

Resumen de beneficios de BlueSelect HMO Plus



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

CON EXCEPCIÓN DE LAS SITUACIONES DE EMERGENCIA, SE DEBE UTILIZAR PROVEEDORES DE LA RED PARA QUE LOS SERVICIOS SEAN CUBIERTOS.

COSTO COMPARTIDO																
Desembolso máximo por año calendario	\$2,500 por afiliado															
Cómo calculamos el coseguro y los montos que se acumulan para el desembolso máximo	BCBSAZ calcula los pagos de coseguro del afiliado y los montos que se acumulan para el desembolso máximo con base en la cantidad o monto permitido por BCBSAZ. No utilizamos los cargos facturados por un proveedor. Muchos de los pagos de costo compartido no cuentan para el desembolso máximo, incluidos los copagos de consultas médicas, los copagos de medicamentos de venta con receta comprados en farmacias minoristas y de envío por correo, los copagos de medicamentos especiales autoinyectables, los copagos de servicios quiroprácticos, los copagos de exámenes rutinarios de la vista, los cargos de acceso, ciertos cargos listados en el folleto de beneficios, los cargos de certificación previa y los montos pagados por servicios no cubiertos. Un afiliado debe continuar con el pago de todos estos montos del costo compartido, incluso después de alcanzar el máximo.															
BENEFICIO																
Servicios en consultorio médico 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.	<p style="text-align: right;"><u>Copago</u></p> Médico de atención primaria: \$25 Especialista: \$40 Se aplica un copago por afiliado, por proveedor, por día para la mayoría de los servicios cubiertos prestados en un consultorio médico. BCBSAZ no requiere que un médico de atención primaria lo derive a un especialista.															
Servicios preventivos	BCBSAZ paga el 100% de la cantidad o monto permitido para los servicios preventivos cubiertos; no se aplican copagos. 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.															
Atención de urgencia	En Arizona: \$60 de copago por afiliado, por proveedor, por día en los establecimientos contratados en forma específica para proveer servicios de atención de urgencia. Fuera del estado: llame al (800) 810-BLUE (2583) para obtener ayuda para encontrar al proveedor de la red de BlueCard más cercano. Los servicios obtenidos a través de un proveedor de BlueCard estarán sujetos al copago que corresponda, dependiendo del lugar donde se presten los servicios. Puede requerirse certificación previa para algunos servicios.															
Servicios de laboratorio	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, BCBSAZ paga el 100% por los servicios cubiertos.															
Otros servicios profesionales	BCBSAZ paga el 100% por los servicios cubiertos. Los otros servicios profesionales incluyen servicios de diagnóstico, anestésicos y quirúrgicos prestados fuera de un consultorio médico.															
Servicios de establecimientos de atención ambulatoria (excepto servicios de radiología)	\$100 de copago por cirugía ambulatoria por afiliado, por día. BCBSAZ paga el 100% por todos los demás servicios ambulatorios cubiertos.															
Servicios de centros de radiología	En un consultorio médico , se aplica el copago de consulta médica que corresponda. \$100 de copago por tipo de procedimiento, por afiliado, por proveedor, por día para tomografías computarizadas (CT), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías por emisión de positrones (PET). No se aplican copagos a los servicios de radiología de alta tecnología prestados mientras el afiliado esté hospitalizado en un centro para enfermos agudos o esté recibiendo tratamiento en una sala de emergencias. Para todos los otros servicios de radiología, BCBSAZ paga el 100% por los servicios cubiertos.															
Pacientes hospitalizados: hospital	\$250 de copago por afiliado, por día, con un máximo de tres copagos, por admisión.															
Emergencia	\$150 de copago por afiliado, por proveedor, por día; no se aplica el copago de la sala de emergencias si el afiliado es hospitalizado.															
Ambulancia	BCBSAZ paga el 100% por los servicios cubiertos.															
Medicamentos de venta con receta comprados en farmacias minoristas y de envío por correo	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Niveles de copago</th> <th>Farmacia minorista</th> <th>Envío por correo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel Uno</td> <td>\$ 15</td> <td>\$ 30</td> </tr> <tr> <td>Nivel Dos</td> <td>\$ 35</td> <td>\$ 70</td> </tr> <tr> <td>Nivel Tres</td> <td>\$ 65</td> <td>\$130</td> </tr> <tr> <td>Nivel Cuatro</td> <td>\$120</td> <td>\$240</td> </tr> </tbody> </table>	Niveles de copago	Farmacia minorista	Envío por correo	Nivel Uno	\$ 15	\$ 30	Nivel Dos	\$ 35	\$ 70	Nivel Tres	\$ 65	\$130	Nivel Cuatro	\$120	\$240
Niveles de copago	Farmacia minorista	Envío por correo														
Nivel Uno	\$ 15	\$ 30														
Nivel Dos	\$ 35	\$ 70														
Nivel Tres	\$ 65	\$130														
Nivel Cuatro	\$120	\$240														
Maternidad	Médico: el copago de consulta médica sólo se aplica a la primera consulta prenatal. Hospital: \$250 de copago por afiliado, por día, con un máximo de tres copagos, por admisión.															

BENEFICIO	
Quiropráctico	\$30 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. Los beneficios están disponibles para 12 consultas médicamente necesarias al quiropráctico por afiliado, por año calendario, para el tratamiento del dolor de cuello o de espalda. Los servicios quiroprácticos deben ser provistos y autorizados exclusivamente por el Administrador de Servicios Quiroprácticos.
Terapia física, ocupacional y del lenguaje	Terapia física u ocupacional: BCBSAZ paga el 100% por las primeras 80 modalidades o servicios terapéuticos por afiliado, por año calendario. Terapia del lenguaje: BCBSAZ paga el 100% por las primeras 20 consultas por afiliado, por año calendario. Después de las primeras 80 modalidades o 20 consultas, BCBSAZ paga el 50% y el afiliado paga el 50% de la cantidad o monto permitido hasta el desembolso máximo. Después de alcanzar el desembolso máximo, BCBSAZ paga el 100% por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.
Exámenes rutinarios de la vista	\$25 de copago por afiliado, por proveedor, por día. No se aplica el costo compartido a los exámenes rutinarios de la vista a los afiliados menores de 5 años de edad.
Salud mental/conductual Los servicios de salud conductual deben ser provistos y autorizados exclusivamente por el Administrador de Servicios de Salud Conductual (Behavioral Services Administrator, BSA).	Pacientes hospitalizados: \$250 de copago por afiliado, por día, con un máximo de tres copagos, por admisión. Pacientes ambulatorios: psicoterapia y orientación ilimitadas; \$15 de copago por afiliado, por consulta médica. BCBSAZ paga el 100% por los servicios ambulatorios cubiertos provistos fuera del consultorio.
Rehabilitación activa extendida de pacientes hospitalizados	\$250 de copago por afiliado, por día, con un máximo de tres copagos, por admisión.
Centro de enfermería especializada	\$250 de copago por afiliado, por día, con un máximo de tres copagos, por admisión.
Atención médica en el hogar	BCBSAZ paga el 100% por los servicios cubiertos.
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 atención médica en el hogar o el beneficio de farmacia minorista y de envío por correo.	Farmacias especializadas contratadas Nivel A: \$30 de copago Nivel B: \$ 60 de copago Nivel C: \$90 de copago Nivel D: \$120 de copago Visite azblue.com o llame a BCBSAZ para obtener una lista de los medicamentos especiales autoinyectables y de las farmacias especializadas contratadas.
Cirugía bariátrica (ambulatoria y con hospitalización)	\$1,000 de copago por afiliado, por cirugía, además del copago de cirugía ambulatoria o con hospitalización, dependiendo del lugar donde se realice la cirugía.

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 desembolso máximo 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. 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 de la red: con excepción de las emergencias, los afiliados deben utilizar proveedores de la red o los servicios no serán cubiertos. 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 son: (1) proveedores elegibles que tienen un contrato de organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) con BCBSAZ; y (2) proveedores elegibles localizados fuera del estado que cuentan con autorización para ejercer en los Estados Unidos y tienen un contrato con un plan Blue Cross y/o Blue Shield ("Host Blue") fuera del estado para prestar atención de emergencia, de urgencia y controles autorizados. Los afiliados que viajan fuera de Arizona pueden acceder a los proveedores de la red a través del programa BlueCard®. Los proveedores de la red presentarán las reclamaciones de los afiliados a BCBSAZ o al plan Host Blue. Los proveedores de la red no pueden cobrar más de la cantidad o monto permitido para los servicios cubiertos.

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 inyectables especiales. 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.

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 alopatía 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 provistos por proveedores no contratados, excepto en casos de emergencia
- 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