

# Resumen de beneficios del plan HMO BlueSecure



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

## LIMITACIONES DE LA RED

**Con excepción de las emergencias, todos los servicios cubiertos deben ser proporcionados por un proveedor de la red.**

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 proveedores de la red.

## PROVEEDORES DE LA RED

Los proveedores de la red son: (1) proveedores elegibles que tienen un contrato de organización de mantenimiento de la salud (HMO) con Blue Cross Blue Shield of Arizona; y (2) proveedores elegibles localizados fuera del estado que 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") para prestar atención de emergencia, de urgencia y controles autorizados. Los afiliados que viajan fuera de Arizona pueden acceder a los proveedores de la red a través del programa BlueCard®.

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.\*

## 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 Blue Cross Blue Shield (BCBSAZ) como el pago correspondiente al costo compartido del afiliado. 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, 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.

BCBSAZ reembolsa a los proveedores de la red la cantidad o monto permitido, menos cualquier parte asignada al costo compartido del afiliado. Cuando un afiliado ha recibido atención de emergencia cubierta de un proveedor no contratado, BCBSAZ reembolsa al afiliado la cantidad o monto permitido, menos cualquier parte asignada al costo compartido del afiliado. El afiliado es responsable de pagarle al proveedor.

Los proveedores de la red aceptan 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, 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 de la red tendrán el derecho de cobrar sus cargos facturados de esa fuente o del importe recibido de ella.

# Resumen de beneficios del plan HMO BlueSecure

Con excepción de las situaciones de emergencia y los accidentes, para que los servicios sean cubiertos debe utilizarse proveedores de la red.

<b>Deducible (año calendario)</b> Los copagos no cuentan para alcanzar el deducible.	<b>\$1,000</b> por afiliado <b>\$2,000</b> por familia															
<b>Coseguro</b> El coseguro se basa en la cantidad o monto permitido y no en los cargos facturados por un proveedor.	Aplica a ciertos servicios, según se indique. El cálculo del deducible se basa en la cantidad o monto permitido. El coseguro aplica después de que se alcanza el deducible. Para ciertos servicios señalados, BCBSAZ paga el <b>80%</b> y usted paga el <b>20% (80%/20%)</b> de la cantidad o monto permitido después de alcanzar el deducible, a menos de que se indique un porcentaje de coseguro distinto.															
<b>Desembolso máximo de coseguro (año calendario)</b>	<b>\$3,500</b> por afiliado <b>\$7,000</b> por familia El desembolso máximo de coseguro es una obligación monetaria máxima sólo para el coseguro que paga el afiliado, y se basa en la cantidad o monto permitido y no en los cargos facturados por el proveedor. Varios pagos del costo compartido no cuentan para el desembolso máximo de coseguro, entre los que se incluyen: deducibles, copagos, ciertos cargos listados en el folleto del plan de beneficios y las cantidades o montos pagados por servicios no cubiertos. 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.															
<b>Servicios médicos: servicios en consultorio</b> 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.	Médico de atención primaria: <b>\$30</b> de copago por afiliado, por proveedor, por día. Especialista: <b>\$40</b> de copago por afiliado, por proveedor, por día. BCBSAZ no requiere que sea referido por su médico de atención primaria a los especialistas. No obstante, algunos especialistas podrían requerirlo.															
<b>Atención médica de urgencia</b>	<b>Centros de atención de urgencia de la red dentro del estado: \$50</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 de la red de BlueCard más cercano. Los servicios obtenidos a través de un proveedor de BlueCard estarán sujetos al copago que corresponda, dependiendo de dónde los servicios sean prestados. Puede requerirse certificación previa para algunos servicios.															
<b>Servicios preventivos</b> <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>	Los servicios prestados en el consultorio del médico están sujetos al copago de consulta médica. 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. Esto se determina por el diagnóstico que envía el proveedor.															
<b>Servicios de laboratorio</b>	En el consultorio de un médico, BCBSAZ paga el <b>100%</b> ; el copago de la 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 <b>100%</b> por los servicios cubiertos.															
<b>Otros servicios profesionales</b>	BCBSAZ paga el <b>100%</b> por los servicios cubiertos. Los otros servicios profesionales incluyen servicios de diagnóstico, anestésicos y quirúrgicos prestados fuera de un consultorio médico.															
<b>Farmacia minorista o de envío por correo<sup>1</sup></b> 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.	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>Farmacia minorista</th><th>Farmacia de envío por correo</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nivel 1:</td><td><b>\$ 15 de copago</b></td><td><b>\$ 15 de copago</b></td></tr><tr><td>Nivel 2:</td><td><b>\$ 40 de copago</b></td><td><b>\$ 80 de copago</b></td></tr><tr><td>Nivel 3:</td><td><b>\$ 70 de copago</b></td><td><b>\$210 de copago</b></td></tr><tr><td>Nivel 4:</td><td><b>\$120 de copago</b></td><td><b>\$360 de copago</b></td></tr></tbody></table> <p>Si el precio normal de una farmacia por un medicamento de venta con receta es menor que su copago, algunas farmacias podrían cobrarle el precio menor. Nunca tendrá que pagar más que su copago.</p>		Farmacia minorista	Farmacia de envío por correo	Nivel 1:	<b>\$ 15 de copago</b>	<b>\$ 15 de copago</b>	Nivel 2:	<b>\$ 40 de copago</b>	<b>\$ 80 de copago</b>	Nivel 3:	<b>\$ 70 de copago</b>	<b>\$210 de copago</b>	Nivel 4:	<b>\$120 de copago</b>	<b>\$360 de copago</b>
	Farmacia minorista	Farmacia de envío por correo														
Nivel 1:	<b>\$ 15 de copago</b>	<b>\$ 15 de copago</b>														
Nivel 2:	<b>\$ 40 de copago</b>	<b>\$ 80 de copago</b>														
Nivel 3:	<b>\$ 70 de copago</b>	<b>\$210 de copago</b>														
Nivel 4:	<b>\$120 de copago</b>	<b>\$360 de copago</b>														
<b>Pacientes hospitalizados<sup>2</sup></b>	<b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.															
<b>Radiología</b>	<b>\$300</b> de copago por tipo de procedimiento, por afiliado, por proveedor, por día para las tomografías computarizadas, las imágenes por resonancia magnética, las angiografías por resonancia magnética y las tomografías por emisión de positrones. No se aplican copagos a los servicios de radiología de alta tecnología prestados mientras esté hospitalizado en un centro para enfermos agudos o esté recibiendo tratamiento en una sala de emergencias. Para todos los otros servicios de radiología cubiertos, BCBSAZ paga el <b>100%</b> .															
<b>Servicios ambulatorios (excluidos los servicios de radiología)</b>	<b>\$300</b> de copago por cirugía ambulatoria por afiliado, por día.															

<b>Emergencia</b>	<b>\$300</b> de copago por afiliado, por proveedor, por día. No tiene que pagar el copago de la sala de emergencias si es ingresado en el hospital.
<b>Maternidad</b>	<b>Pacientes hospitalizados: 80%/20%</b> después de alcanzar el deducible. <b>Médico:</b> el copago de consulta médica aplica sólo a la primera consulta prenatal. La atención normal prenatal de maternidad, parto y postparto está cubierta sólo para los servicios de maternidad que se reciban <b>después</b> de que el plan de beneficios haya estado vigente por <b>12</b> meses. Los servicios para tratar complicaciones del embarazo, tal como lo define BCBSAZ en los criterios de cobertura médica, no están sujetos al período de espera de <b>12</b> meses.
<b>Terapia física, ocupacional y del lenguaje</b>	<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, para los servicios cubiertos. <b>Terapia del lenguaje:</b> BCBSAZ paga el <b>100%</b> por las primeras <b>20</b> consultas por afiliado, por año calendario.  Después de las primeras <b>80</b> modalidades o <b>20</b> consultas, BCBSAZ para el <b>50%</b> y usted paga el <b>50%</b> de la cantidad o monto permitido, hasta el desembolso máximo de coseguro por afiliado, por año calendario. Después de completar el desembolso máximo de coseguro, BCBSAZ paga el <b>100%</b> por lo que reste del año calendario.
<b>Quiropráctico</b>	<b>\$40</b> de copago por afiliado, por consulta. Los beneficios están disponibles para <b>12</b> consultas al quiropráctico, que sean necesarias desde un punto de vista médico, para el tratamiento del dolor de cuello y de espalda. Los servicios quiroprácticos deben ser provistos y autorizados exclusivamente por el Administrador de Servicios Quiroprácticos.
<b>Exámenes rutinarios de la vista</b>	<b>\$40</b> de copago por un examen rutinario de la vista por afiliado, por año calendario.
<b>Servicios de ambulancias</b>	BCBSAZ paga el <b>100%</b> por los servicios cubiertos.
<b>Servicios de salud mental<sup>2</sup></b> Los servicios de salud mental deben ser provistos y autorizados exclusivamente por el Administrador de Servicios de Salud Mental <sup>3</sup> (BSA).	<b>Pacientes ambulatorios:</b> psicoterapia y orientación, <b>\$15</b> de copago por afiliado, por consulta.  <b>Pacientes hospitalizados: 80%/20%</b> después de alcanzar el deducible, hasta un máximo de <b>30</b> días por afiliado, por año calendario. El coseguro pagado no se incluye en el monto de desembolso máximo de coseguro. <b>Los servicios del Administrador de Servicios de Salud Mental sólo están disponibles en Arizona.</b>
<b>Servicios de rehabilitación de pacientes hospitalizados<sup>2</sup></b>	<b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible, que no cuenta para el desembolso máximo de coseguro. La cobertura se limita a <b>60</b> días por afiliado, por año calendario.
<b>Atención médica en el hogar<sup>1</sup></b>	BCBSAZ paga el <b>100%</b> por los servicios cubiertos. Los medicamentos especiales autoinyectables <b>no</b> están cubiertos por el beneficio de atención médica en el hogar.
<b>Centros de enfermería especializada<sup>2</sup></b>	<b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible, que no cuenta para el desembolso máximo de coseguro. La cobertura se limita a <b>90</b> días por afiliado, por año calendario.
<b>Medicamentos especiales autoinyectables, adquiridos en farmacias especializadas<sup>1</sup></b> Para ciertos medicamentos biológicos autoinyectables específicos de venta con receta. Los medicamentos especiales autoinyectables no están cubiertos por la atención médica en el hogar ni por el beneficio de los medicamentos comprados en farmacias de venta minorista y de envío por correo.	<b>\$ 30</b> , copago de nivel A <b>\$ 60</b> , copago de nivel B <b>\$ 90</b> , copago de nivel C <b>\$120</b> , copago de nivel D  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.
<b>Cirugía bariátrica<sup>2</sup></b>	<b>\$1,000</b> de copago por afiliado, por cirugía, además del deducible y del coseguro o del copago de la cirugía ambulatoria, dependiendo de dónde se realice la cirugía.

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](http://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 no se obtiene la certificación previa, los servicios no serán cubiertos.

---

#### 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, regíran 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 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 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.

- 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 aventura natural, 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
- Tratamiento para pacientes hospitalizados contra el abuso de sustancias, excepto la desintoxicación
- 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
- 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



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association