

# Productos PPO individuales y familiares Cuadro comparativo de beneficios

Vigente a partir de octubre de 2009

## 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 a todos los planes.**

- 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 naturópata 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 específicas 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
- 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 especializadas 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, 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 necesidad médica antes de que se presten los servicios
- Servicios de maternidad normales
- 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 de entrada en vigencia del plan de beneficios.

- <sup>1</sup> El afiliado debe satisfacer ciertos criterios para ser elegible para abrir y hacer aportes en una cuenta de ahorro para la salud. Los afiliados deben verificar con su asesor tributario o legal si satisfacen estos criterios.
- <sup>2</sup> Para determinar si un pago de costo compartido específico cuenta para el máximo, consulte el folleto del plan de beneficios.
- <sup>3</sup> Los servicios que reciba de un médico de atención primaria (PCP) de la red están sujetos a un límite de copago anual en dólares. Después de que haya recibido los servicios de un médico de atención primaria y de que haya pagado los copagos hasta completar el límite de copago en dólares, los servicios de los médicos de atención primaria estarán sujetos a un deducible y a un coseguro. Si completa el límite de copago anual en dólares para los médicos de atención primaria en medio de una reclamación, su deducible y coseguro de la red se aplicarán hasta que alcance el límite, lo que dará como resultado un costo compartido y un copago parcial, así como también un deducible y un coseguro. BCBSAZ considera las reclamaciones que cuentan para el límite en el orden en que las reclamaciones son recibidas, el que puede ser diferente del orden cronológico en que usted recibe los servicios.
- <sup>4</sup> 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.
- <sup>5</sup> 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.

## Notas aclaratorias:

- 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.
- 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.

**Nota importante:** Este es sólo un breve resumen de los beneficios y de las exclusiones. Revise los resúmenes de los planes de beneficios antes de solicitar cobertura. 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 en este cuadro comparativo difieren de los que se detallan en el folleto del plan de beneficios, regirán los de este último. No se garantiza la continuación de los beneficios resumidos en este cuadro comparativo de beneficios 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.



## Productos PPO individuales y familiares

### Cuadro comparativo de beneficios



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

09-1115



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

# Productos PPO individuales y familiares Cuadro comparativo de beneficios

Vigente a partir de octubre de 2009

Programa de beneficios	BlueOptimum	BlueValue	BlueEssential	BluePortfolio	BluePreferred® Copago	BluePreferred Basic																																											
<b>Tipo de plan</b>	PPO con copago de consulta médica Deducible separado para radiografías	Plan PPO con copagos limitados Deducible separado para radiografías	Plan PPO de prima más baja con copagos limitados	Plan PPO calificado con un alto deducible que puede usarse con una cuenta de ahorro para la salud (HSA) <sup>1</sup>	PPO con copago de consulta médica	Plan PPO de un alto deducible con copagos limitados																																											
<b>Hijos dependientes</b>	Hijos solteros menores de 30 años, independientemente de su condición de estudiantes. Pólizas también disponibles en forma de pólizas sólo para hijos menores de 19 años de edad.																																																
<b>Máximo del plan de beneficios</b>	\$5,000,000																																																
<b>Período de espera para enfermedades preexistentes</b>	11 meses consecutivos después de la fecha de entrada en vigencia del plan de beneficios. Se puede acreditar la cobertura previa elegible de BCBSAZ.																																																
<b>Evaluación del riesgo médico</b>	Debe satisfacer los criterios de BCBSAZ para ser aceptada. Se puede renunciar a hasta <b>dos</b> enfermedades.																																																
<b>Red de proveedores</b>	Todos los proveedores de la red son proveedores contratados. Los proveedores de la red presentarán las reclamaciones de los afiliados y aceptarán la cantidad o monto permitido por BCBSAZ como la totalidad del pago. Debe utilizar proveedores de la red para los medicamentos de venta con receta médica, las farmacias especializadas y la mayoría de los servicios preventivos. La mayoría de los proveedores fuera de la red no tienen la obligación de presentar las reclamaciones de los afiliados ni de aceptar la cantidad o monto permitido por BCBSAZ. Los afiliados son responsables de los cargos totales facturados de los proveedores fuera de la red. Sin embargo, BCBSAZ reembolsará las reclamaciones de los afiliados basándose en la cantidad o monto permitido, menos los descuentos correspondientes a la parte del costo compartido del afiliado.																																																
<b>Cobertura fuera de Arizona</b> Se aplica cualquier otro requisito de certificación previa que corresponda. Las emergencias son cubiertas en cualquier lugar.	Los proveedores de la red están disponibles a través del programa BlueCard. Además, algunos planes Blue Cross y/o Blue Shield (Host Blue) de fuera del estado pueden tener contratos con proveedores "sólo participantes". Los proveedores sólo participantes se consideran proveedores fuera de la red para los planes PPO. Sin embargo, ellos aceptarán la cantidad o monto permitido por BCBSAZ y no cobrarán a los afiliados ningún saldo restante por los servicios cubiertos.																																																
<b>Deducible, año calendario</b> Los deducibles deben satisfacerse para todos los servicios cubiertos, salvo que se indique lo contrario. Los deducibles de la red se contabilizan en forma separada de los deducibles fuera de la red. Los cargos de acceso, los cargos de certificación previa y las cuentas de saldo no se aplican al deducible de ningún plan. De igual forma, no se aplican copagos, excepto para BluePortfolio.	<u>Deducible individual</u> <b>En la red:</b> \$250, \$500, \$1,000, \$2,000, \$3,000, \$5,000, \$7,500, \$10,000  <b>Fuera de la red:</b> \$250, \$500, \$1,000, \$2,000, \$3,000, \$5,000, \$7,500, \$10,000  <u>Deducible por familia:</u> 2 veces el deducible individual	<u>Deducible individual</u> <b>En la red:</b> \$250, \$500, \$1,000, \$2,000, \$3,000, \$5,000, \$7,500, \$10,000  <b>Fuera de la red:</b> \$250, \$500, \$1,000, \$2,000, \$3,000, \$5,000, \$7,500, \$10,000  <u>Deducible por familia:</u> 3 veces el deducible individual	<u>Deducible individual</u> <b>En la red:</b> \$250, \$500, \$1,000, \$2,000, \$3,000, \$5,000, \$7,500, \$10,000  <b>Fuera de la red:</b> \$250, \$500, \$1,000, \$2,000, \$3,000, \$5,000, \$7,500, \$10,000  <u>Deducible por familia:</u> 3 veces el deducible individual	<table border="0"> <tr> <td></td> <td><u>Individual</u></td> <td><u>Familiar</u></td> </tr> <tr> <td><b>En la red:</b></td> <td>\$1,750</td> <td>\$3,500</td> </tr> <tr> <td><b>Fuera de la red:</b></td> <td>\$2,250</td> <td>\$4,000</td> </tr> </table> <p>Salvo que se indique lo contrario, el deducible individual debe alcanzarse en las pólizas individuales y el deducible familiar debe alcanzarse en las pólizas familiares antes de que BCBSAZ pague por los servicios cubiertos.</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td><u>Individual</u></td> <td><u>Familiar</u></td> </tr> <tr> <td><b>En la red:</b></td> <td>\$3,000</td> <td>\$ 6,000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$5,500</td> <td>\$11,000</td> </tr> <tr> <td><b>Fuera de la red:</b></td> <td>\$3,500</td> <td>\$ 6,500</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$6,000</td> <td>\$11,500</td> </tr> </table>		<u>Individual</u>	<u>Familiar</u>	<b>En la red:</b>	\$1,750	\$3,500	<b>Fuera de la red:</b>	\$2,250	\$4,000		<u>Individual</u>	<u>Familiar</u>	<b>En la red:</b>	\$3,000	\$ 6,000		\$5,500	\$11,000	<b>Fuera de la red:</b>	\$3,500	\$ 6,500		\$6,000	\$11,500	<u>Deducible individual</u> <b>En la red:</b> \$250, \$500, \$1,000, \$1,500, \$2,500, \$3,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000  <b>Fuera de la red:</b> \$750, \$1,000, \$1,500, \$2,000, \$3,000, \$4,000, \$5,500, \$8,000, \$10,500  <u>Deducible por familia:</u> 2 veces el deducible individual	<u>Deducible individual</u> <b>En la red:</b> \$1,500, \$2,500, \$3,500, \$5,000, \$7,500, \$10,000  <b>Fuera de la red:</b> \$3,000, \$5,000, \$7,000, \$10,000, \$15,000, \$20,000  <u>Deducible por familia:</u> 2 veces el deducible individual																			
	<u>Individual</u>	<u>Familiar</u>																																															
<b>En la red:</b>	\$1,750	\$3,500																																															
<b>Fuera de la red:</b>	\$2,250	\$4,000																																															
	<u>Individual</u>	<u>Familiar</u>																																															
<b>En la red:</b>	\$3,000	\$ 6,000																																															
	\$5,500	\$11,000																																															
<b>Fuera de la red:</b>	\$3,500	\$ 6,500																																															
	\$6,000	\$11,500																																															
<b>Coseguro</b> Porcentaje que los afiliados deben pagar por ciertos servicios cubiertos una vez que alcanzan el deducible por año calendario. El coseguro se basa en la cantidad o monto permitido y no en los cargos facturados. Los afiliados pagarán un porcentaje de coseguro mayor cuando utilicen un proveedor fuera de la red.	<b>En la red:</b> BCBSAZ paga el <b>80%</b> , el afiliado paga el <b>20%</b> .  <b>Fuera de la red:</b> BCBSAZ paga el <b>60%</b> , el afiliado paga el <b>40%</b> .	<b>En la red:</b> BCBSAZ paga el <b>70%</b> , el afiliado paga el <b>30%</b> .  <b>Fuera de la red:</b> BCBSAZ paga el <b>50%</b> , el afiliado paga el <b>50%</b> .	<b>En la red:</b> BCBSAZ paga el <b>60%</b> , el afiliado paga el <b>40%</b> .  <b>Fuera de la red:</b> BCBSAZ paga el <b>50%</b> , el afiliado paga el <b>50%</b> .	<b>En la red:</b> BCBSAZ paga el <b>100%</b> , el afiliado paga el <b>0%</b> .  <b>Fuera de la red:</b> BCBSAZ paga el <b>50%</b> , el afiliado paga el <b>50%</b> .	<b>En la red:</b> BCBSAZ paga el <b>80%</b> , el afiliado paga el <b>20%</b> .  <b>Fuera de la red:</b> BCBSAZ paga el <b>60%</b> , el afiliado paga el <b>40%</b> .	<b>En la red:</b> BCBSAZ paga el <b>80%</b> , el afiliado paga el <b>20%</b> .  <b>Fuera de la red:</b> BCBSAZ paga el <b>50%</b> , el afiliado paga el <b>50%</b> .																																											
<b>Cantidad o monto permitido; cálculo del coseguro y desembolsos máximos<sup>2</sup></b>	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 el cobro de ningún saldo restante por los servicios cubiertos y no está vinculada a cargos normales o habituales. 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. Sólo los pagos de coseguro del afiliado, debido a que se basan en la cantidad o monto permitido, cuentan para el desembolso máximo o el máximo de coseguro. Muchos de los pagos del costo compartido no cuentan para el máximo. Para todos los planes con la excepción de BluePortfolio, los 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, no cuentan para el desembolso máximo de coseguro. En el caso de BluePortfolio, los pagos por cargos de certificación previa, servicios no cubiertos y cuentas de saldo no cuentan para el desembolso máximo de coseguro. Para todos los planes, usted debe seguir pagando todos estos montos, incluso después de alcanzar el máximo.																																																
<b>Desembolso máximo de coseguro<sup>2</sup> por año calendario o desembolso máximo<sup>2</sup> por año calendario</b> El desembolso máximo de coseguro de la red se contabiliza en forma separada del desembolso máximo de coseguro fuera de la red.	<b>En la red:</b> \$2,500 por afiliado  <b>Fuera de la red:</b> \$5,000 por afiliado	<b>En la red:</b> \$3,000 por afiliado  <b>Fuera de la red:</b> \$6,000 por afiliado	<b>En la red:</b> \$4,000 por afiliado  <b>Fuera de la red:</b> \$8,000 por afiliado	<table border="0"> <tr> <td></td> <td><u>Por afiliado</u></td> </tr> <tr> <td><b>En la red:</b></td> <td>\$ 5,500</td> </tr> <tr> <td><b>Fuera de la red:</b></td> <td>\$11,000</td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td></td> <td><u>Familiar</u></td> </tr> <tr> <td><b>En la red:</b></td> <td>\$11,000</td> </tr> <tr> <td><b>Fuera de la red:</b></td> <td>\$22,000</td> </tr> </table>		<u>Por afiliado</u>	<b>En la red:</b>	\$ 5,500	<b>Fuera de la red:</b>	\$11,000		<u>Familiar</u>	<b>En la red:</b>	\$11,000	<b>Fuera de la red:</b>	\$22,000	<table border="0"> <tr> <td><u>Deducibles en la red</u></td> <td><u>Por afiliado</u></td> </tr> <tr> <td>\$250, \$500, \$1,000, \$1,500</td> <td>\$2,500</td> </tr> <tr> <td>\$2,500</td> <td>\$3,000</td> </tr> <tr> <td>\$3,500</td> <td>\$3,500</td> </tr> <tr> <td>\$5,000</td> <td>\$4,000</td> </tr> <tr> <td>\$7,500, \$10,000</td> <td>\$5,000</td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td><u>Deducibles fuera de la red</u></td> <td><u>Por afiliado</u></td> </tr> <tr> <td>\$750, \$1,000, \$1,500, \$2,000</td> <td>\$5,500</td> </tr> <tr> <td>\$3,000</td> <td>\$6,000</td> </tr> <tr> <td>\$4,000</td> <td>\$7,000</td> </tr> <tr> <td>\$5,500</td> <td>\$8,000</td> </tr> <tr> <td>\$8,000, \$10,500</td> <td>\$10,000</td> </tr> </table>	<u>Deducibles en la red</u>	<u>Por afiliado</u>	\$250, \$500, \$1,000, \$1,500	\$2,500	\$2,500	\$3,000	\$3,500	\$3,500	\$5,000	\$4,000	\$7,500, \$10,000	\$5,000	<u>Deducibles fuera de la red</u>	<u>Por afiliado</u>	\$750, \$1,000, \$1,500, \$2,000	\$5,500	\$3,000	\$6,000	\$4,000	\$7,000	\$5,500	\$8,000	\$8,000, \$10,500	\$10,000	<b>En la red:</b> \$4,000 por afiliado  <b>Fuera de la red:</b> \$8,000 por afiliado							
	<u>Por afiliado</u>																																																
<b>En la red:</b>	\$ 5,500																																																
<b>Fuera de la red:</b>	\$11,000																																																
	<u>Familiar</u>																																																
<b>En la red:</b>	\$11,000																																																
<b>Fuera de la red:</b>	\$22,000																																																
<u>Deducibles en la red</u>	<u>Por afiliado</u>																																																
\$250, \$500, \$1,000, \$1,500	\$2,500																																																
\$2,500	\$3,000																																																
\$3,500	\$3,500																																																
\$5,000	\$4,000																																																
\$7,500, \$10,000	\$5,000																																																
<u>Deducibles fuera de la red</u>	<u>Por afiliado</u>																																																
\$750, \$1,000, \$1,500, \$2,000	\$5,500																																																
\$3,000	\$6,000																																																
\$4,000	\$7,000																																																
\$5,500	\$8,000																																																
\$8,000, \$10,500	\$10,000																																																
<b>Servicios médicos: consultas</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. BCBSAZ no requiere que un médico de atención primaria lo refiera a un especialista. No obstante, algunos especialistas podrían requerirlo.  Los copagos de consulta médica se aplican por afiliado, por proveedor, por día.	<table border="0"> <tr> <td></td> <td><u>Médico de atención primaria</u></td> <td><u>Especialista</u></td> </tr> <tr> <td><b>En la red:</b></td> <td>\$25 de copago</td> <td>\$50 de copago</td> </tr> </table> <p>Se aplica deducible y coseguro a los servicios prestados por radiólogos y patólogos.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p>		<u>Médico de atención primaria</u>	<u>Especialista</u>	<b>En la red:</b>	\$25 de copago	\$50 de copago	<p><b>Médico de atención primaria de la red:</b> \$25 de copago hasta completar el límite<sup>3</sup> de copago anual en dólares de \$160 por afiliado para los servicios recibidos en la consulta del médico. Después de completar el límite de copago anual, aplican deducible y coseguro. Se aplica deducible y coseguro a los servicios prestados por radiólogos y patólogos.</p> <p><b>Especialista de la red:</b> <b>70%/30%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><b>Médico de atención primaria de la red:</b> \$25 de copago hasta completar el límite<sup>3</sup> de copago anual en dólares de \$80 por afiliado para los servicios recibidos en la consulta del médico. Después de completar el límite de copago anual, aplican deducible y coseguro. Se aplica deducible y coseguro a los servicios prestados por radiólogos y patólogos.</p> <p><b>Especialista de la red:</b> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><b>En la red:</b> BCBSAZ paga el <b>100%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td><u>Médico de atención primaria</u></td> <td><u>Especialista</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td><u>Copago</u></td> <td><u>Copago</u></td> </tr> <tr> <td><b>En la red:</b></td> <td>\$15</td> <td>\$30</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$20</td> <td>\$40</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$25</td> <td>\$50</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$25</td> <td>\$50</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$30</td> <td>\$55</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$35</td> <td>\$55</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$40</td> <td>\$55</td> </tr> </table> <p>Se aplica deducible y coseguro a los servicios prestados por radiólogos y patólogos.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p>		<u>Médico de atención primaria</u>	<u>Especialista</u>		<u>Copago</u>	<u>Copago</u>	<b>En la red:</b>	\$15	\$30		\$20	\$40		\$25	\$50		\$25	\$50		\$30	\$55		\$35	\$55		\$40	\$55	<table border="0"> <tr> <td><u>Deducibles en la red</u></td> <td><u>PCP Copay</u></td> </tr> <tr> <td>\$1,500</td> <td>\$25</td> </tr> <tr> <td>\$2,500, \$3,500</td> <td>\$30</td> </tr> <tr> <td>\$5,000, \$7,500</td> <td>\$35</td> </tr> <tr> <td>\$10,000</td> <td>\$40</td> </tr> </table> <p><b>Specialists:</b> <b>80%/20%</b>, después de alcanzar el deducible.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> <b>50%/50%</b>, después de alcanzar el deducible.</p>	<u>Deducibles en la red</u>	<u>PCP Copay</u>	\$1,500	\$25	\$2,500, \$3,500	\$30	\$5,000, \$7,500	\$35	\$10,000	\$40
	<u>Médico de atención primaria</u>	<u>Especialista</u>																																															
<b>En la red:</b>	\$25 de copago	\$50 de copago																																															
	<u>Médico de atención primaria</u>	<u>Especialista</u>																																															
	<u>Copago</u>	<u>Copago</u>																																															
<b>En la red:</b>	\$15	\$30																																															
	\$20	\$40																																															
	\$25	\$50																																															
	\$25	\$50																																															
	\$30	\$55																																															
	\$35	\$55																																															
	\$40	\$55																																															
<u>Deducibles en la red</u>	<u>PCP Copay</u>																																																
\$1,500	\$25																																																
\$2,500, \$3,500	\$30																																																
\$5,000, \$7,500	\$35																																																
\$10,000	\$40																																																

**Nota importante:** Este es sólo un breve resumen de los beneficios y de las exclusiones. Revise los resúmenes de los planes de beneficios antes de solicitar cobertura. 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 en este cuadro comparativo difieren de los que se detallan en el folleto del plan de beneficios, regirán los términos del folleto 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.

Programa de beneficios	BlueOptimum	BlueValue	BlueEssential	BluePortfolio	BluePreferred® Copago	BluePreferred Basic																																																					
<p><b>Atención médica de urgencia</b></p> <p>Para los planes con copago para la atención de urgencia, el copago se aplica por afiliado, por proveedor, por día en establecimientos contratados en forma específica como proveedores de atención de urgencia.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>\$60</b> de copago.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>\$60</b> de copago.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>\$60</b> de copago.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> BCBSAZ paga el <b>100%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Deducibles en la red</th> <th>Copago</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$ 250</td> <td>\$35</td> </tr> <tr> <td>\$ 500</td> <td>\$40</td> </tr> <tr> <td>\$1,000</td> <td>\$50</td> </tr> <tr> <td>\$1,500</td> <td>\$50</td> </tr> <tr> <td>\$2,500, \$3,500</td> <td>\$60</td> </tr> <tr> <td>\$5,000, \$7,500, \$10,000</td> <td>\$70</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	Deducibles en la red	Copago	\$ 250	\$35	\$ 500	\$40	\$1,000	\$50	\$1,500	\$50	\$2,500, \$3,500	\$60	\$5,000, \$7,500, \$10,000	\$70	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Deducibles en la red</th> <th>Copago</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$1,500</td> <td>\$45</td> </tr> <tr> <td>\$2,500, \$3,500</td> <td>\$50</td> </tr> <tr> <td>\$5,000</td> <td>\$55</td> </tr> <tr> <td>\$7,500, \$10,000</td> <td>\$60</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	Deducibles en la red	Copago	\$1,500	\$45	\$2,500, \$3,500	\$50	\$5,000	\$55	\$7,500, \$10,000	\$60																													
Deducibles en la red	Copago																																																										
\$ 250	\$35																																																										
\$ 500	\$40																																																										
\$1,000	\$50																																																										
\$1,500	\$50																																																										
\$2,500, \$3,500	\$60																																																										
\$5,000, \$7,500, \$10,000	\$70																																																										
Deducibles en la red	Copago																																																										
\$1,500	\$45																																																										
\$2,500, \$3,500	\$50																																																										
\$5,000	\$55																																																										
\$7,500, \$10,000	\$60																																																										
<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>We 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. No se aplica el deducible a los servicios preventivos cubiertos.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>\$25/\$50</b> de copago para los servicios cubiertos prestados en el consultorio de un médico, dependiendo de si los servicios son prestados por un médico de atención primaria o por un especialista. <b>80%/20%</b> para los servicios cubiertos prestados fuera de un consultorio médico.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> para mamografías; todos los demás servicios preventivos no están cubiertos.</p>	<p><u>En la red:</u> Copago de consulta médica de atención primaria o <b>70%/30%</b> dependiendo de que los servicios se hayan recibido de un médico de atención primaria o de un especialista, y de que el afiliado haya alcanzado el límite3 de copago anual en dólares de <b>\$160</b> para médicos de atención primaria<sup>3</sup>.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> para mamografías; todos los demás servicios preventivos no están cubiertos.</p>	<p><u>En la red:</u> Copago de consulta médica de atención primaria o <b>60%/40%</b> Copago de consulta médica de atención primaria o <b>\$80</b> para médicos de atención primaria<sup>3</sup>. <b>\$1,000</b> de beneficio máximo por afiliado, por año calendario.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> para mamografías; todos los otros servicios preventivos no están cubiertos.</p>	<p><u>En la red:</u> BCBSAZ paga el <b>100%</b>.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> para mamografías; todos los otros servicios preventivos no están cubiertos.</p>	<p><u>En la red:</u> Aplicable al copago de consulta a médico de atención primaria o a especialista para los servicios cubiertos prestados en la consulta médica, dependiendo del lugar donde ser reciban los servicios. Se aplica deducible y coseguro a los servicios prestados por radiólogos y patólogos. <b>80%/20%</b> para los servicios prestados fuera de un consultorio médico.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> para mamografías; todos los otros servicios preventivos no están cubiertos.</p>	<p><u>En la red:</u> Copago de consulta médica u <b>80%/20%</b> dependiendo de si los servicios son prestados por un médico de atención primaria o por un especialista.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> no se aplica el deducible a las mamografías; todos los demás servicios preventivos no están cubiertos.</p>																																																					
<p><b>Servicios de laboratorio</b></p> <p>Se aplica deducible y coseguro a los servicios prestados por radiólogos y patólogos.</p>	<p><u>En la red:</u> El copago de consulta médica no se aplica si el afiliado recibe únicamente servicios de laboratorio durante la consulta. En los laboratorios clínicos contratados independientes, BCBSAZ paga el <b>100%</b> por los servicios cubiertos; no se aplica deducible ni coseguro. En todos los demás establecimientos, <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> El copago de consulta médica de atención primaria no se aplica si el afiliado recibe únicamente servicios de laboratorio durante la consulta. En los laboratorios clínicos contratados independientes, BCBSAZ paga el <b>100%</b> por los servicios cubiertos; no se aplica deducible ni coseguro. En todos los demás establecimientos y en los consultorios de médicos de atención primaria una vez que se haya alcanzado el límite3 de copago anual en dólares, <b>70%/30%</b> después de alcanzar el deducible..</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> El copago de consulta médica de atención primaria no se aplica si el afiliado recibe únicamente servicios de laboratorio durante la consulta. En los laboratorios clínicos contratados independientes, BCBSAZ paga el <b>100%</b> por los servicios cubiertos; no se aplica deducible ni coseguro. En todos los demás establecimientos y en los consultorios de médicos de atención primaria una vez que se haya alcanzado el límite3 de copago anual en dólares, <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> BCBSAZ pays <b>100%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> El copago de consulta médica no se aplica si se reciben únicamente servicios de laboratorio durante la consulta. En los laboratorios clínicos contratados independientes, BCBSAZ paga el <b>100%</b> por los servicios cubiertos; no se aplica deducible ni coseguro. En todos los demás establecimientos, <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> En el consultorio médico, el copago de consulta médica que corresponda 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; no se aplica deducible ni coseguro. En todos los demás establecimientos, <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>																																																					
<p><b>Otros servicios profesionales</b></p> <p>Los otros servicios profesionales incluyen servicios de diagnóstico, anestésicos y quirúrgicos prestados fuera de un consultorio médico.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>70%/30%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> BCBSAZ pays <b>100%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>																																																					
<p><b>Farmacia minorista o de envío por correo<sup>4</sup></b></p> <p>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 azulblue.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. Los envíos por correo sólo tienen cobertura cuando se realizan a través de un proveedor contratado de envíos por correo. No hay cobertura para envíos por correo realizados fuera de la red.</p>	<p><b>\$250</b> de deducible para los medicamentos de venta con receta de los niveles 2, 3 y 4 por afiliado, por año calendario. El deducible no se aplica a los medicamento de nivel 1. Los montos que se aplican a los deducibles de los medicamentos de venta con receta no cuentan para ningún otro deducible de plan.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Farmacia minorista</th> <th>Envío por correo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 1:</td> <td>\$ 15 de copago</td> <td>\$ 15 copay</td> </tr> <tr> <td>Nivel 2:</td> <td>\$ 35 de copago</td> <td>\$ 70 copay</td> </tr> <tr> <td>Nivel 3:</td> <td>\$ 65 de copago</td> <td>\$195 copay</td> </tr> <tr> <td>Nivel 4:</td> <td>\$120 de copago</td> <td>\$360 copay</td> </tr> </tbody> </table> <p>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.</p>		Farmacia minorista	Envío por correo	Nivel 1:	\$ 15 de copago	\$ 15 copay	Nivel 2:	\$ 35 de copago	\$ 70 copay	Nivel 3:	\$ 65 de copago	\$195 copay	Nivel 4:	\$120 de copago	\$360 copay	<p><b>\$500</b> de deducible para los medicamentos de venta con receta de los niveles 2, 3 y 4 por afiliado, por año calendario. El deducible no se aplica a los medicamento de nivel 1. Los montos que se aplican a los deducibles de los medicamentos de venta con receta no cuentan para ningún otro deducible de plan.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Farmacia minorista</th> <th>Envío por correo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 1:</td> <td>\$ 15 de copago</td> <td>\$ 15 copay</td> </tr> <tr> <td>Nivel 2:</td> <td>\$ 35 de copago</td> <td>\$ 70 copay</td> </tr> <tr> <td>Nivel 3:</td> <td>\$ 65 de copago</td> <td>\$195 copay</td> </tr> <tr> <td>Nivel 4:</td> <td>\$120 de copago</td> <td>\$360 copay</td> </tr> </tbody> </table>		Farmacia minorista	Envío por correo	Nivel 1:	\$ 15 de copago	\$ 15 copay	Nivel 2:	\$ 35 de copago	\$ 70 copay	Nivel 3:	\$ 65 de copago	\$195 copay	Nivel 4:	\$120 de copago	\$360 copay	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Farmacia minorista</th> <th>Envío por correo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Medicamentos genéricos:</td> <td>\$ 15 de copago</td> <td>\$ 15 de copago</td> </tr> <tr> <td>Medicamentos de marca:</td> <td>\$125 de copago</td> <td>\$250 de copago</td> </tr> </tbody> </table>		Farmacia minorista	Envío por correo	Medicamentos genéricos:	\$ 15 de copago	\$ 15 de copago	Medicamentos de marca:	\$125 de copago	\$250 de copago	<p>Farmacias minoristas de la red: BCBSAZ paga el <b>100%</b>, después de alcanzar el deducible.</p> <p>Farmacias minoristas fuera de la red: <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible. El afiliado también es responsable de la diferencia entre el precio de la farmacia no contratada y la cantidad o monto permitido por BCBSAZ.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Farmacia minorista</th> <th>Envío por correo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 1:</td> <td>\$ 15 de copago</td> <td>\$ 15 copay</td> </tr> <tr> <td>Nivel 2:</td> <td>\$ 35 de copago</td> <td>\$ 70 copay</td> </tr> <tr> <td>Nivel 3:</td> <td>\$ 65 de copago</td> <td>\$195 copay</td> </tr> <tr> <td>Nivel 4:</td> <td>\$120 de copago</td> <td>\$360 copay</td> </tr> </tbody> </table> <p>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.</p>		Farmacia minorista	Envío por correo	Nivel 1:	\$ 15 de copago	\$ 15 copay	Nivel 2:	\$ 35 de copago	\$ 70 copay	Nivel 3:	\$ 65 de copago	\$195 copay	Nivel 4:	\$120 de copago	\$360 copay
	Farmacia minorista	Envío por correo																																																									
Nivel 1:	\$ 15 de copago	\$ 15 copay																																																									
Nivel 2:	\$ 35 de copago	\$ 70 copay																																																									
Nivel 3:	\$ 65 de copago	\$195 copay																																																									
Nivel 4:	\$120 de copago	\$360 copay																																																									
	Farmacia minorista	Envío por correo																																																									
Nivel 1:	\$ 15 de copago	\$ 15 copay																																																									
Nivel 2:	\$ 35 de copago	\$ 70 copay																																																									
Nivel 3:	\$ 65 de copago	\$195 copay																																																									
Nivel 4:	\$120 de copago	\$360 copay																																																									
	Farmacia minorista	Envío por correo																																																									
Medicamentos genéricos:	\$ 15 de copago	\$ 15 de copago																																																									
Medicamentos de marca:	\$125 de copago	\$250 de copago																																																									
	Farmacia minorista	Envío por correo																																																									
Nivel 1:	\$ 15 de copago	\$ 15 copay																																																									
Nivel 2:	\$ 35 de copago	\$ 70 copay																																																									
Nivel 3:	\$ 65 de copago	\$195 copay																																																									
Nivel 4:	\$120 de copago	\$360 copay																																																									
<p><b>Pacientes hospitalizados<sup>5</sup></b></p>	<p><u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>70%/30%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> BCBSAZ pays <b>100%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>																																																					
<p><b>Servicios para pacientes ambulatorios</b></p>	<p><u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>70%/30%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> BCBSAZ pays <b>100%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>																																																					
<p><b>Emergencia</b></p> <p>El cargo de acceso o el copago no se aplica si el afiliado es ingresado en el hospital.</p>	<p><b>\$150</b> de cargo de acceso por afiliado, por proveedor, por día; luego, <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><b>\$150</b> de cargo de acceso por afiliado, por proveedor, por día; luego <b>70%/30%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><b>\$150</b> de cargo de acceso por afiliado, por proveedor, por día; luego, <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><b>\$150</b> de cargo de acceso por afiliado, por proveedor, por día; luego <b>100%</b> después de alcanzar el deducible..</p>	<p><b>\$150</b> de cargo de acceso por afiliado, por proveedor, por día; luego, <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><b>\$150</b> de cargo de acceso por afiliado, por proveedor, por día; luego, <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.</p>																																																					
<p><b>Maternidad</b></p> <p>Excluye atención rutinaria de maternidad. Cubre sólo servicios para tratar las complicaciones del embarazo. La mayoría de las cesáreas no se clasifican como complicaciones.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>70%/30%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> BCBSAZ pays <b>100%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.</p>	<p><u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.</p>																																																					

Programa de beneficios	BlueOptimum	BlueValue	BlueEssential	BluePortfolio	BluePreferred® Copago	BluePreferred Basic														
<b>Terapia física, ocupacional y del lenguaje</b> Los médicos quiroprácticos son especialistas. En los planes con copagos, el copago de consulta médica se aplica por afiliado, por proveedor, por día.	<u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>En la red:</u> <b>70%/30%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>En la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>En la red:</u> BCBSAZ pays <b>100%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.														
<b>Quiropráctico</b> Los médicos quiroprácticos son especialistas. En los planes con copagos, el copago de consulta médica se aplica por afiliado, por proveedor, por día.	<u>En la red:</u> <b>\$50</b> de copago para la mayoría de los servicios cubiertos prestados en el consultorio de un quiropráctico. <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible, para otros servicios cubiertos, como la terapia física.  <u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>En la red:</u> <b>70%/30%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>En la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>En la red:</u> BCBSAZ pays <b>100%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>En la red:</u> Copago de consulta al especialista para la mayoría de los servicios cubiertos prestados en el consultorio de un quiropráctico. <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible, para otros servicios cubiertos, como la terapia física.  <u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.														
<b>Exámenes rutinarios de la vista</b>	<u>En la red:</u> <b>\$25</b> de copago por un examen rutinario de la vista por afiliado, por año calendario.  <u>Fuera de la red:</u> reembolso de hasta <b>\$25</b> por un examen rutinario de la vista por afiliado, por año calendario.	<u>En la red:</u> <b>\$25</b> de copago por un examen rutinario de la vista por afiliado, por año calendario.  <u>Fuera de la red:</u> reembolso de hasta <b>\$25</b> por un examen rutinario de la vista por afiliado, por año calendario.	<u>En la red:</u> <b>\$25</b> de copago por un examen rutinario de la vista por afiliado, por año calendario.  <u>Fuera de la red:</u> reembolso de hasta <b>\$25</b> por un examen rutinario de la vista por afiliado, por año calendario.	<u>En la red:</u> BCBSAZ paga el <b>100%</b> después de alcanzar el deducible por un examen rutinario de la vista por afiliado, por año calendario.  <u>Fuera de la red:</u> reembolso de hasta <b>\$25</b> por un examen rutinario de la vista por afiliado, por año calendario.	<u>En la red:</u> La opción de deducible determina el copago para un examen rutinario de la vista por afiliado, por año calendario. <table border="1"><thead><tr><th>Deducible</th><th>Copay</th></tr></thead><tbody><tr><td><b>\$ 250</b></td><td><b>\$15</b></td></tr><tr><td><b>\$ 500</b></td><td><b>\$20</b></td></tr><tr><td><b>\$1,000, \$1,500</b></td><td><b>\$25</b></td></tr><tr><td><b>\$2,500, \$3,500</b></td><td><b>\$30</b></td></tr><tr><td><b>\$5,000, \$7,500</b></td><td><b>\$35</b></td></tr><tr><td><b>\$10,000</b></td><td><b>\$40</b></td></tr></tbody></table> <u>Fuera de la red:</u> reembolso de hasta <b>\$25</b> por un examen rutinario de la vista por afiliado, por año calendario	Deducible	Copay	<b>\$ 250</b>	<b>\$15</b>	<b>\$ 500</b>	<b>\$20</b>	<b>\$1,000, \$1,500</b>	<b>\$25</b>	<b>\$2,500, \$3,500</b>	<b>\$30</b>	<b>\$5,000, \$7,500</b>	<b>\$35</b>	<b>\$10,000</b>	<b>\$40</b>	<u>En la red:</u> <b>\$15</b> de copago por un examen rutinario de la vista por afiliado, por año calendario  <u>Fuera de la red:</u> reembolso de hasta <b>\$25</b> por un examen rutinario de la vista por afiliado, por año calendario.
Deducible	Copay																			
<b>\$ 250</b>	<b>\$15</b>																			
<b>\$ 500</b>	<b>\$20</b>																			
<b>\$1,000, \$1,500</b>	<b>\$25</b>																			
<b>\$2,500, \$3,500</b>	<b>\$30</b>																			
<b>\$5,000, \$7,500</b>	<b>\$35</b>																			
<b>\$10,000</b>	<b>\$40</b>																			
<b>Servicios de ambulancias</b>	<b>80%/20%</b> , no se aplica el deducible.	<b>70%/30%</b> , no se aplica el deducible.	<b>60%/40%</b> , no se aplica el deducible.	BCBSAZ pays <b>100%</b> después de alcanzar el deducible.	<b>80%/20%</b> , no se aplica el deducible.	<b>80%/20%</b> , no se aplica el deducible.														
<b>Servicios de salud mental<sup>5</sup></b> Los servicios del Administrador de Servicios de Salud Mental no están disponibles para el plan BluePortfolio. Los servicios del Administrador de Servicios de Salud Mental sólo están disponibles en Arizona.	<u>Pacientes ambulatorios:</u> El afiliado puede elegir proveedores de la red, proveedores fuera de la red o al Administrador de Servicios de Salud Mental. <u>Administrador de servicios de salud mental:</u> <b>\$15</b> de copago por consulta para psicoterapia y asesoramiento. <u>Proveedores de la red y proveedores fuera de la red:</u> Máximo de <b>20</b> sesiones psicológicas por afiliado, por año calendario; se aplica el deducible y el coseguro que correspondan. <u>Pacientes hospitalizados:</u> <b>Dos</b> ingresos por afiliado, por año calendario, hasta un total combinado de <b>30</b> días. <u>Establecimientos de la red y fuera de la red:</u> Se aplica el deducible y el coseguro que correspondan. <u>Servicios profesionales de la red para pacientes hospitalizados:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>Pacientes ambulatorios:</u> El afiliado puede elegir proveedores de la red, proveedores fuera de la red o al Administrador de Servicios de Salud Mental. <u>Administrador de servicios de salud mental:</u> <b>\$15</b> de copago por consulta para psicoterapia y asesoramiento. <u>Proveedores de la red y proveedores fuera de la red:</u> Máximo de <b>20</b> sesiones psicológicas por afiliado, por año calendario; se aplica el deducible y el coseguro que correspondan. <u>Pacientes hospitalizados:</u> <b>Dos</b> ingresos por afiliado, por año calendario, hasta un total combinado de <b>30</b> días. <u>Establecimientos de la red y fuera de la red:</u> Se aplica el deducible y el coseguro que correspondan. <u>Servicios profesionales de la red para pacientes hospitalizados:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>Pacientes ambulatorios:</u> El afiliado puede elegir proveedores de la red, proveedores fuera de la red o al Administrador de Servicios de Salud Mental. <u>Administrador de servicios de salud mental:</u> <b>\$15</b> de copago por consulta para psicoterapia y asesoramiento. <u>Proveedores de la red y proveedores fuera de la red:</u> Máximo de <b>20</b> sesiones psicológicas por afiliado, por año calendario; se aplica el deducible y el coseguro que correspondan. <u>Pacientes hospitalizados:</u> <b>Dos</b> ingresos por afiliado, por año calendario, hasta un total combinado de <b>30</b> días. <u>Establecimientos de la red y fuera de la red:</u> Se aplica el deducible y el coseguro que correspondan. <u>Servicios profesionales de la red para pacientes hospitalizados:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>Pacientes ambulatorios:</u> <u>Proveedores de la red y proveedores fuera de la red:</u> Máximo de <b>20</b> sesiones psicológicas por afiliado, por año calendario; se aplica el deducible y el coseguro que correspondan. <u>Pacientes hospitalizados:</u> <b>Two</b> Dos ingresos por afiliado, por año calendario, hasta un total combinado de <b>30</b> días. <u>Establecimientos de la red, establecimientos fuera de la red y servicios profesionales:</u> Se aplica el deducible y el coseguro que correspondan..	<u>Pacientes ambulatorios:</u> El afiliado puede elegir proveedores de la red, proveedores fuera de la red o al Administrador de Servicios de Salud Mental. <u>Administrador de servicios de salud mental:</u> <b>\$15</b> de copago por consulta para psicoterapia y asesoramiento. <u>Proveedores de la red y proveedores fuera de la red:</u> Máximo de <b>20</b> sesiones psicológicas por afiliado, por año calendario; se aplica el deducible y el coseguro que correspondan. <u>Pacientes hospitalizados:</u> <b>Dos</b> ingresos por afiliado, por año calendario, hasta un total combinado de <b>30</b> días. <u>Establecimientos de la red y fuera de la red:</u> Se aplica el deducible y el coseguro que correspondan. <u>Servicios profesionales de la red para pacientes hospitalizados:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>Pacientes ambulatorios:</u> El afiliado puede elegir proveedores de la red, proveedores fuera de la red o al Administrador de Servicios de Salud Mental. <u>Administrador de servicios de salud mental:</u> <b>\$15</b> de copago por consulta para psicoterapia y asesoramiento. <u>Proveedores de la red y proveedores fuera de la red:</u> Máximo de <b>20</b> sesiones psicológicas por afiliado, por año calendario; se aplica el deducible y el coseguro que correspondan. <u>Pacientes hospitalizados:</u> <b>Dos</b> ingresos por afiliado, por año calendario, hasta un total combinado de <b>30</b> días. <u>Establecimientos de la red y fuera de la red:</u> Se aplica el deducible y el coseguro que correspondan. <u>Servicios profesionales de la red para pacientes hospitalizados:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.														
<b>Servicios de rehabilitación de pacientes hospitalizados<sup>5</sup></b> La cobertura se limita a <b>120</b> días por afiliado, por año calendario.	Sujeto al deducible y al coseguro que correspondan por hasta <b>60</b> días. <b>60</b> días adicionales disponibles por el <b>50%</b> del coseguro; este último no contará para el desembolso máximo de coseguro.	Sujeto al deducible y al coseguro que correspondan por hasta <b>60</b> días. <b>60</b> días adicionales disponibles por el <b>50%</b> del coseguro; este último no contará para el desembolso máximo de coseguro.	Sujeto al deducible y al coseguro que correspondan por hasta <b>60</b> días. <b>60</b> días adicionales disponibles por el <b>50%</b> del coseguro; este último no contará para el desembolso máximo de coseguro.	<u>Inpatient:</u> BCBSAZ pays <b>100%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.	Sujeto al deducible y al coseguro que correspondan por hasta <b>60</b> días. <b>60</b> días adicionales disponibles por el <b>50%</b> del coseguro; este último no contará para el desembolso máximo de coseguro.	Sujeto al deducible y al coseguro que correspondan por hasta <b>60</b> días. <b>60</b> días adicionales disponibles por el <b>50%</b> del coseguro; este último no contará para el desembolso máximo de coseguro.														
<b>Atención médica en el hogar<sup>4</sup></b> Ciertos medicamentos inyectables se ofrecen también a través del beneficio de medicamentos especiales autoinyectables..	<u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>En la red:</u> <b>70%/30%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>En la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>Inpatient:</u> BCBSAZ pays <b>100%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>Fuera de la red:</u> <b>60%/40%</b> después de alcanzar el deducible.	<u>En la red:</u> <b>80%/20%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.														
<b>Centros de enfermería especializada<sup>5</sup></b> La cobertura se limita a <b>180</b> días por afiliado, por año calendario.	Sujeto al deducible y al coseguro que correspondan por hasta <b>90</b> días. <b>90</b> días adicionales disponibles por el <b>50%</b> del coseguro; este último no contará para el desembolso máximo de coseguro.	Sujeto al deducible y al coseguro que correspondan por hasta <b>90</b> días. <b>90</b> días adicionales disponibles por el <b>50%</b> del coseguro; este último no contará para el desembolso máximo de coseguro.	Sujeto al deducible y al coseguro que correspondan por hasta <b>90</b> días. <b>90</b> días adicionales disponibles por el <b>50%</b> del coseguro; este último no contará para el desembolso máximo de coseguro.	<u>Inpatient:</u> BCBSAZ pays <b>100%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>Fuera de la red:</u> <b>50%/50%</b> después de alcanzar el deducible.	Sujeto al deducible y al coseguro que correspondan por hasta <b>90</b> días. <b>90</b> días adicionales disponibles por el <b>50%</b> del coseguro; este último no contará para el desembolso máximo de coseguro.	Sujeto al deducible y al coseguro que correspondan por hasta <b>90</b> días. <b>90</b> días adicionales disponibles por el <b>50%</b> del coseguro; este último no contará para el desembolso máximo de coseguro.														
<b>Medicamentos especiales autoinyectables, adquiridos en farmacias especializadas<sup>4</sup></b> Para ciertos medicamentos biológicos autoinyectables específicos de venta con receta. Los medicamentos especiales autoinyectables no están cubiertos por el beneficio de los medicamentos comprados en farmacias de venta minorista y de envío por correo, pero podrían estar disponibles a través del beneficio de atención médica en el hogar. Visite azblue.com o llame a BCBSAZ para obtener una lista de los medicamentos autoinyectables especiales y de las farmacias especializadas contratadas.	<u>Farmacias especializadas contratadas:</u> Nivel A: <b>\$ 30</b> Nivel B: <b>\$ 60</b> Nivel C: <b>\$ 90</b> Nivel D: <b>\$120</b>  <u>No contratadas:</u> No cubierto. 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".	<u>Farmacias especializadas contratadas:</u> Nivel A: <b>\$ 30</b> Nivel B: <b>\$ 60</b> Nivel C: <b>\$ 90</b> Nivel D: <b>\$120</b>  <u>No contratadas:</u> No cubierto. 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".	<u>Farmacias especializadas contratadas:</u> Nivel A: <b>\$ 30</b> Nivel B: <b>\$ 60</b> Nivel C: <b>\$ 90</b> Nivel D: <b>\$120</b>  <u>No contratadas:</u> No cubierto. 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".	<u>Farmacias especializadas contratadas:</u> BCBSAZ paga el <b>100%</b> después de alcanzar el deducible.  <u>No contratadas:</u> No cubierto. 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".	<u>Farmacias especializadas contratadas:</u> Nivel A: <b>\$ 30</b> Nivel B: <b>\$ 60</b> Nivel C: <b>\$ 90</b> Nivel D: <b>\$120</b>  <u>No contratadas:</u> No cubierto. 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".	<u>Farmacias especializadas contratadas:</u> Nivel A: <b>\$ 30</b> Nivel B: <b>\$ 60</b> Nivel C: <b>\$ 90</b> Nivel D: <b>\$120</b>  <u>No contratadas:</u> No cubierto. 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".														
<b>Cirugía bariátrica<sup>5</sup></b>	<b>\$1,000</b> de cargo de acceso por afiliado, por cirugía, además del deducible y del coseguro que correspondan.																			