



Planes de salud para usted y su familia

- Decida cuál plan le conviene más
- Compare los beneficios de los planes
- Cómo solicitar cobertura



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

azblue.com/ApliqueAhora

El valor real del seguro de salud



Un nombre que conoce y da confianza

Uno de cada tres estadounidenses tiene la cobertura de un plan de salud de Blue Cross Blue Shield, de modo que puede estar seguro de que al elegir Blue está en las manos de una excelente compañía. Es la compañía aseguradora más grande de Arizona y presta servicios a más de 1.3 millones de personas.*

La seguridad y la tranquilidad que le proporciona una cobertura de salud son tan importantes como la protección financiera. Al poner su salud y la salud de su familia en primer lugar, puede confiar más en el futuro y concentrarse en disfrutar de las otras cosas importantes de la vida.

Enfrentar una enfermedad o lesión grave sin tener un seguro de salud puede ser devastador, tanto desde un punto de vista emocional como financiero. Los estudios demuestran que las personas que no tienen seguro de salud pasan por alto importantes cuidados médicos, como exámenes preventivos, consultas al médico, e incluso prescinden de importantes medicamentos de venta con receta. Esto puede tener un grave impacto sobre su salud y bienestar general.

Muchas personas desconocen el costo real de los servicios médicos, sin considerar el beneficio de un seguro de salud. Además de la cobertura que le proporciona su seguro de salud, también obtiene beneficios de los descuentos que una compañía como Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) ha negociado con los proveedores contratados (redes de médicos y hospitales). Esto significa que cuando un proveedor contratado envía una factura de "los cargos facturados", BCBSAZ descontará el monto correspondiente a la "cantidad o monto permitido" y aplicará sus beneficios a la cantidad menor. Si usted es responsable del pago de una parte de la factura, su costo compartido será menor debido a los descuentos que BCBSAZ ha negociado. Esta es otra excelente razón para elegir siempre un proveedor de la vasta red que BCBSAZ tiene en Arizona. Para obtener más información, vea las definiciones que aparecen en la página 3.

* 2009 Blue Cross Blue Shield Association, bcbs.com/About.

Términos de seguros de salud que debe conocer

A continuación, se presentan algunas definiciones que lo ayudarán a entender mejor la información sobre los planes que encontrará en las siguientes páginas:



Cantidad o monto permitido: La cantidad o monto permitido es la cantidad o monto de reembolso asignado a un servicio cubierto. Incluye el pago de BCBSAZ y el pago del afiliado. La cantidad o monto permitido generalmente se determina a partir de la lista de precios de BCBSAZ, y no es igual a los cargos facturados del proveedor. Los proveedores contratados por BCBSAZ han acordado aceptar la cantidad o monto permitido y no cobrarán las "cuentas de saldo" a los afiliados. El coseguro y el deducible se basan en la cantidad o monto permitido. Si usted ve a un proveedor no contratado, BCBSAZ le reembolsará sólo la cantidad o monto permitido, menos el costo compartido que le corresponde como afiliado.

Cuentas de saldo: Una cuenta de saldo se refiere a la cantidad que se le podría cobrar a los afiliados por la diferencia entre los cargos facturados de un proveedor no contratado y la cantidad o monto permitido. Las cuentas de saldo pueden ser considerables.

Coseguro: El coseguro es el porcentaje que usted debe pagar por ciertos servicios cubiertos una vez que alcanza el máximo de deducible por año calendario. Incluye su parte del costo y la parte que paga el proveedor de seguros. Por ejemplo, un coseguro de 80/20% significa que usted es responsable del 20% del costo y el proveedor de seguros cubre el 80% restante. Usted pagará un porcentaje de coseguro mayor cuando utilice un proveedor fuera de la red. El coseguro y los deducibles se basan en la cantidad o monto permitido.

Copago: El copago es una cantidad de dinero fija que usted pagará por ciertos servicios cubiertos al momento de recibir la atención. Los servicios que por lo general requieren copagos son, entre otros, los medicamentos de venta con receta y las consultas médicas. Sin embargo, esto varía dependiendo de los beneficios específicos del plan.

Deducible (año calendario): El deducible es el monto que paga antes de que los beneficios del seguro comiencen a funcionar. Por ejemplo, si elige un plan con un deducible de \$1,000, usted debe pagar los primeros \$1,000 antes de que los beneficios que requieren del pago de un deducible, como la hospitalización, se hagan efectivos. Los deducibles de la red se contabilizan en forma separada de los deducibles fuera de la red, y los deducibles fuera de la red son siempre mayores.



Proveedores de la red: Estos proveedores tienen un contrato con BCBSAZ. Usted hace desembolsos menores cuando recibe servicios cubiertos de los proveedores de la red. Los proveedores de la red están también disponibles fuera del estado de Arizona a través del programa BlueCard®.

Proveedores fuera de la red: Estos proveedores no tienen un contrato con BCBSAZ. Usted hace desembolsos mayores cuando recibe servicios cubiertos de proveedores fuera de la red.

Médico de atención primaria (PCP): 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.

Servicios preventivos: Los servicios preventivos incluyen ciertos servicios de análisis y detección, vacunas, exámenes físicos de rutina y mamografías.



Deducibles versus primas

El **deducible** es el monto que usted paga por los servicios cubiertos antes de que los beneficios de su seguro comiencen a aplicarse, y se basa en un año calendario. Los deducibles de la red se contabilizan en forma separada de los deducibles fuera de la red. La **prima** es el costo mensual que usted paga por su plan de seguro de salud.

Cómo elegir el plan de salud que le conviene

Encontrar un plan de salud que dé respuestas a sus necesidades de atención de salud y a su presupuesto puede ser un desafío. Por esta razón, BCBSAZ ha desarrollado esta guía fácil de usar que aclarará algunas dudas que se presentan al elegir un plan de salud. Para comenzar, necesitará entender los tipos básicos de planes que se ofrecen y la forma en que funcionan. BCBSAZ ofrece cinco planes PPO diferentes, entre ellos, una opción PPO de alto deducible que califica para utilizarse con una cuenta de ahorro para la salud (HSA).



Planes PPO de Blue Cross Blue Shield of Arizona

Con un plan PPO (organización de proveedores preferenciales) de BCBSAZ, usted puede elegir cualquier médico u hospital, de la red o fuera de la red. Recuerde: los desembolsos que tendrá que hacer serán mayores por los servicios que reciba de proveedores fuera de la red.

BCBSAZ ofrece diferentes planes PPO con una diversa gama de deducibles, copagos y coseguros. Los costos del plan varían según el tipo, nivel y mezcla de costo compartido. Los planes PPO con primas más bajas exigen desembolsos mayores debido a que los beneficios no son tan completos como lo que ofrecen algunos planes con primas más altas. En términos generales, los planes con primas más bajas tienen requisitos de costo compartido más altos para el afiliado, mientras que los planes con primas más altas tienen requisitos de costo compartido más bajos para el afiliado.

Un plan con una prima de bajo costo, como BlueEssential Plus puede ser ideal si usted no utiliza servicios de atención de salud con frecuencia y espera no gastar mucho dinero en servicios, medicamentos y procedimientos médicos. Si busca más seguridad, elija el plan BlueValue Plus o BlueBasic Plus, con desembolsos más bajos para muchos servicios médicos, pero que de todos modos ofrecen primas al alcance del bolsillo de muchos afiliados. BlueOptimum Plus, la opción más completa de plan PPO, normalmente tiene las primas más altas, pero proporciona el nivel más completo de cobertura haciendo que los costos médicos sean más predecibles.



Plan de salud PPO calificado para HSA de Blue Cross Blue Shield of Arizona

Un plan de salud calificado para HSA se compone de dos partes: una cuenta de ahorro para la salud (HSA), que es una cuenta de ahorro especial para pagar gastos médicos, y un plan PPO de alto deducible u otro plan de seguro de salud calificado para HSA. Cada año, puede hacer contribuciones antes de impuestos o deducibles de impuestos a su cuenta de ahorro para la salud. Puede utilizar el dinero de esta cuenta para pagar consultas médicas, pruebas de laboratorio, medicamentos de venta con receta y otros gastos médicos o, si lo prefiere, puede pagar estos gastos de su bolsillo y dejar que los fondos de su cuenta se acumulen. Todo el dinero de su cuenta que no utilice, se traspasa al año siguiente. Puede dejar crecer la cuenta para que el dinero ahorrado lo ayude a cubrir futuras necesidades de atención de salud.

BCBSAZ ofrece una alternativa de plan PPO de alto deducible que califica para utilizarse con una cuenta HSA. Debido al alto deducible, usted disfruta de primas bajas que le ahorrarán dinero cada mes. Puesto que paga los costos de atención médica con su cuenta de ahorro para la salud, usted controla la forma en que gasta su dinero en atención de salud. Existen ventajas tributarias específicas para los planes que califican para una HSA. Consulte con su asesor legar o tributario para obtener más información.

Resumen de planes de salud

A continuación, encontrará los resúmenes de los beneficios que ofrecen los diferentes tipos de planes de BCBSAZ. No es una lista completa de beneficios y deberá también leer las exclusiones y limitaciones que aparecen en la contraportada de este folleto. Para obtener información más detallada sobre beneficios, revise la información sobre beneficios incluida en este paquete informativo o visite www.azblue.com/ApliqueAhora.

Plan BlueOptimum Plus PPO: Beneficios de los servicios de la red

Opciones de deducible — Individual: Desde **\$250 a \$10,000**; Familiar: Desde **\$500 a \$20,000**

Coseguro — Después de alcanzar el deducible, aplica el **80%/20%** a los siguientes servicios:

- Laboratorio y otros servicios profesionales
- Atención médica en el hogar
- Servicios de ambulancias
- Establecimientos de salud mental
- Servicios ambulatorios y hospitalarios
- Terapia física, ocupacional y del lenguaje
- Servicios de rehabilitación de pacientes hospitalizados
- Centros de enfermería especializada

Desembolso máximo — (año calendario) **\$2,500** por afiliado

Servicios médicos¹ —

- Médico de atención primaria: **\$30** de copago de consulta médica
- Especialista: **\$50** de copago de consulta médica
- Atención de urgencia: **\$60** de copago
- Servicios preventivos: BCBSAZ paga el **100%** para los servicios cubiertos

Medicamentos de venta con receta¹ —

Farmacia minorista

Nivel 1: **\$ 15** de copago

Nivel 2: **\$ 40** de copago

Nivel 3: **\$ 70** de copago

Nivel 4: **\$120** de copago

Envío por correo

Nivel 1: **\$ 15** de copago

Nivel 2: **\$ 70** de copago

Nivel 3: **\$195** de copago

Nivel 4: **\$360** de copago

Plan BlueValue Plus PPO: Beneficios de los servicios de la red

Opciones de deducible — Individual: Desde **\$250 a \$10,000**; Familiar: Desde **\$500 a \$20,000**

Coseguro — Después de alcanzar el deducible, aplica el **70%/30%** a los siguientes servicios:

- Laboratorio y otros servicios profesionales
- Atención médica en el hogar
- Servicios de ambulancias
- Establecimientos de salud mental
- Servicios ambulatorios y hospitalarios
- Terapia física, ocupacional y del lenguaje
- Servicios de rehabilitación de pacientes hospitalizados
- Centros de enfermería especializada

Desembolso máximo — (año calendario) **\$3,000** por afiliado

Servicios médicos¹ —

- Médico de atención primaria: **\$30** de copago de consulta médica²
- Especialista: **\$50** de copago de consulta médica²
- Atención de urgencia: **\$60** de copago
- Servicios preventivos: BCBSAZ paga el **100%** para los servicios cubiertos

Medicamentos de venta con receta¹ — Los copagos de medicamentos de venta con receta aplican a los medicamentos de los niveles 2, 3 y 4 sólo después de que el afiliado alcanza un deducible de medicamentos de venta con receta separado, por afiliado y por año calendario de **\$500**.

Farmacia minorista

Nivel 1: **\$ 15** de copago

Nivel 2: **\$ 40** de copago

Nivel 3: **\$ 70** de copago

Nivel 4: **\$120** de copago

Envío por correo

Nivel 1: **\$ 15** de copago

Nivel 2: **\$ 70** de copago

Nivel 3: **\$195** de copago

Nivel 4: **\$360** de copago

¹ Los copagos no cuentan para el deducible del año calendario ni para los desembolsos máximos. Los afiliados siguen pagándolos durante todo el año.

² El copago se limita a seis consultas médicas (combinadas entre el PCP y el especialista) por año calendario, luego 70%/30% de coseguro después de alcanzar el deducible.

Resumen de planes de salud

Plan BlueEssential Plus PPO: Beneficios de los servicios de la red

Opciones de deducible — Individual: Desde \$250 a \$10,000 ; Familiar: Desde \$500 a \$20,000		
Coseguro — Después de alcanzar el deducible, aplica el 60%/40% a los siguientes servicios:		
<ul style="list-style-type: none">■ Laboratorio y otros servicios profesionales■ Atención médica en el hogar■ Servicios de ambulancias■ Establecimientos de salud mental	<ul style="list-style-type: none">■ Servicios ambulatorios y hospitalarios■ Terapia física, ocupacional y del lenguaje■ Servicios de rehabilitación de pacientes hospitalizados■ Centros de enfermería especializada	
Desembolso máximo — (año calendario) \$4,000 por afiliado		
Servicios médicos¹ —		
<ul style="list-style-type: none">■ Médico de atención primaria: \$30 de copago de consulta médica³■ Especialista: \$50 de copago de consulta médica³■ Atención de urgencia: \$60 de copago	<ul style="list-style-type: none">■ Servicios preventivos: BCBSAZ paga el 100% para los servicios cubiertos	
Medicamentos de venta con receta¹ —		
Medicamentos genéricos:	Farmacia minorista \$ 15 de copago	Envíos por correo \$ 15 de copago
Medicamentos de marca:	\$125 de copago	\$250 de copago

Plan BlueBasic Plus PPO: Beneficios de los servicios de la red

Opciones de deducible — Individual: Desde \$250 a \$10,000 ; Familiar: Desde \$500 a \$20,000		
Coseguro — Después de alcanzar el deducible, aplica el 80%/20% a los siguientes servicios:		
<ul style="list-style-type: none">■ Laboratorio y otros servicios profesionales■ Atención médica en el hogar■ Servicios de ambulancias■ Establecimientos de salud mental	<ul style="list-style-type: none">■ Servicios ambulatorios y con hospitalización■ Terapia física, ocupacional y del lenguaje■ Servicios de rehabilitación de pacientes hospitalizados■ Centros de enfermería especializada	
Desembolso máximo de coseguro — (año calendario) \$4,000 por afiliado		
Servicios médicos¹ —		
<ul style="list-style-type: none">■ Médico de atención primaria: \$30 de copago por consulta médica■ Especialista: 80%/20% de coseguro después de alcanzar el deducible	<ul style="list-style-type: none">■ Servicios preventivos: BCBSAZ paga el 100% para los servicios cubiertos■ Atención de urgencia: \$60 de copago	
Medicamentos de venta con receta¹ —		
Medicamentos genéricos:	Farmacia minorista \$ 15 de copago	Envíos por correo \$ 15 de copago
Medicamentos de marca:	\$125 de copago	\$250 de copago

¹ Los copagos no cuentan para los deducibles del año calendario ni para los desembolsos máximos de coseguro. Los afiliados los siguen pagando durante todo el año.

³ El copago se limita a tres consultas médicas al año (combinadas entre el PCP y el especialista), luego 60/40% de coseguro después de satisfacer el deducible.

Resumen de planes de salud

Plan PPO BluePortfolio Plus calificado para HSA : Beneficios de los servicios de la red

Opciones de deducible — Individual⁴ : **\$1,750 , \$3,000 , \$5,500**; Familiar⁴: **\$3,500 , \$6,000 , \$11,000**

Coseguro — Después de alcanzar el deducible, aplica el **100%** a los siguientes servicios:

- Laboratorio y otros servicios profesionales
- Atención médica en el hogar
- Servicios de ambulancias
- Establecimientos de salud mental
- Servicios ambulatorios y hospitalarios
- Terapia física, ocupacional y del lenguaje
- Servicios de rehabilitación de pacientes hospitalizados
- Centros de enfermería especializada

Desembolso máximo — (año calendario) **\$5,500** por afiliado; **\$11,000** por familia

Servicios médicos —

- Médico de atención primaria: BCBSAZ paga el **100%** de los servicios cubiertos
- Especialista: BCBSAZ paga el **100%** de los servicios cubiertos
- Atención de urgencia: BCBSAZ paga el **100%** de los servicios cubiertos
- Atención preventiva: BCBSAZ paga el **100%** de los servicios cubiertos, no aplica el deducible

Medicamentos de venta con receta — BCBSAZ paga el **100%** después de alcanzar el deducible.⁵

⁴ 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.

⁵ El pago por el servicio de envío por correo se debe efectuar con una tarjeta de crédito o de débito, y sólo está disponible a través de un proveedor contratado de envío por correo.



Cómo solicitar una cobertura

Se debe completar una solicitud en línea en azblue.com/ApliqueAhora (Solicitud en inglés) o en forma impresa. Sin embargo, se aplica un cargo no reembolsable de \$20 a las solicitudes impresas, con la excepción de las solicitudes de los afiliados actuales de BCBSAZ. No se aplica este cargo a las solicitudes que se completen en línea y que se presenten en forma electrónica.

Además, si presenta su solicitud en línea, BCBSAZ puede realizar la evaluación con mayor rapidez, usted puede dar seguimiento al progreso de su solicitud y recibirá una confirmación por correo electrónico cuando BCBSAZ finalice el proceso de evaluación del riesgo médico. Usted es elegible para solicitar la cobertura de salud individual de BCBSAZ si es un residente permanente de Arizona de entre 18 y 64 años de edad, y no está recibiendo beneficios de Medicare. Usted puede solicitar la cobertura de dependientes para su cónyuge y para sus hijos solteros menores de 30 años.

BCBSAZ revisará su historial médico y el historial de todos los dependientes mayores de 19 años de edad para determinar si cumplen con ciertos criterios de evaluación del riesgo médico y si son elegibles para una cobertura. Para obtener información específica sobre cómo su historial médico puede afectar su cobertura o las tarifas, puede llamar al Departamento de Evaluación del Riesgo Médico de BCBSAZ al (602) 864-4040 o al (800) 232-2345, extensión 4040.

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. **Pueden aplicar períodos de espera por condiciones preexistentes y exenciones.**

- Abortos, salvo que se establezca lo contrario 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 desórdenes del espectro autista
- Exclusiones y limitaciones específicos de los beneficios listados en el folleto del plan de beneficios para beneficios particulares
- Arte corporal, perforaciones y tatuajes corporales y cualquier complicación relacionada
- Ciertos tipos de cargos del establecimiento de atención hospitalaria y ambulatoria, por concepto de: residencias comunitarias, programas de excursiones terapéuticas, internados, centros domiciliarios de rehabilitación, centros de cuidados asistidos u hogares de acogida. 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, visita al consultorio, consulta y servicio relacionado con fines cosméticos. Esta exclusión no se aplica a la reconstrucción de senos después de una mastectomía necesaria desde un punto de vista médico
- Servicios de orientación o modificación de la conducta, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Servicios ordenados por un tribunal, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Servicios de custodia
- Servicios dentales, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Suplementos alimenticios y nutricionales, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Gastos por servicios que excedan los límites de los beneficios
- Servicios en fase de investigación o de experimentación
- Cargos por servicios de conserje
- Cargos por servicios prestados a un afiliado que no sean directos, en persona y apropiados desde un punto de vista médico, salvo que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Servicios de fertilidad e infertilidad
- Pie plano, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- 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 la excepción de lo que se especifique 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, salvo que se indique lo contrario 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 o farmacéutica 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 los servicios sean prestados.
- Servicios de venta sin receta, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Servicios 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 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, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- 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 exentas de cobertura
- 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 A LOS AFILIADOS MAYORES DE 19 AÑOS DE EDAD.** 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 condiciones preexistentes no están cubiertos hasta que hayan pasado 11 meses consecutivos desde la fecha de entrada en vigencia del plan de beneficios.



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association