$21,000
Coseguro Porcentaje que los afiliados deben pagar por los servicios cubiertos una vez que alcanzan el máximo de deducible por año calendario. Usted pagará un porcentaje de coseguro mayor cuando utilice un proveedor fuera de la red. El coseguro se basa en la cantidad o monto permitido y no en los cargos facturados por un proveedor.	BCBSAZ paga el 80% y usted paga el 20% (80%/20%) de la cantidad o monto permitido para la mayoría de los servicios cubiertos, después de alcanzar el deducible, a menos que se indique un porcentaje de coseguro distinto.	BCBSAZ paga el 60% y usted paga el 40% (60%/40%) de la cantidad o monto permitido para la mayoría de los servicios cubiertos, después de alcanzar el deducible, a menos que se indique un porcentaje de coseguro distinto.
Cálculo del coseguro y acumulación del desembolso máximo de coseguro	Los pagos de coseguro se basan en la cantidad o monto permitido, previo descuento de los cargos de acceso y los cargos de certificación previa. El coseguro no se basa en los cargos facturados por un proveedor. Sólo la parte del coseguro que paga el afiliado, basado en la cantidad o monto permitido, contará para el desembolso máximo de coseguro. Varios pagos de costo compartido no cuentan para el desembolso máximo de coseguro, incluidos: deducibles, copagos, cargos de acceso, ciertos cargos listados en el folleto del plan de beneficios, cargos de certificación previa, montos pagados por servicios no cubiertos y cuentas de saldo de 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.	
Desembolso máximo de coseguro (año calendario) El desembolso máximo de coseguro de la red se contabiliza en forma separada del desembolso máximo de coseguro fuera de la red.	\$2,500 por afiliado	\$5,000 por afiliado
Servicios médicos: servicios en consultorio Los médicos de atención primaria (PCP) incluyen a los médicos de medicina familiar, medicina general, medicina interna y pediatría. Todos los demás médicos son especialistas. Se aplica deducible y coseguro a los servicios prestados por radiólogos y patólogos.	<p style="text-align: center;"><u>Copago</u></p> Médico de atención primaria: \$25 Especialista: \$50 Copago de consulta médica 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.	60%/40% después de alcanzar el deducible.
Atención médica de urgencia	\$60 de copago por afiliado, por proveedor, por día en todos los establecimientos contratados en forma específica como proveedores de atención de urgencia.	60%/40% después de alcanzar el deducible.
Servicios preventivos <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos servicios de análisis y detección • Vacunas • Exámenes médicos de rutina • Mamografías Se aplica deducible y coseguro a los servicios prestados por radiólogos y patólogos.	\$25 ó \$50 de copago por afiliado, por proveedor, por día para los servicios cubiertos prestados en un consultorio médico, dependiendo de si los servicios son prestados por un médico de atención primaria o por un especialista. 80%/20% para los servicios prestados fuera de un consultorio médico.	60%/40% , no se aplica el deducible para las mamografías; todos los otros servicios preventivos no están cubiertos.
No se aplica el deducible a los servicios preventivos cubiertos. Los servicios preventivos son los servicios realizados con propósitos de análisis y detección cuando el afiliado no presenta signos o síntomas activos de una enfermedad. Los servicios preventivos no incluyen las pruebas de diagnóstico que se realizan porque el afiliado presenta una enfermedad o un síntoma activo de una enfermedad. Se determina por el diagnóstico que envía el proveedor.		

	PROVEEDOR DE LA RED	PROVEEDOR FUERA DE LA RED*										
Servicios de laboratorio Se aplica deducible y coseguro a los servicios prestados por patólogos.	En el consultorio de un médico, BCBSAZ paga el 100% ; el copago de consulta médica no se aplica sólo si los servicios que usted recibe durante la consulta son servicios de laboratorio. En los laboratorios clínicos contratados independientes, BCBSAZ paga el 100% por los servicios cubiertos; no se aplica deducible ni coseguro. En todos los demás establecimientos, 80%/20% después de alcanzar el deducible.	60%/40% después de alcanzar el deducible.										
Otros servicios profesionales	80%/20% después de alcanzar el deducible. Los otros servicios profesionales incluyen servicios de diagnóstico, anestésicos y quirúrgicos prestados fuera de un consultorio médico.	60%/40% después de alcanzar el deducible.										
Medicamentos de venta con receta médica comprados en farmacias minoristas y de envío por correo¹ BCBSAZ aplica limitaciones a ciertos medicamentos de venta con receta obtenidos a través del beneficio de farmacia minorista o de envío por correo. Una lista de estos medicamentos y de sus limitaciones está disponible en línea en azblue.com, o puede ser obtenida llamando al Departamento de Beneficios para Medicamentos Recetados de BCBSAZ. Estas limitaciones incluyen, entre otras, limitaciones por cantidad, edad, resurtido y sexo. Las limitaciones de los medicamentos de venta con receta médica de BCBSAZ están sujetas a cambios en cualquier momento, sin aviso previo.	Existe un deducible para medicamentos de venta con receta de \$250 por afiliado, por año calendario, para los niveles 2, 3 y 4 de los medicamentos de venta con receta. El deducible no se aplica al nivel 1 de medicamentos. Los montos que se aplican a los deducibles de recetas no cuentan para ningún otro deducible de plan. <table border="0"> <tr> <td><u>Farmacia minorista</u></td> <td><u>Envío por correo</u></td> </tr> <tr> <td>Nivel 1: \$15 de copago</td> <td>\$15 de copago</td> </tr> <tr> <td>Nivel 2: \$35 de copago</td> <td>\$70 de copago</td> </tr> <tr> <td>Nivel 3: \$65 de copago</td> <td>\$195 de copago</td> </tr> <tr> <td>Nivel 4: \$120 de copago</td> <td>\$360 de copago</td> </tr> </table> Si el precio normal de una farmacia contratada por un medicamento de venta con receta es menor que su copago, algunas farmacias podrán cobrarle el precio menor. Nunca tendrá que pagar más que su copago en una farmacia contratada. Cuando usted surta una receta en una farmacia minorista no contratada, además del copago del medicamento de venta con receta que corresponda, será responsable también de la cuenta de saldo. Los envíos por correo sólo están disponibles a través de un proveedor de envíos por correo de la red. Los envíos por correo no están cubiertos cuando se realizan a través de un proveedor no contratado.	<u>Farmacia minorista</u>	<u>Envío por correo</u>	Nivel 1: \$15 de copago	\$15 de copago	Nivel 2: \$35 de copago	\$70 de copago	Nivel 3: \$65 de copago	\$195 de copago	Nivel 4: \$120 de copago	\$360 de copago	
<u>Farmacia minorista</u>	<u>Envío por correo</u>											
Nivel 1: \$15 de copago	\$15 de copago											
Nivel 2: \$35 de copago	\$70 de copago											
Nivel 3: \$65 de copago	\$195 de copago											
Nivel 4: \$120 de copago	\$360 de copago											
Pacientes hospitalizados²	80%/20% después de alcanzar el deducible.	60%/40% después de alcanzar el deducible.										
Servicios para pacientes ambulatorios	80%/20% después de alcanzar el deducible.	60%/40% después de alcanzar el deducible.										
Emergencia	\$150 de cargo de acceso por afiliado, por proveedor, por día, luego BCBSAZ paga el 80% y usted paga el 20% después de alcanzar el deducible; no se aplica el cargo de acceso a la sala de emergencias si es admitido en el hospital.											
Maternidad: sólo complicaciones del embarazo	80%/20% después de alcanzar el deducible.	60%/40% después de alcanzar el deducible.										
Terapia física, ocupacional y del lenguaje	80%/20% después de alcanzar el deducible.	60%/40% después de alcanzar el deducible.										
Quiropráctico	\$50 de copago por afiliado, por proveedor, por día para la mayoría de los servicios cubiertos prestados en el consultorio de un quiropráctico. 80%/20% después de alcanzar el deducible, para los otros servicios cubiertos, como la terapia física.	60%/40% después de alcanzar el deducible.										
Exámenes rutinarios de la vista	\$25 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 persona, por año calendario.										
Servicios de ambulancias	80%/20% , no se aplica el deducible.											
Servicios de salud mental 2 El costo compartido de los servicios de salud mental no cuenta para el desembolso máximo de coseguro. Los ingresos en establecimientos de la red y en establecimientos fuera de la red cuentan para el límite de 2 ingresos, 30 días.	Pacientes ambulatorios: Puede elegir proveedores de la red, proveedores fuera de la red, o al Administrador de Servicios de Salud Mental ³ . Administrador de servicios de salud mental: \$15 de copago por consulta para psicoterapia y orientación. (Los servicios del Administrador de Servicios de Salud Mental sólo están disponibles en Arizona.) Proveedores de la red y proveedores fuera de la red: BCBSAZ paga el 50% y usted paga el 50% después de alcanzar el deducible, con un máximo de 20 sesiones de atención psicológica por afiliado, por año calendario. Pacientes hospitalizados: Dos ingresos por afiliado, por año calendario, hasta un máximo combinado de 30 días. Establecimiento de la red: 80%/20% después de alcanzar el deducible. Servicios profesionales para pacientes hospitalizados: 50%/50% después de alcanzar el deducible. \$25,000 de beneficio máximo del plan por afiliado para todos los servicios (excepto para los del Administrador de Servicios de Salud Mental) mientras el plan de beneficios esté vigente.	Establecimiento fuera de la red: 50%/50% después de alcanzar el deducible.										

	PROVEEDOR DE LA RED	PROVEEDOR FUERA DE LA RED*
Servicios de rehabilitación de pacientes hospitalizados² Los ingresos en establecimientos de la red y en establecimientos fuera de la red 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 usted paga el 50% por hasta 60 días adicionales, que no cuentan para el desembolso máximo de coseguro. La cobertura se limita a 120 días por afiliado, por año calendario.	60%/40% después de alcanzar el deducible, por hasta 60 días. Después de los 60 días, BCBSAZ paga el 50% y usted paga el 50% por hasta 60 días adicionales, que no cuentan para el desembolso máximo de coseguro.
Atención médica en el hogar¹	80%/20% después de alcanzar el deducible. Ciertos medicamentos inyectables se ofrecen también a través del beneficio de medicamentos especiales autoinyectables.	60%/40% después de alcanzar el deducible.
Centros de enfermería especializada² Los ingresos en establecimientos de la red y en establecimientos fuera de la red cuentan para el límite de 180 días por afiliado, por año calendario.	80%/20% después de alcanzar el deducible, por un período de hasta 90 días. Después de los 90 días, BCBSAZ paga el 50% y usted paga el 50% por hasta 90 días adicionales, que no cuentan para el desembolso máximo de coseguro. La cobertura se limita a 180 días por afiliado, por año calendario.	60%/40% después de alcanzar el deducible, por un período de hasta 90 días. Después de los 90 días, BCBSAZ paga el 50% y usted paga el 50% por hasta 90 días adicionales, que no cuentan para el desembolso máximo de coseguro.
Medicamentos especiales autoinyectables, adquiridos en farmacias especializadas¹ 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 minoristas y de envío por correo.	<u>Farmacias especializadas contratadas.</u> Nivel A: \$30 de copago Nivel B: \$60 de copago Nivel C: \$90 de copago Nivel D: \$120 de copago Visite azblue.com o llame a BCBSAZ para obtener una lista de los medicamentos autoinyectables especiales y de las farmacias especializadas contratadas. Los medicamentos especiales autoinyectables sólo se ofrecen a través del beneficio de salud en el hogar, sujeto a deducible y coseguro.	No cubierto (consulte "Atención médica en el hogar").
Cirugía bariátrica²	\$1,000 de cargo de acceso por afiliado, por cirugía, además del deducible y del coseguro que correspondan.	
Máximo del plan de beneficios	\$5,000,000 de beneficio máximo por afiliado mientras el plan de beneficios esté vigente. Todos los pagos efectuados por BCBSAZ (tanto a proveedores de la red como a proveedores fuera de la red) cuentan para el máximo del plan de beneficios.	

1 Se requiere certificación previa para ciertos medicamentos, incluidos todos los medicamentos autoinyectables especiales. Puede obtener las listas de los medicamentos que requieren certificación previa e información sobre el proceso para obtener la certificación previa 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.

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

* Los proveedores no contratados pueden cobrarles a los afiliados la totalidad de los cargos facturados. Después de hacerse el reembolso basado en la cantidad o monto permitido, menos cualquier descuento por la porción del costo compartido del afiliado, el afiliado es responsable del pago de la cuenta de saldo. La obligación de pagar la cuenta de saldo continúa incluso después de que el afiliado ha alcanzado su desembolso máximo de coseguro.

Notas aclaratorias:

- Este es sólo un breve resumen de los beneficios y de las exclusiones. Consulte las disposiciones específicas que encontrará en el folleto del plan de beneficios para obtener información detallada sobre los beneficios, las limitaciones y las exclusiones. Si los beneficios listados en este resumen difieren de los establecidos en el folleto del plan de beneficios, regirán los términos y condiciones del plan de beneficios. No se garantiza la continuación de los beneficios resumidos en este resumen o en el folleto del plan de beneficios. El plan de beneficios puede ser modificado, y BCBSAZ puede agregar, eliminar o cambiar los beneficios con 31 días de notificación al titular de la póliza.
- Los criterios de cobertura médica de BCBSAZ son los criterios administrativos, dentales y médicos de BCBSAZ, desarrollados a partir de la revisión de literatura dental y médica publicada y revisada por expertos del mismo campo, más 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 bajo este plan de beneficios, dichos servicios deben, además de cumplir con otros requisitos específicos, ser considerados necesarios desde un punto de vista médico por BCBSAZ según criterios específicos 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 le podrán negar los beneficios al afiliado, o el afiliado podrá 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 su afiliación o de que lo solicite.
- Los proveedores de la red son contratistas independientes con criterio médico propio. No son empleados, agentes ni representantes de BCBSAZ. BCBSAZ no tiene ningún control sobre los diagnósticos, tratamientos o servicios prestados por los proveedores.

Exclusiones y limitaciones: ejemplos de servicios y suministros no cubiertos

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 se puede obtener por solicitud antes de afiliarse, se incluye información detallada sobre los beneficios, las limitaciones y las exclusiones. **Se aplican períodos de espera por condiciones preexistentes y exenciones.**

- 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 alopatía 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
- Exclusiones y limitaciones específicos de los beneficios listados en el folleto del plan de beneficios para beneficios particulares
- Arte corporal, perforaciones y tatuajes corporales y cualquier complicación relacionada
- Ciertos tipos de cargos del establecimiento de atención hospitalaria y ambulatoria, por concepto de: residencias comunitarias, programas de excursiones terapéuticas, internados, centros domiciliarios de rehabilitación, centros de cuidados asistidos o refugios. Cargos del establecimiento de atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios por concepto de instalaciones residenciales de tratamiento, excepto en ciertas situaciones muy limitadas basadas en el criterio de necesidad médica de BCBSAZ.
- 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, visitas al consultorio, consultas y otros servicios relacionados que tengan 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 proporcionados 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
- Servicios de educación y manejo de estilo de vida, biorregulación e hipnoterapia, excepto que se establezca lo contrario 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
- Manipulación de la columna vertebral con anestesia
- Terapia de masajes, excepto en circunstancias limitadas descritas en los criterios de cobertura médica de BCBSAZ
- Maternidad, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Equipo médico, suministros y medicamentos vendidos en o a través de canales de distribución no regulados, según lo determine BCBSAZ
- Medicamentos dispensados en ciertos lugares: medicamentos de venta con receta que sean entregados al afiliado por una persona o entidad distinta a una farmacia autorizada, agencia de salud en el hogar, farmacia especializada o sala de emergencias de un hospital
- 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, con las excepciones que se establezcan 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 necesidad médica antes de que se presten los servicios.
- 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 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 antes de la fecha de entrada en vigencia
- 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 relacionados o asociados con los servicios no cubiertos
- Servicios sin receta, cuando ésta sea necesaria
- Servicios para la disfunción sexual, independientemente de la causa, y todos los medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual
- 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
- 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, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Vitaminas, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Enfermedades a las que se ha renunciado
- 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 hacerlo
- **SE APLICA UN PERÍODO DE ESPERA DE 11 MESES PARA ENFERMEDADES PREEXISTENTES.** Una enfermedad preexistente se define como una condición, sin considerar su causa, para la que se recomendó o recibió orientación médica, diagnóstico, atención o tratamiento durante los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de su contrato. Los servicios para las enfermedades preexistentes no están cubiertos hasta que hayan pasado 11 meses consecutivos desde la fecha entrada en vigencia del plan de beneficios.



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association