

Resumen de beneficios de BluePreferred 70/50 \$4,000 Deducible



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

COSTO COMPARTIDO		
Deducible por año calendario	\$4,000 por afiliado, \$8,000 por familia El deducible debe pagarse para todos los servicios cubiertos, salvo que se indique lo contrario. Los copagos, los cargos de acceso, los cargos de certificación previa y las cuentas de saldo no cuentan para el deducible.	
	PROVEEDOR DE LA RED	PROVEEDOR FUERA DE LA RED
Coseguro Porcentaje que los afiliados deben pagar por ciertos servicios cubiertos después de alcanzar el deducible por año calendario.	Después de alcanzar el deducible, BCBSAZ paga el 70% y el afiliado paga el 30% (70%/30%) de la cantidad o monto permitido para la mayoría de los servicios cubiertos, a menos que se indique un porcentaje de coseguro distinto.	Después de alcanzar el deducible, BCBSAZ paga el 50% y el afiliado paga el 50% (50%/50%) de la cantidad o monto permitido para la mayoría de los servicios cubiertos, a menos que se indique un porcentaje de coseguro distinto.
Desembolsos máximos de coseguro por año calendario	\$4,000 por afiliado, \$8,000 por familia	\$8,000 por afiliado, \$16,000 por familia
Cómo calculamos el coseguro y los montos que se acumulan para el deducible y los desembolsos máximos de coseguro	BCBSAZ calcula los pagos de coseguro del afiliado y los montos que se acumulan para el deducible y los desembolsos máximos de coseguro con base en la cantidad o monto permitido por BCBSAZ. No utilizamos los cargos facturados por un proveedor. Solamente los pagos de coseguro del afiliado cuentan para los desembolsos máximos de coseguro. Muchos de los pagos de costo compartido no cuentan para los desembolsos máximos, incluidos: deducibles, copagos, cargos de acceso, ciertos cargos listados en el folleto de beneficios, cargos de certificación previa, montos pagados por servicios no cubiertos y cuentas de saldo de proveedores no contratados. Un afiliado debe continuar con el pago de todos estos montos del costo compartido, incluso después de alcanzar los máximos.	
Servicios en consultorio médico¹ Los médicos de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) incluyen a los médicos de medicina familiar, medicina general, medicina interna y pediatría. Todos los demás médicos son especialistas. Siempre se aplica el deducible y el coseguro a los servicios prestados por radiólogos, patólogos y a los servicios de terapia física, ocupacional y del lenguaje.	<p style="text-align: center;"><u>Copago</u></p> Médico de atención primaria: \$25 Especialista: \$40	50%/50% después de alcanzar el deducible.
Servicios preventivos	Se aplica un copago por afiliado, por proveedor, por día para la mayoría de los servicios cubiertos prestados en un consultorio médico. El copago de consulta médica se limita a tres (3) consultas por afiliado, por año calendario; se aplica a consultas combinadas a médicos de atención primaria y a especialistas. Después de alcanzar el límite de copago, BCBSAZ paga el 70% y el afiliado paga el 30% después de alcanzar el deducible durante el resto del año calendario.	La mayoría de los servicios preventivos no están cubiertos. Las mamografías y ciertas vacunas para viajes al extranjero están cubiertas. BCBSAZ paga el 100% de la cantidad o monto permitido para los servicios preventivos que están cubiertos; no se aplican deducibles ni coseguros.
Atención de urgencia	BCBSAZ paga el 100% de la cantidad o monto permitido para los servicios preventivos cubiertos; no se aplican copagos, deducibles ni coseguros.	Los servicios preventivos son aquellos servicios realizados con fines de análisis y detección cuando un afiliado no presenta síntomas ni signos activos de una enfermedad. No incluyen las pruebas de diagnóstico a las que el afiliado se somete cuando presenta una enfermedad o un síntoma activo de la misma. Se determinará si un servicio es preventivo o no por medio del diagnóstico que presente el proveedor.
Servicios de laboratorio	BCBSAZ paga el 100% de la cantidad o monto permitido para los servicios preventivos cubiertos; no se aplican copagos, deducibles ni coseguros.	\$60 de copago por afiliado, por proveedor, por día en los establecimientos contratados en forma específica para proveer servicios de atención de urgencia. El copago de atención de urgencia no cuenta para el límite anual de copago para consultas médicas.
Otros servicios profesionales	En un consultorio médico, BCBSAZ paga el 100% ; no se aplica el copago de consulta médica sólo si los servicios que recibe el afiliado durante la consulta son servicios de laboratorio. Para todos los demás servicios de laboratorio de diagnóstico, incluidos los servicios prestados por patólogos y los servicios provistos en un consultorio médico, una vez que se alcance el límite anual de copago ¹ , 70%/30% después de alcanzar el deducible.	50%/50% después de alcanzar el deducible.
Servicios de establecimientos de atención ambulatoria	70%/30% después de alcanzar el deducible.	50%/50% después de alcanzar el deducible.
Servicios de centros de radiología	70%/30% después de alcanzar el deducible.	50%/50% después de alcanzar el deducible.

	PROVEEDOR DE LA RED	PROVEEDOR FUERA DE LA RED
Pacientes hospitalizados: hospital	70%/30% después de alcanzar el deducible.	50%/50% después de alcanzar el deducible.
Emergencia	\$250 de copago por afiliado, por proveedor, por día; no se aplica el copago de la sala de emergencias si el afiliado es hospitalizado.	
Ambulancia	70%/30% después de alcanzar el deducible.	
Medicamentos de venta con receta comprados en farmacias minoristas y de envío por correo	<p>El afiliado paga la cantidad o monto permitido o el copago, lo que sea menor.</p> <p>Farmacia minorista</p> <p>Medicamentos genéricos: \$ 15 Medicamentos de marca: \$125</p> <p>Farmacia de envío por correo</p> <p>Medicamentos genéricos: \$ 30 Medicamentos de marca: \$250</p>	<p>Farmacia minorista: cuando un afiliado surta una receta en una farmacia minorista fuera de la red, el afiliado paga el copago del medicamento de venta con receta que corresponda, más la cuenta de saldo (la diferencia entre el precio de la farmacia fuera de la red y la cantidad o monto permitido).</p> <p>Envío por correo: no cubierto.</p>
Maternidad	<p>Médico: copago de consulta médica o 70%/30% después de alcanzar el deducible, dependiendo de si el afiliado ha alcanzado el límite anual de copago para consultas médicas¹. Fuera del copago inicial, no se aplica el costo compartido a los cargos globales de parto del médico, pero se aplica a todos los otros servicios cubiertos.</p> <p>Hospital: 70%/30% después de alcanzar el deducible.</p>	Médico y hospital: 50%/50% después de alcanzar el deducible.
Quiropráctico	<p>Médico: \$40 de copago de consulta médica por afiliado, por proveedor, por día para la mayoría de los servicios cubiertos prestados en el consultorio de un quiropráctico o 70%/30% después de alcanzar el deducible, dependiendo de si el afiliado ha alcanzado el límite anual de copago para consultas médicas¹. Para los demás servicios cubiertos: 70%/30% después de alcanzar el deducible.</p>	50%/50% después de alcanzar el deducible.
Terapia física, ocupacional y del lenguaje	70%/30% después de alcanzar el deducible.	50%/50% después de alcanzar el deducible.
Exámenes rutinarios de la vista	\$25 de copago por afiliado, por proveedor, por día. El copago de examen de la vista no cuenta para el límite anual de copago para consultas médicas. No se aplica el costo compartido a los exámenes rutinarios de la vista a los afiliados menores de 5 años de edad.	50%/50% después de alcanzar el deducible. No se aplican deducibles ni coseguros a los afiliados menores de 5 años de edad.
Salud mental/conductual El afiliado puede elegir proveedores de la red, proveedores fuera de la red o al Administrador de Servicios de Salud Conductual (Behavioral Services Administrator, BSA). Los servicios del Administrador de Servicios de Salud Conductual sólo están disponibles en Arizona.	<p>Pacientes hospitalizados: 70%/30% después de alcanzar el deducible.</p> <p>Pacientes ambulatorios: no se aplica el costo compartido a los servicios provistos durante una consulta médica. 70%/30% después de alcanzar el deducible para los servicios ambulatorios provistos fuera del consultorio de un proveedor.</p> <p>Administrador de Servicios de Salud Conductual: psicoterapia y orientación ilimitadas; no se aplica el costo compartido.</p>	50%/50% después de alcanzar el deducible.
Rehabilitación activa extendida de pacientes hospitalizados	70%/30% después de alcanzar el deducible, por hasta 60 días. Después de los 60 días, 50%/50%, durante el resto del año calendario, que no cuenta para el desembolso máximo de coseguro.	50%/50% después de alcanzar el deducible, que no cuenta para el desembolso máximo de coseguro.
Centro de enfermería especializada	70%/30% después de alcanzar el deducible, por hasta 90 días. Después de los 90 días, 50%/50%, durante el resto del año calendario, que no cuenta para el desembolso máximo de coseguro.	50%/50% después de alcanzar el deducible, que no cuenta para el desembolso máximo de coseguro.
Atención médica en el hogar	70%/30% después de alcanzar el deducible.	50%/50% después de alcanzar el deducible.
Medicamentos especiales autoinyectables comprados en farmacias especializadas Para ciertos medicamentos biológicos autoinyectables específicos de venta con receta. Los medicamentos especiales autoinyectables no están cubiertos por el beneficio de farmacia minorista y de envío por correo.	<p>Farmacias especializadas contratadas</p> <p>Nivel A: \$30 de copago Nivel B: \$ 60 de copago Nivel C: \$90 de copago Nivel D: \$120 de copago</p> <p>Visite azulblue.com o llame a BCBSAZ para obtener una lista de los medicamentos especiales autoinyectables y de las farmacias especializadas contratadas. Los medicamentos especiales autoinyectables también están disponibles a través del beneficio de atención médica en el hogar, sujeto a deducible y coseguro.</p>	No cubierto.
Cirugía bariátrica (ambulatoria y con hospitalización)	\$1,000 de cargo de acceso, más 70%/30% después de alcanzar el deducible.	\$1,000 de cargo de acceso, más 50%/50% después de alcanzar el deducible.

¹Los servicios que recibe un afiliado de un médico de la red están sujetos al límite anual de copago para consultas médicas. Después de que el afiliado ha recibido los servicios médicos y pagado el número de copagos permitido por el límite de copago para consultas médicas, los servicios médicos están sujetos a deducible y coseguro. BCBSAZ considera las reclamaciones que cuentan para el límite en el orden en que las reclamaciones se reciben, el que puede ser diferente del orden cronológico en que el afiliado recibe los servicios. **Nota:** no se aplica el copago de consulta médica a los servicios de salud mental y conductual.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Cantidad o monto permitido: todas las reclamaciones se procesan utilizando la "cantidad o monto permitido" por BCBSAZ. Los reembolsos de BCBSAZ, los pagos de costo compartido del afiliado y los montos que se acumulan para el deducible y los límites de desembolso se calculan según la cantidad o monto permitido por BCBSAZ. 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 de costo compartido del afiliado. No incluye la cuenta de saldo. La cantidad o monto permitido se basa en la lista de precios de BCBSAZ o en otras listas de precios. No se vincula a los servicios, y no necesariamente refleja los cargos habituales facturados por un proveedor.

Proveedores, reclamaciones y desembolsos: este plan permite a los afiliados ver a proveedores de la red y a proveedores fuera de la red. 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 proveedores de la red presentarán las reclamaciones de los afiliados y, en general, no pueden cobrar más de la cantidad o monto permitido para los servicios cubiertos. Los afiliados tienen que realizar desembolsos menores por los servicios cubiertos cuando usan proveedores de la red. Los proveedores no contratados pueden cobrar a los afiliados el monto total de los cargos facturados, incluida la diferencia entre la cantidad o monto permitido por BCBSAZ y los cargos habituales facturados por un proveedor ("la cuenta de saldo"). Los afiliados son responsables del pago de los cargos facturados por un proveedor no contratado por los servicios cubiertos. Sin embargo, BCBSAZ reembolsará las reclamaciones de los afiliados de acuerdo a la cantidad o monto permitido, menos cualquier descuento de la parte del costo compartido del afiliado. Todos los montos pagados por concepto de cuentas de saldo no cuentan para el deducible, el coseguro ni para ningún desembolso máximo de coseguro.

Certificación previa: ciertos medicamentos y servicios requieren certificación previa. Con excepción de las emergencias, la atención de urgencia y las admisiones de maternidad, siempre se requiere certificación previa para las hospitalizaciones (atención para enfermos agudos, salud conductual, atención para enfermos agudos a largo plazo, rehabilitación activa extendida y centros de enfermería especializada) y medicamentos especiales inyectables. Se podría requerir certificación previa para otros servicios y medicamentos cubiertos. Si se requiere, el afiliado es responsable de asegurarse de que su médico obtenga la aprobación de la certificación previa. Si no se obtiene la certificación previa, al afiliado le podrían negar los beneficios o podría estar sujeto a un cargo de certificación previa. Puede obtener información sobre los requisitos de certificación previa, incluida una lista 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.

Medicamentos de venta libre y con receta médica

- Cuando el precio que BCBSAZ paga por un medicamento a una farmacia de la red sea menor que el costo compartido del afiliado, algunas farmacias le cobrarán al afiliado el precio de BCBSAZ. Sin embargo, la mayoría de las farmacias le cobrarán al afiliado el precio minorista (si también es menor que el costo compartido) en lugar del precio de BCBSAZ. Al afiliado no se le pedirá que pague más que el costo compartido que corresponda por los medicamentos cubiertos en las farmacias de la red.
- BCBSAZ aplica limitaciones a ciertos medicamentos de venta con receta obtenidos a través del beneficio de farmacia minorista y de envío por correo. Puede obtener una lista de estos medicamentos y limitaciones en línea en azblue.com o llamando a BCBSAZ. Estas limitaciones incluyen, entre otras, limitaciones por cantidad, edad, sexo y resurtido. Las limitaciones de los medicamentos de venta con receta de BCBSAZ están sujetas a cambios en cualquier momento, sin aviso previo.

Enfermedades preexistentes

PUEDA APLICARSE UN PERÍODO DE ESPERA DE 11 MESES PARA ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LOS AFILIADOS MAYORES DE 19 AÑOS DE EDAD. Una enfermedad preexistente es una enfermedad para la cual se recomendó o recibió tratamiento, diagnóstico, atención u orientación médica, independientemente de su causa, durante el período de seis (6) meses inmediatamente anterior a la fecha de inscripción del afiliado. Una enfermedad existe cuando el suscrito presenta signos o síntomas, independientemente de que se diagnostique una lesión, enfermedad o condición específica. Para los propósitos de determinar la existencia de una enfermedad preexistente y los períodos de espera de una enfermedad preexistente, la fecha de inscripción es la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del afiliado dentro de este plan de beneficios o el primer día del período de espera de elegibilidad del grupo, lo que suceda primero. **IMPORTANTE:** el embarazo no se considera una enfermedad preexistente. Se otorgará crédito por períodos de cobertura previa acreditable, siempre que los afiliados no hayan permanecido sesenta y tres (63) días o más sin ninguna cobertura acreditable (esto excluye los períodos de espera de elegibilidad del grupo del empleador). Dentro de la cobertura acreditable se incluye: cobertura de un plan de salud grupal (asegurado o autoasegurado), una póliza de seguro individual, Medicare, Medicaid, un plan de salud público estatal o federal, un fondo común de beneficios de riesgos de salud, TRICARE, el Cuerpo de la Paz, la Bonafide Association, el Servicio de Salud Indígena, el Plan de Beneficios de Salud para Empleados Federales o el Plan Estatal de Seguro de Salud para Niños. Los afiliados tienen derecho a demostrar a BCBSAZ que han tenido cobertura previa acreditable presentando un certificado de cobertura de salud acreditable u otro documento que demuestre tal cobertura. Si el afiliado lo solicita, BCBSAZ puede calcular la cobertura acreditable antes de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura. Llame a nuestro Departamento de Servicio para Afiliados al (602) 864-4456 o al (800) 232-2345, extensión 4456 para obtener información adicional.

ADVERTENCIA IMPORTANTE

ESTE ES SÓLO UN BREVE RESUMEN DEL PLAN DE BENEFICIOS. EN EL FOLLETO DEL PLAN DE BENEFICIOS, QUE SE PUEDE OBTENER POR SOLICITUD ANTES DE AFILIARSE, SE INCLUYE INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE LOS BENEFICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES. SI LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE RESUMEN DIFIEREN DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL FOLLETO DEL PLAN DE BENEFICIOS, PREVALECERÁN Y REGIRÁN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL FOLLETO.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

A continuación, se presenta una lista parcial de las enfermedades y los servicios que tienen limitaciones o que están excluidos. No se cubrirán los gastos por servicios que excedan los límites de los beneficios. En el folleto de beneficios, que se puede obtener por solicitud antes de afiliarse, se incluye información detallada sobre los beneficios, limitaciones y exclusiones.

- Abortos, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Terapia de actividad
- Acupuntura
- Medicina alternativa, terapias médicas no tradicionales y alternativas, intervenciones, servicios y procedimientos no aceptados comúnmente como parte de las prácticas y currículos de la alopata o de la osteopatía, medicina naturopática y homeopática, terapias para adelgazar y aromaterapia
- Para grupos compuestos por 50 o menos empleados elegibles: trastornos del espectro autista (Autism Spectrum Disorder, ASD); servicios relacionados con el tratamiento de los trastornos del espectro autista
- Exclusiones y limitaciones específicas de los beneficios listadas en el folleto de beneficios para beneficios particulares
- Biorregulación e hipnoterapia, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Arte corporal, perforaciones, tatuajes y cualquier complicación relacionada
- Ciertos tipos de cargos del establecimiento de atención hospitalaria y ambulatoria, por concepto de: residencias comunitarias, programas de excursiones terapéuticas, internados, centros domiciliarios de rehabilitación, centros de cuidados asistidos o refugios. Cargos del establecimiento de atención hospitalaria y ambulatoria por concepto de establecimientos 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 y 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 médica, consulta 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 y modificación de la conducta, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Servicios ordenados por un tribunal, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Servicios de custodia
- Servicios dentales, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Suplementos alimenticios y nutricionales, excepto que se establezca lo contrario 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, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Servicios de fertilidad e infertilidad
- Pie plano
- Servicios de podiatría, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Servicios gratuitos
- Análisis y exámenes genéticos y cromosómicos
- Servicios gubernamentales proporcionados en forma gratuita al afiliado a través de un programa o en un establecimiento gubernamental
- Hormonas de crecimiento, con las excepciones especificadas en los criterios de cobertura médica de BCBSAZ, y hormonas de crecimiento para tratar la talla baja idiopática (Idiopathic Short Stature, ISS)
- Servicios y dispositivos auditivos, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Servicios de educación y manejo de estilo de vida, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Alojamiento y alimentos, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Servicios de mantenimiento: servicios prestados después de que un afiliado ha logrado las metas funcionales, servicios prestados cuando no se puede anticipar ninguna mejoría de manera objetiva, servicios para prevenir un retroceso hacia un nivel funcional menor, servicios para prevenir una lesión futura y servicios para mejorar o mantener la postura
- Manipulaciones de la columna vertebral con anestesia
- Terapia de masajes, excepto en circunstancias limitadas descritas en los criterios de cobertura médica de BCBSAZ
- 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 atención médica en el hogar, farmacia especializada o sala de emergencias de un hospital
- Medicamentos:
 - no aprobados por la Administración de Alimentos y Fármacos (Food and Drug Administration, 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 y sin interés comercial, excepto que se establezca 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 hasta después de que se presten los servicios
- Artículos de venta sin receta, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Artículos de confort personal
- Reversión de una esterilización
- Pruebas de detección, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Servicios para la intolerancia ambiental idiopática
- Servicios para la disfunción sexual, independientemente de la causa, y todos los medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual
- Servicios para adelgazar o subir de peso, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Servicios prestados por un miembro de la familia: servicios que son prestados por un proveedor elegible que es parte de la familia inmediata del afiliado según se define en el plan de beneficios. 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 después de la fecha de término de la cobertura del afiliado, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Servicios prestados por un reemplazante competente de un proveedor de atención profesional
- Servicios prestados antes de la fecha de entrada en vigencia
- Servicios relacionados o asociados con servicios no cubiertos
- Servicios sin receta, cuando esta sea necesaria
- Programas, medicamentos, ayudas y dispositivos para dejar de fumar, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Terapia de descompresión de la columna vertebral o terapia de descompresión axial vertebral
- Entrenamiento de fuerza, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Consultas telefónicas y electrónicas, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Servicios terapéuticos, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Capacitación y educación, excepto que se establezca lo contrario 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, excepto que se establezca lo contrario 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, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Vitaminas, excepto que se establezca lo contrario en el plan de beneficios
- Indemnización por accidentes de trabajo: enfermedades o lesiones cubiertas por la indemnización por accidentes de trabajo, salvo que el afiliado esté excluido de dicha cobertura o haya optado legalmente por hacerlo



BlueCross
BlueShield
of Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association