

**Blue facilita encontrar el plan adecuado.**



**2023**

**PLANES DE SALUD CONFORME A LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE**



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

# Recursos útiles al comprar

Compre o compare planes: [azblue.com/plans](https://azblue.com/plans)

Medicamentos recetados: [azblue.com/pharmacy](https://azblue.com/pharmacy)

## Buscar un médico:

La red MaricopaFocus: [azblue.com/MaricopaFocus](https://azblue.com/MaricopaFocus)

La red PimaFocus: [azblue.com/PimaFocus](https://azblue.com/PimaFocus)

La red Neighborhood: [azblue.com/Neighborhood](https://azblue.com/Neighborhood)

La red de PPO en todo el estado: [azblue.com/PPO](https://azblue.com/PPO)

## Estemos en contacto:

Síganos para obtener consejos de salud y actualizaciones sobre las noticias de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ).

 [Facebook.com/BCBSAZ](https://Facebook.com/BCBSAZ)

 [Twitter.com/BCBSAZ](https://Twitter.com/BCBSAZ)

 [YouTube.com/BCBSArizona](https://YouTube.com/BCBSArizona)

 [Instagram.com/BCBSAZ](https://Instagram.com/BCBSAZ)

 [TikTok.com/@BCBSAZ](https://TikTok.com/@BCBSAZ)

Si tiene alguna pregunta, llámenos al **1-855-329-2583**.

Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora de Arizona. También puede llamar a su corredor con cualquier pregunta. Durante la inscripción abierta (del 1 de noviembre al 15 de enero), nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora de Arizona.



# Usted nos inspira

Hace más de 80 años que Blue Cross Blue Shield of Arizona tiene el compromiso de ayudar a los habitantes de Arizona a volverse más saludables de forma más rápida y a mantenerse así por más tiempo. En la actualidad, ofrecemos seguros de salud y productos relacionados a más de 1.9 millones de clientes.\*

Entendemos que un seguro de salud es más que tener acceso a atención asequible cuando se necesitan. Esta es la razón por la que le brindamos más modos de estar más saludable y ahorrar en el camino.

## Esto es lo que nuestros planes de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) le ofrecen a usted y a su familia



**Visitas al médico de atención primaria (PCP) de \$0\*\*:** consulte con su médico sin copago.



**Medicamentos genéricos de entre \$0 y \$3:** incluidos medicamentos para la diabetes, afecciones cardíacas y salud mental.



**Servicios de atención preventiva de \$0:** incluidas pruebas de detección, controles de bienestar, vacunas contra la gripe y otro tipo de vacunas, y más.



**Consultas médicas en línea de \$0 o de bajo costo\*\*\*:** obtenga atención médica de un médico certificado por la junta desde su teléfono inteligente u otros dispositivos electrónicos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana; hay disponibilidad de médicos que hablan inglés y español. También cuenta con servicios de psiquiatría y asesoramiento a su disposición.



**Enfermera de guardia de \$0:** hable con una enfermera titulada en cualquier momento, de día o de noche, sin costo alguno; disponibilidad de enfermeras que hablan inglés y español.



**Cuenta de miembro y aplicación móvil MyBlue<sup>SM</sup>:** busque un médico, obtenga estimaciones de los costos de medicamentos recetados, pague la prima, verifique el deducible y mucho más, en cualquier momento y en cualquier lugar.



**Descuentos en servicios y equipos de salud:** ahorre en una amplia gama de servicios y productos de marca con Blue365<sup>®</sup>, incluidos servicios para la vista, dispositivos de entrenamiento portátiles y más.



**Gane hasta \$100 en recompensas por atención preventiva:** puede ganar recompensas por tomar medidas saludables, como realizarse su chequeo de bienestar anual. Los exámenes de salud y las pruebas de detección regulares pueden ayudarle a detectar problemas de salud de manera temprana.

\*Fuente: Blue Cross Blue Shield of Arizona. \*\*Se aplica a dos o más visitas (dependiendo de su plan) en un año calendario. Los planes HMO deben ser con un médico de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) designado o con una derivación de un PCP. Los planes PPO le permiten consultar a cualquier médico dentro de la red. Las visitas gratis/con costo de \$0 no están disponibles para los planes Portfolio. \*\*\*Las visitas médicas gratis de BlueCare Anywhere<sup>SM</sup> están incluidas en los planes de reducción de costos compartidos de TrueHealth. Las visitas médicas de \$5 a 10 están incluidas en el resto de los planes, excepto para Portfolio y SimpleHealth, donde se aplica un deducible.

# Planes que se adaptan a su salud y a su presupuesto

## Planes HMO

Los planes HMO son de menor costo con redes de proveedores exclusivas de su área.

- Los planes cubren servicios recibidos de proveedores dentro de la red.
- Los servicios en sala de emergencias y el transporte médico de emergencia están cubiertos fuera de la red.
- Si visita a un médico u hospital que no está dentro de la red, podría terminar pagando el costo total por esos servicios.
- A los miembros se les asigna un médico de atención primaria designado (PCP). Puede cambiar su PCP hasta seis veces al año.
- La mayoría de los especialistas requieren una derivación de su PCP.

## Planes PPO

Los planes PPO le brindan opciones de especialistas que no requieren derivaciones y le brindan la red de proveedores más grande de Arizona.

- Puede consultar a cualquier médico o especialista sin necesidad de una derivación.
- Si elige proveedores, instalaciones u otros profesionales de atención médica fuera de la red, pagará más de lo que paga al utilizar los proveedores dentro de la red.
- No es necesario que elija un médico de atención primaria (PCP), pero sí le recomendamos que establezca una relación con un médico de atención primaria de la red con quien realice las consultas regularmente.
- Nuestros planes PPO ofrecen acceso a la atención tanto en Arizona como fuera del estado a través del programa BlueCard®.

## Su médico de atención primaria ayuda de muchas maneras:

- Cuida su salud general al proporcionar atención preventiva que incluye controles anuales, exámenes de detección y vacunas.
- Coordina con especialistas y otros proveedores de atención de la salud para apoyar todas sus necesidades de atención de la salud, desde enfermedades menores hasta afecciones médicas permanentes y de salud mental.
- Trabaja con BCBSAZ para ayudarlo a obtener la atención adecuada en el momento adecuado

## LOS PLANES DE SALUD DE ACA CUBREN ESTOS 10 BENEFICIOS DE SALUD ESENCIALES:

- 1 Consultas médicas
- 2 Medicamentos recetados
- 3 Atención preventiva gratis, incluidas pruebas de detección y vacunas
- 4 Atención para pacientes ambulatorios
- 5 Estadías en el hospital
- 6 Maternidad y atención de recién nacido
- 7 Atención de salud mental o conductual
- 8 Cuidado de emergencia
- 9 Atención de urgencia
- 10 Atención dental y de la visión para niños



# La atención de la salud es personal; por lo tanto, le facilitamos la búsqueda del plan adecuado para usted.



## **PPO** Para aquellas personas que desean más opciones y libertad para elegir a sus médicos

Para aquellos que buscan la máxima libertad y variedad de opciones. Este es el plan adecuado si desea elegir a sus proveedores. Las derivaciones a especialistas no son necesarias y usted tiene acceso a la red de proveedores más grande de Arizona y de los Estados Unidos.\* La atención fuera de la red está cubierta dentro y fuera de Arizona.



## **AdvanceHealth HMO** Para una cobertura que le brindará tranquilidad

Para aquellos que gozan de buena salud, no consultan a un médico con frecuencia y desean atención y recetas predecibles de bajo costo. Este plan le da la tranquilidad de saber que tiene una cobertura cuando la necesita, incluso cuando sucede lo inesperado. Incluye consultas médicas en línea y una prima mensual baja.



## **EverydayHealth HMO** Costos de su bolsillo predecibles para cada presupuesto

Sobre todo, para personas que tienen familia y que buscan costos de su bolsillo predecibles. Diseñado para quienes visitan al médico con frecuencia y solo toman medicamentos recetados genéricos. Obtenga fácil acceso, equilibrando la prima mensual con copagos fijos y los costos de visitas al médico/medicamentos recetados. Puede elegir entre varios deducibles.



## **TrueHealth HMO** Para quienes necesitan atención especializada o medicamentos de marca

Para aquellas personas con afecciones médicas complejas que buscan eliminar las molestias que les impide estar saludables. Usted y su familia visitan al médico con frecuencia. Este plan tiene un costo de \$0 en consultas al médico de atención primaria (PCP) y copagos fijos para médicos especialistas y ciertos medicamentos de marca.



## **Portfolio HSA HMO & PPO** Para quienes planifican su salud

Para aquellos que planifican su salud, tienen un fondo de reserva o buscan más control sobre sus ahorros médicos. Este plan puede combinarse con una Cuenta de Ahorros Médicos (health savings account, HSA) para planificar los costos de atención de la salud. Este es un plan excelente si rara vez se enferma, pero desea estar preparado y tener protección financiera. Además, es una buena opción si tiene afecciones médicas permanentes y desea administrar los gastos de salud por medio de una HSA.



## **Standardized HMO & PPO** Costos fijos para la mayoría de las necesidades médicas, más salud mental y conductual

Para aquellos, especialmente personas con problemas de salud mental o niños con necesidades especiales, que buscan costos fijos para muchos servicios de atención médica. Visita al médico con frecuencia, puede tomar medicamentos recetados y consultar a especialistas con frecuencia por una afección o discapacidad que necesita terapia y apoyo de salud mental o conductual.

# Preguntas que debe hacer al elegir un plan

Al elegir un plan, es importante tener en cuenta sus necesidades de salud (y las de su familia), como también su presupuesto. Esta sección lo ayudará a encontrar un plan que se ajuste a su presupuesto y a sus necesidades de salud generales.

## PREGUNTA 1:

### ¿Soy elegible para recibir ayuda financiera del gobierno?

Muy probablemente sí. Los subsidios se brindan a personas y familias según los ingresos del hogar y el tamaño de la familia. Todos los planes ACA personales de Blue son elegibles para subsidios.

Existen dos tipos de subsidios que pueden reducir el costo total del seguro de salud:

- 1. Crédito fiscal para la prima:** ayuda a pagar la totalidad o parte de su prima mensual, según el ingreso de su hogar. Los rangos de ingresos elegibles para un plan de salud con prima de \$0 o ayuda financiera se describen en la tabla a continuación.
- 2. Reducción de costos compartidos:** un descuento en sus deducibles, copagos y coseguro; disponible en Categoría Plata solo para aquellos que ganan menos del 250% del nivel de pobreza federal (federal poverty level, FPL).

### Niveles de ingresos elegibles

Los subsidios se basan en el ingreso del hogar obtenido durante el año en que estará cubierto.

Personas en el hogar	Intervalo de ingreso elegible para planes de \$0	Intervalo de ingreso elegible para subsidio	Intervalo de ingreso que puede ser elegible para un subsidio
1	De \$18,754 a \$20,385	De \$20,386 a \$54,360	De \$54,361 en adelante
2	De \$25,268 a \$27,465	De \$27,466 a \$73,240	De \$73,241 en adelante
3	De \$31,781 a \$34,545	De \$34,546 a \$92,120	De \$92,121 en adelante
4	De \$38,295 a \$41,625	De \$41,626 a \$111,000	De \$111,001 en adelante
5	De \$44,809 a \$48,705	De \$48,706 a \$129,880	De \$129,881 en adelante
6	De \$51,322 a \$55,785	De \$55,786 a \$148,760	De \$148,761 en adelante



Fuente: Pautas de nivel de pobreza federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. para 2022

Puede solicitar subsidios en [azblue.com/plans](https://www.azblue.com/plans) como parte de nuestra herramienta de solicitud y cotización de precios en línea. Si tiene preguntas o necesita ayuda con su solicitud, llámenos al **1-855-329-2583**.

## PREGUNTA 2:

### ¿Cuáles son mis necesidades de atención de la salud?

PREGUNTAS QUE CONSIDERAR	LO AYUDAN A DESCUBRIR
¿Con qué frecuencia visita a un médico?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Va solo por servicios de rutina (como chequeos anuales o visitas de bienestar) o una enfermedad ocasional?</li> <li>• ¿O tiene una afección que necesita la atención de un especialista?</li> </ul>
¿A quién necesita brindar cobertura?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Necesita un plan solo para usted?</li> <li>• ¿O necesita cobertura para otras personas de su familia?</li> </ul> <p>Los planes separados pueden ahorrarle dinero si sus necesidades de salud son diferentes.</p>
¿Toma medicamentos recetados regularmente?	<p>Los costos de las recetas pueden ser diferentes de un plan a otro. Si toma ciertos medicamentos regularmente, es recomendable que consulte la lista de medicamentos (a veces denominada <i>formulario</i>) para cada plan para:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos, y</li> <li>2) averiguar cuánto costarán.</li> </ol> <p>Con la mayoría de los planes, a los medicamentos se les asignan niveles de precios. Lo que pague por un medicamento determinado dependerá del nivel al que pertenece.</p>
¿Espera tener alguna necesidad importante de atención de la salud?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está embarazada o planea quedar embarazada?</li> <li>• ¿Espera someterse a una cirugía?</li> <li>• ¿Existen otras necesidades de atención médica que deba analizar con su médico?</li> </ul> <p>Si espera someterse a una cirugía o atención de maternidad, es recomendable que elija un plan con un deducible y costos de su bolsillo máximos que se ajusten a su presupuesto.</p>
¿Necesita cobertura fuera del estado?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Suele viajar y necesita cobertura médica en otro estado?</li> <li>• ¿Tiene estudiantes universitarios en su póliza que necesiten cobertura en otro estado?</li> </ul>

Todos los planes cubren servicios preventivos, por lo tanto, las cosas como **visitas de bienestar, vacunas y medicamentos preventivos son de \$0.**

## PREGUNTA 3:

### ¿Qué son los niveles de Metal y qué es lo correcto para mí?

Los planes de salud se enumeran en categorías llamadas niveles de Metal. Blue ofrece niveles de cobertura Bronce, Plata y Oro. Los diferentes niveles se determinan por la cantidad que los planes de salud pagan, en promedio, para cubrir gastos médicos.

**¿Por qué esto es importante?** Al buscar un plan, usted desea ver la prima, pero también los costos de su bolsillo anuales totales. Para averiguar qué nivel de metal y qué plan es el más asequible para los costos de su bolsillo anuales, visite [azblue.com/plans](http://azblue.com/plans).

#### Cómo usted y Blue dividen los costos

Categoría del plan	Blue paga	Usted paga
Bronce	60%	40%
Plata	70%	30%
Oro	80%	20%

### ¿Qué nivel de metal es adecuado para usted?

**BRONCE**  
**60%**

**PRIMA**  
\$

**DEDUCIBLE**  
\$\$\$\$

**COSTOS DE SU BOLSILLO MÁXIMOS**  
\$\$\$\$

#### Bronce

- Primas mensuales **más bajas**
- Costos **más altos** cuando necesita atención
- **Buena elección si:** quiere una forma de bajo costo para protegerse de los peores escenarios médicos, como enfermedades o lesiones graves. Su prima mensual será baja, pero tendrá que pagar la mayoría de la atención de rutina usted mismo.

**PLATA**  
**70%**

**PRIMA**  
\$\$

**DEDUCIBLE**  
\$\$\$

**COSTOS DE SU BOLSILLO MÁXIMOS**  
\$\$\$

#### Plata

- Prima mensual **moderada**
- Costos **moderados** cuando necesita atención
- **Buena elección si:** está dispuesto a pagar una prima mensual ligeramente más alta que la de Bronce para que se cubra una mayor parte de su atención de rutina, o si es elegible para “ahorros adicionales.”

**Si es elegible para una reducción del costo compartido:** Debe elegir categoría Plata para obtener ahorros adicionales. Puede ahorrar cientos o incluso miles de dólares al año si va mucho al médico.

**ORO**  
**80%**

**PRIMA**  
\$\$\$

**DEDUCIBLE**  
\$\$

**COSTOS DE SU BOLSILLO MÁXIMOS**  
\$\$

#### Oro

- Primas mensuales **más altas**
- Costos **más bajos** cuando necesita atención
- **Buena elección si:** está dispuesto a pagar más cada mes para tener más costos cubiertos cuando recibe tratamiento médico. Si utiliza mucha atención, la categoría Oro podría ser una buena opción.

## PREGUNTA 4:

### ¿Cuánto cuesta el plan por el cuidado que necesito?

Una vez que tenga una idea sobre sus necesidades de cuidado de salud, es hora de pensar en su presupuesto. Es recomendable que analice los diferentes costos de su bolsillo que tendrá con cada plan de salud.

#### EJEMPLO: EverydayHealth HMO Plata

##### Prima mensual estimada

**\$433.51**

##### Deducible

**\$4,750**

total individual

##### Costos de su bolsillo máximos

**\$8,700**

total individual

##### Copagos y coseguro

Médico de atención primaria: **\$0** por las primeras 2 consultas, luego **\$20**  
Especialista: **\$75**  
Medicamentos genéricos: **\$3** Nivel 1a, **\$15** Nivel 1b

#### EJEMPLO: EverydayHealth HMO CSR Plata 5

##### Prima mensual estimada

**\$133.35**

Pago mensual para mantener su plan de salud activo.

##### Deducible

**\$0**

total individual

Cantidad que paga antes de que su plan de salud comience a pagar por los servicios cubiertos. Algunos planes cubren consultas médicas y ciertos medicamentos antes del deducible.

##### Costos de su bolsillo máximos

**\$3,000**

total individual

Una vez que alcance esta cantidad en un año del plan, su plan pagará el 100% de los servicios cubiertos.

##### Copagos y coseguro

Médico de atención primaria: **\$0** por las primeras 2 consultas, luego **\$15**  
Especialista: **\$40**  
Medicamentos genéricos: **\$0**

Cuánto paga por consultas médicas, pruebas de laboratorio y recetas. Un copago es una cantidad fija en dólares; el coseguro es un porcentaje fijo de la factura. Cuando hablamos de sus costos compartidos, esa es otra forma de decir "copago o coseguro".

*Las tarifas de las primas son para una persona de 40 años que vive en el condado de Maricopa.*

## REGLA DE ORO PARA PRIMAS Y DEDUCIBLES



**MAYOR**  
deducible, mayores costos de su bolsillo

**MENOR**  
prima mensual



Un plan de deducible más alto es una buena opción para usted y su familia si se encuentra sano y rara vez necesita atención de la salud. Está dispuesto a pagar un costo de su bolsillo más alto cuando necesita atención a cambio de una prima mensual más baja.



**MAYOR**  
prima mensual

**MENOR**  
deducible, costos de su bolsillo más bajos



Un plan con deducible más bajo es una buena opción para usted si tiene una afección médica permanente. Está dispuesto a pagar una prima mensual más alta por costos de su bolsillo más bajos por cosas como consultas médicas periódicas y medicamentos recetados.

## PREGUNTA 5:

### ¿Mis médicos pertenecen a la red del plan?

Antes de elegir un plan, es recomendable que verifique si sus médicos están incluidos en la red del plan. Una red del plan es un conjunto de médicos que aceptan ofrecer atención a los miembros de ese plan. Estos médicos son lo que usted llama proveedores dentro de la red.

Cuando verifique la red de un plan, tenga en cuenta estas preguntas:

- ¿Están sus médicos en la red del plan?
- Si su médico de atención primaria o especialista no está en la red del plan, ¿estaría dispuesto a ver a un médico diferente?
- ¿Consideraría utilizar las consultas médicas en línea para enfermedades y lesiones que no sean graves?

### Planes HMO

Es importante que sepa que, si visita a un médico u hospital que no pertenece a la red, podría terminar pagando el costo total por esos servicios. La cobertura fuera de la red puede estar limitada y es posible que no esté cubierta por completo, excepto en emergencias y situaciones poco frecuentes que hayamos aprobado previamente. Todos nuestros planes HMO por lo general cuentan con primas más bajas que los planes PPO y cubren los servicios recibidos de proveedores dentro de la red.

### Planes PPO

Estos planes ofrecen libertad y una variedad de opciones de médicos con la red de proveedores más grande de Arizona. Consulte a cualquier médico o especialista sin necesidad de una derivación. Puede elegir médicos y hospitales dentro o fuera de la red, así como fuera del estado. Si elige proveedores fuera de la red, pagará más que dentro de la red.



Si necesita ayuda para averiguar qué médicos están en una red particular de un plan, puede usar la herramienta “Find a Doctor” (Encontrar un médico) en [azblue.com/findadoctor](https://www.azblue.com/findadoctor). O bien, puede llamarnos al **1-855-329-2583**.

## PREGUNTA 6:

### ¿Cuándo puedo inscribirme?

Ha encontrado su plan de salud. Aquí le mostramos cuándo puede inscribirse:

#### 1. Período de inscripción abierta (OE)

Del 1 de noviembre al 15 de enero. Es el período de cada año en el que puede inscribirse en un plan de salud o cambiarse a un plan distinto.

#### 2. Período de inscripción especial

Si necesita un seguro de salud fuera del período de inscripción abierta (open enrollment, OE), deberá haber tenido un suceso que lo hace elegible. En la mayoría de los casos, su período de inscripción especial será de 60 días después de ciertos sucesos. En algunos casos, también puede solicitar la inscripción 60 días antes del suceso que lo hace elegible.

### Entre los sucesos que lo hacen elegible, se incluyen:



Perder su trabajo



Casarse



Tener un bebé



Mudarse a un nuevo estado



Salirse del plan de sus padres



Recientemente elegible para recibir ayuda financiera

Visite [azblue.com/plans](https://www.azblue.com/plans) para comprar e inscribirse.



## Planes y redes por condado

Ofrecemos planes de salud HMO y PPO ACA en los 15 condados de Arizona.

Red	Plan
<b>PPO en todo el estado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPO (Oro, Plata)</li> <li>• Portfolio HSA PPO <b>NUEVO</b> (Oro)</li> <li>• Standardized PPO <b>NUEVO</b> (Oro, Plata)</li> </ul>
<b>MaricopaFocus HMO</b> (solo en el condado de Maricopa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EverydayHealth HMO (Oro, Plata, Bronce)</li> <li>• TrueHealth HMO (Plata)</li> </ul>
<b>PimaFocus HMO</b> (solo en el condado de Pima)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AdvanceHealth HMO (Oro, Plata, Bronce)</li> <li>• Portfolio HSA HMO (Bronce)</li> </ul>
<b>Neighborhood HMO</b> (todos los demás condados)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardized PPO <b>NUEVO</b> (Oro, Plata, Bronce)</li> </ul>



# Planes y redes por condado

## Red de PPO en todo el estado

- Cubre el 96% de todos los médicos de Arizona
- Amplia red local a nivel estatal con cobertura fuera de la red
- Solo disponible para residentes que viven en Arizona
- Cubre el 98% de todos los hospitales, incluidos Dignity Health, Banner Health, Honor Health, Tucson Medical, Northwest Medical, entre otros.
- Incluye BlueCard, nuestra red nacional de proveedores con cobertura en cualquier parte de los EE. UU.

## Red de HMO MaricopaFocus

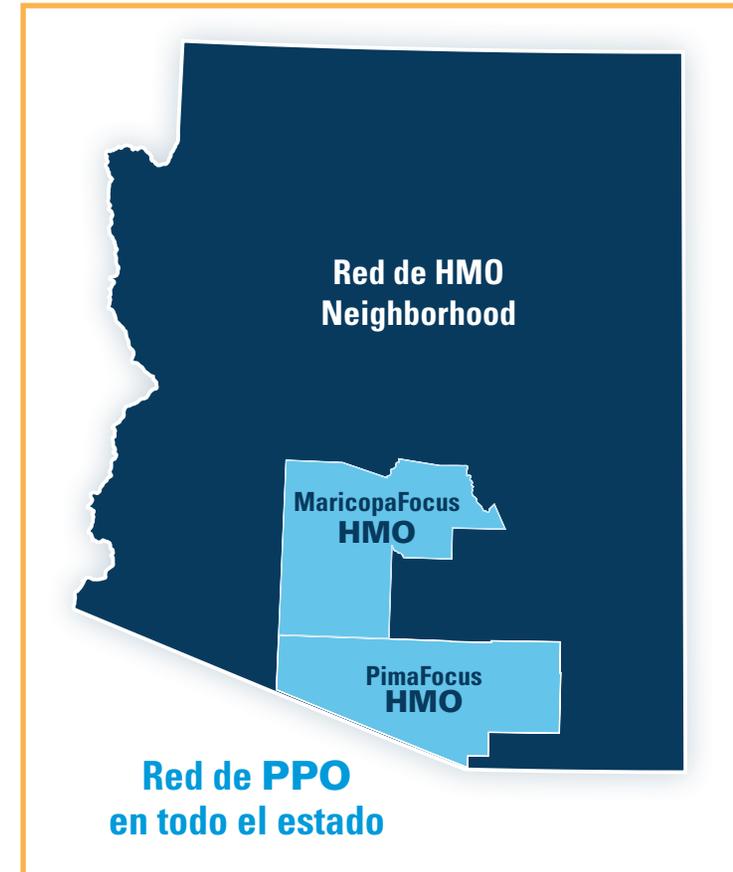
- Más de 9,300 médicos, especialistas y hospitales en el condado de Maricopa\*
- Incluye Abrazo Health, Dignity Health y las instalaciones, y los médicos de Phoenix Children's Hospital
- Disponible para residentes del condado de Maricopa

## Red de HMO PimaFocus

- Más de 4,600 médicos, especialistas y hospitales en el condado de Pima\*
- Incluye las instalaciones y los médicos de Tucson Medical Center y Carondelet Health Network
- Disponible para residentes del condado de Pima

## Red de HMO Neighborhood

- Más de 27,000 médicos, especialistas y hospitales de todo el estado y algunos en el condado de Maricopa\*
- Incluye las instalaciones y los médicos de Dignity Health y Banner Health
- Disponible para residentes de Arizona que viven fuera del condado de Maricopa y del condado de Pima



Para planes HMO, solo se cubre la atención de proveedores de la red, excepto en casos de emergencia y situaciones especiales aprobadas previamente por BCBSAZ.

\*Fuente: Datos internos de BCBSAZ de 2022

# Información detallada del plan: Opciones de plan 2023

	EverydayHealth HMO			TrueHealth HMO	AdvanceHealth HMO			Portfolio HSA HMO	PPO		Portfolio HSA PPO <b>NUEVO</b>
	ORO	PLATA	BRONCE	PLATA	ORO	PLATA	BRONCE	BRONCE	ORO	PLATA	ORO
<b>Deducible</b>	\$2,000	\$4,750	\$7,500	\$6,750	\$4,375	\$6,900	\$8,700	\$7,000	\$1,250	\$4,100	\$1,500
<b>Coseguro (Plan/Miembro)</b>	70%/30%	60%/40%	50%/50%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	80%/20%	80%/20%	70%/30%
<b>Costos de su bolsillo máximos</b>	\$7,250	\$8,700	\$9,100	\$8,700	\$4,375	\$6,900	\$8,700	\$7,000	\$9,100	\$9,100	\$5,000
<b>Requiere derivación a un especialista</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No
<b>Consulta al médico de atención primaria (PCP)</b>	\$0 por las primeras 2 visitas, luego \$15	\$0 por las primeras 2 visitas, luego \$20	\$0 por las primeras 2 visitas, luego \$40	Visitas ilimitadas de \$0	\$0 por las primeras 4 visitas, luego deducible	\$0 por las primeras 4 visitas, luego deducible	\$0 por las primeras 4 visitas, luego deducible	Deducible	\$0 por las primeras 2 visitas, luego \$5	\$0 por las primeras 2 visitas, luego \$15	30% después del deducible
<b>Consulta con un especialista</b>	\$50	\$75	\$150	\$95	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	\$25	\$75	30% después del deducible
<b>Consultas médicas en línea*</b>	\$10	\$10	\$10	\$10	\$10	\$10	\$10	Deducible	\$10	\$10	30% después del deducible
<b>Consulta de psiquiatría o asesoramiento en línea*</b>	\$10	\$10	\$10	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	\$10	\$10	30% después del deducible
<b>Consulta de atención de urgencia</b>	\$60	\$60	\$75	\$100	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	\$50	\$75	30% después del deducible
<b>Visita a la sala de emergencias</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
<b>Pruebas de laboratorio e imágenes</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
<b>Instalaciones para pacientes ambulatorios: no ASC**</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
<b>Instalaciones para pacientes ambulatorios: ASC**</b>	Coseguro (no se aplica el deducible)	Coseguro (no se aplica el deducible)	Coseguro (no se aplica el deducible)	Coseguro de 50% (no se aplica el deducible)	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
<b>Cuidado para pacientes ambulatorios</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
<b>Deducible para medicamentos (Niveles 2 y 3)</b>	\$400	\$600	\$800	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	30% después del deducible
<b>Nivel 1a (medicamentos genéricos)</b>	\$3	\$3	\$3	\$3	\$0	\$0	\$0	N/C	\$3	\$3	30% después del deducible
<b>Nivel 1b (medicamentos genéricos)</b>	\$15	\$15	\$20	\$10	\$5	\$5	\$20	Deducible	\$5	\$15	30% después del deducible
<b>Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos)</b>	\$70 después del deducible para medicamentos recetados	\$75 después del deducible para medicamentos recetados	\$200 después del deducible para medicamentos recetados	\$150	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
<b>Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)</b>	50% después del deducible para medicamentos recetados	50% después del deducible para medicamentos recetados	50% después del deducible para medicamentos recetados	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
<b>Medicamentos de especialidad</b>	Coseguro de 50% (no se aplica el deducible)	Coseguro de 50% (no se aplica el deducible)	Coseguro de 50% (no se aplica el deducible)	Coseguro de 50% (no se aplica el deducible)	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible

# Información detallada del plan: Opciones de planes estandarizados 2023

	Standardized HMO <b>NUEVO</b>			Standardized PPO <b>NUEVO</b>	
	ORO	PLATA	BRONCE	ORO	PLATA
<b>Deducible</b>	\$2,000	\$5,800	\$7,500	\$2,000	\$5,800
<b>Coseguro (Plan/Miembro)</b>	75%/25%	60%/40%	50%/50%	75%/25%	60%/40%
<b>Costos de su bolsillo máximos</b>	\$8,700	\$8,900	\$9,000	\$8,700	\$8,900
<b>Requiere derivación a un especialista</b>	Sí	Sí	Sí	No	No
<b>Consulta al médico de atención primaria (PCP)</b>	\$30	\$40	\$50	\$30	\$40
<b>Consulta con un especialista</b>	\$60	\$80	\$100	\$60	\$80
<b>Consultas médicas en línea*</b>	\$30	\$40	\$50	\$30	\$40
<b>Consulta de psiquiatría o asesoramiento en línea*</b>	\$30	\$40	\$50	\$30	\$40
<b>Consulta de atención de urgencia</b>	\$45	\$60	\$75	\$45	\$60
<b>Visita a la sala de emergencias</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro
<b>Pruebas de laboratorio e imágenes</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro
<b>Instalaciones para pacientes ambulatorios: no ASC**</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro
<b>Instalaciones para pacientes ambulatorios: ASC**</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro
<b>Cuidado para pacientes ambulatorios</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro
<b>Deducible para medicamentos (Niveles 2 y 3)</b>	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
<b>Nivel 1 (medicamentos genéricos)</b>	\$15	\$20	\$25	\$15	\$20
<b>Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos)</b>	\$30	\$40	\$50 después del deducible	\$30	\$40
<b>Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)</b>	\$60	\$80 después del deducible	\$100 después del deducible	\$60	\$80 después del deducible
<b>Medicamentos de especialidad</b>	\$250	\$350 después del deducible	\$500 después del deducible	\$250	\$350 después del deducible

\*El servicio de BlueCare Anywhere no se debe utilizar en caso de una emergencia de salud. Si tiene una emergencia de salud o necesita ayuda inmediata con una enfermedad, un accidente o una lesión, busque cuidado de emergencia o llame al 911.

\*\*Centro de cirugía ambulatoria

Nota: Todos los planes están sujetos a limitaciones, excepciones y requisitos de costos compartidos. Consulte la página 19 para conocer sobre las limitaciones y exclusiones de los beneficios específicos.

# Información detallada del plan:

## Opciones del plan de reducción de costos compartidos (Cost-Share Reduction, CSR) 2023

	SILVER 73AV PLAN 4			SILVER 87AV PLAN 5			SILVER 94AV PLAN 6					
Categoría de elegibilidad	Planes disponibles para miembros con ingresos familiares entre el 200% y el 250% del índice federal de pobreza.			Planes disponibles para miembros con ingresos familiares entre el 150% y el 200% del índice federal de pobreza.			Planes disponibles para miembros con ingresos familiares entre el 100% y el 150% del índice federal de pobreza.					
	EverydayHealth HMO CSR			TrueHealth HMO CSR			AdvanceHealth HMO CSR			PPO CSR		
	PLATA 4	PLATA 5	PLATA 6	PLATA 4	PLATA 5	PLATA 6	PLATA 4	PLATA 5	PLATA 6	PLATA 4	PLATA 5	PLATA 6
<b>Deducible</b>	\$4,500	\$0	\$0	\$5,900	\$1,900	\$525	\$5,350	\$1,750	\$525	\$3,650	\$1,150	\$250
<b>Coseguro (Plan/Miembro)</b>	60%/40%	60%/40%	80%/20%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	80%/20%	80%/20%	80%/20%
<b>Costos de su bolsillo máximos</b>	\$7,250	\$3,000	\$1,025	\$6,800	\$2,200	\$575	\$5,350	\$1,750	\$525	\$7,250	\$2,500	\$750
<b>Requiere derivación a un especialista</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No
<b>Consulta al médico de atención primaria (PCP)</b>	\$0 por las primeras 2 visitas, luego \$20	\$0 por las primeras 2 visitas, luego \$15	\$0 por las primeras 2 visitas, luego \$5	Visitas ilimitadas de \$0	Visitas ilimitadas de \$0	Visitas ilimitadas de \$0	\$0 por las primeras 4 visitas, luego deducible	\$0 por las primeras 4 visitas, luego deducible	\$0 por las primeras 4 visitas, luego deducible	Sin cargo para las primeras 2 visitas, luego \$15	Sin cargo para las primeras 2 visitas, luego \$5	Sin cargo para las primeras 2 visitas, luego \$5
<b>Consulta con un especialista</b>	\$70	\$40	\$10	\$65	\$5	\$2	Deducible	Deducible	Deducible	\$75	\$25	\$10
<b>Consultas médicas en línea*</b>	\$5	\$5	\$5	\$0	\$0	\$0	\$5	\$5	\$5	\$10	\$10	\$10
<b>Consulta de psiquiatría o asesoramiento en línea*</b>	\$5	\$5	\$5	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	\$10	\$10	\$10
<b>Consulta de atención de urgencia</b>	\$60	\$40	\$20	\$75	\$10	\$10	Deducible	Deducible	Deducible	\$75	\$50	\$25
<b>Visita a la sala de emergencias</b>	Coseguro/deducible	Coseguro	Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
<b>Pruebas de laboratorio e imágenes</b>	Coseguro/deducible	Coseguro	Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>	Coseguro/deducible	Coseguro	Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
<b>Instalaciones para pacientes ambulatorios: no ASC**</b>	Coseguro/deducible	Coseguro	Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
<b>Instalaciones para pacientes ambulatorios: ASC**</b>	Coseguro (No se aplica el deducible).	Coseguro	Coseguro	Coseguro de 50% (no se aplica el deducible)	Coseguro de 50% (no se aplica el deducible)	Coseguro de 50% (no se aplica el deducible)	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
<b>Cuidado para pacientes ambulatorios</b>	Coseguro/deducible	Coseguro	Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
<b>Deducible para medicamentos (Niveles 2 y 3)</b>	\$600	\$300	\$50	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
<b>Nivel 1a (medicamentos genéricos)</b>	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$3	\$3	\$3
<b>Nivel 1b (medicamentos genéricos)</b>	\$10	\$6	\$5	\$5	\$5	\$5	\$5	\$5	\$5	\$15	\$5	\$5
<b>Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos)</b>	\$75 después del deducible para medicamentos recetados	\$75 después del deducible para medicamentos recetados	\$10 después del deducible para medicamentos recetados	\$150	\$35	\$15	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
<b>Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)</b>	50% después del deducible para medicamentos recetados	50% después del deducible para medicamentos recetados	50% después del deducible para medicamentos recetados	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
<b>Medicamentos de especialidad</b>	Coseguro de 50% (no se aplica el deducible)	Coseguro de 50%	Coseguro de 50%	Coseguro de 50% (no se aplica el deducible)	Coseguro de 50% (no se aplica el deducible)	Coseguro de 50% (no se aplica el deducible)	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible

40

\*El servicio de BlueCare Anywhere no se debe utilizar en caso de una emergencia de salud. Si tiene una emergencia de salud o necesita ayuda inmediata con una enfermedad, un accidente o una lesión, busque cuidado de emergencia o llame al 911.

\*\*Centro de cirugía ambulatoria

Nota: Todos los planes están sujetos a limitaciones, excepciones y requisitos de costos compartidos. Consulte la página 19 para conocer sobre las limitaciones y exclusiones de los beneficios específicos.

# Información detallada del plan: Opciones del plan de reducción de costos compartidos (CSR) 2023

	SILVER 73AV PLAN 4	SILVER 87AV PLAN 5	SILVER 94AV PLAN 6
<b>Categoría de elegibilidad</b>	Planes disponibles para miembros con ingresos familiares entre el 200% y el 250% del índice federal de pobreza.	Planes disponibles para miembros con ingresos familiares entre el 150% y el 200% del índice federal de pobreza.	Planes disponibles para miembros con ingresos familiares entre el 100% y el 150% del índice federal de pobreza.

	Standardized HMO CSR NUEVO			Standardized PPO CSR NUEVO		
	PLATA 4	PLATA 5	PLATA 6	PLATA 4	PLATA 5	PLATA 6
<b>Deducible</b>	\$5,700	\$800	\$0	\$5,700	\$800	\$0
<b>Coseguro (Plan/Miembro)</b>	60%/40%	70%/30%	75%/25%	60%/40%	70%/30%	75%/25%
<b>Costos de su bolsillo máximos</b>	\$7,200	\$3,000	\$1,700	\$7,200	\$3,000	\$1,700
<b>Requiere derivación a un especialista</b>	Sí	Sí	Sí	No	No	No
<b>Consulta al médico de atención primaria (PCP)</b>	\$30	\$20	\$0	\$30	\$20	\$0
<b>Consulta con un especialista</b>	\$60	\$40	\$10	\$60	\$40	\$10
<b>Consultas médicas en línea*</b>	\$30	\$20	\$0	\$30	\$20	\$0
<b>Consulta de psiquiatría o asesoramiento en línea*</b>	\$30	\$20	\$0	\$30	\$20	\$0
<b>Consulta de atención de urgencia</b>	\$45	\$30	\$5	\$45	\$30	\$5
<b>Visita a la sala de emergencias</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro
<b>Pruebas de laboratorio e imágenes</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro
<b>Instalaciones para pacientes ambulatorios: no ASC**</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro
<b>Instalaciones para pacientes ambulatorios: ASC**</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro
<b>Cuidado para pacientes ambulatorios</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro
<b>Deducible para medicamentos (Niveles 2 y 3)</b>	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
<b>Nivel 1a (medicamentos genéricos)</b>	\$20	\$10	\$0	\$20	\$10	\$0
<b>Nivel 1b (medicamentos genéricos)</b>	\$20	\$10	\$0	\$20	\$10	\$0
<b>Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos)</b>	\$40	\$20	\$15	\$40	\$20	\$15
<b>Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)</b>	\$80 después del deducible	\$60 después del deducible	\$50	\$80 después del deducible	\$60 después del deducible	\$50
<b>Medicamentos de especialidad</b>	\$350 después del deducible	\$250 después del deducible	\$150	\$350 después del deducible	\$250 después del deducible	\$150

\*El servicio de BlueCare Anywhere no se debe utilizar en caso de una emergencia de salud. Si tiene una emergencia de salud o necesita ayuda inmediata con una enfermedad, un accidente o una lesión, busque cuidado de emergencia o llame al 911.

\*\*Centro de cirugía ambulatoria

Nota: Todos los planes están sujetos a limitaciones, excepciones y requisitos de costos compartidos. Consulte la página 19 para conocer sobre las limitaciones y exclusiones de los beneficios específicos.

# Información importante

## Cantidad permitida

Todas las reclamaciones se procesan con la *cantidad permitida* de BCBSAZ. Los reembolsos de BCBSAZ, los pagos de costos compartidos del miembro y las cantidades que se acumulan para los deducibles y los límites de costos de su bolsillo se calculan usando la cantidad permitida de BCBSAZ. La cantidad permitida es la cantidad total de reembolso asignado a un servicio cubierto e incluye tanto el pago de BCBSAZ como el pago de costos compartidos del miembro. No incluye la cuenta de saldo. La cantidad permitida se basa en la lista de precios de BCBSAZ o en otras listas de precios. No se vincula a los servicios y no refleja necesariamente los cargos habituales facturados por un proveedor.

## Cuenta de saldo

Esta es la diferencia entre la cantidad que un médico de su red cobra por cubrir la atención de la salud y la cantidad permitida.

## Cuidado de emergencia

En el caso de los cuidados de emergencia, usted pagará sus costos compartidos de la red, incluso si recibe los servicios de proveedores de la atención de la salud fuera de su red.

## Medicamentos y recetas

BCBSAZ aplica limitaciones a ciertos medicamentos recetados que se obtengan a través del beneficio de farmacia. Puede obtener una lista de estos medicamentos y limitaciones en línea en [azblue.com](http://azblue.com) o llamando a BCBSAZ. Estas incluyen, entre otras, limitaciones por cantidad, edad, sexo, posología y frecuencia de resurtido. Los medicamentos recetados están cubiertos solo si se encuentran en el *vademécum* de medicamentos (lista de medicamentos que BCBSAZ o el administrador de beneficios de farmacia ha designado como cubiertos según los beneficios de farmacia), a menos que se apruebe una excepción al *vademécum*. Las limitaciones de los medicamentos recetados de BCBSAZ están sujetas a cambios en cualquier momento, sin aviso previo.

## Precertificación

Algunos servicios y medicamentos requieren aprobación previa, también conocida como *precertificación*. Excepto en casos de emergencia, la atención de urgencia y las admisiones de maternidad, siempre se requiere una precertificación para las hospitalizaciones (atención para enfermos agudos, centro para el tratamiento residencial de la salud conductual, atención a largo plazo para enfermos agudos, rehabilitación activa extendida y centros de enfermería especializada), los servicios de atención de la salud en el hogar y la mayoría de los medicamentos de especialidad. Se podría requerir una precertificación para otros servicios y medicamentos cubiertos. Puede obtener información sobre los requisitos de la precertificación, incluida una lista de los medicamentos que requieren precertificación, e información sobre el proceso para obtener la precertificación en el sitio web de BCBSAZ, [azblue.com](http://azblue.com). Para obtener precertificaciones de medicamentos, llame al **1-844-807-5106**. Para obtener precertificaciones de servicios médicos locales, llame al **602-864-4320**. Para obtener precertificaciones de servicios médicos fuera del estado, llame al **1-800-232-2345**.

## Médico de atención primaria (planes HMO)

Su plan de salud le proporciona un médico de atención primaria designado como su médico principal y punto central de atención. Si su médico no está disponible, puede ver a otro médico en el consultorio de su PCP u obtener una derivación de su médico para ver a otro PCP en un consultorio diferente. Si visita a un médico o acude a una clínica u hospital que no está en la red de su plan, usted será responsable de pagar la cantidad total de su factura. Puede cambiar su PCP hasta seis veces al año. Para cambiarlo, inicie sesión en MyBlue en [azblue.com/member](http://azblue.com/member), luego haga clic en "Manage My PCP" (Administrar mi médico de atención primaria). Las derivaciones y el PCP designado solo se aplican a los planes HMO.

## Proveedores, reclamaciones y costos de su bolsillo

Todos los profesionales de atención médica en su red, también conocidos como 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 cualquier proveedor. Los proveedores de la red presentarán las reclamaciones de los miembros y, en general, no pueden cobrar más de la cantidad permitida para los servicios cubiertos. Los servicios de los profesionales de atención médica fuera de su red no están cubiertos en los planes HMO, excepto en casos de emergencia y en circunstancias limitadas cuando estén previamente aprobados por BCBSAZ.

## Plan de salud autorizado

BCBSAZ es un emisor de plan de salud autorizado en el Mercado de Seguros Médicos. Todos los planes individuales y familiares de BCBSAZ son planes de salud autorizados disponibles a través del Mercado de Seguros Médicos.

## Servicios especializados (planes HMO)

Se requiere una derivación de su médico de atención primaria designado para servicios especializados que no sean de emergencia ni urgentes. El requisito para obtener una derivación de su médico de atención primaria designado no se aplica a los servicios de proveedores que se especializan en obstetricia o ginecología, servicios quiroprácticos, servicios ambulatorios de salud mental, servicios dentales y de la vista pediátricos, atención urgente y servicios prestados por clínicas sin cita previa.

Si no obtiene una derivación de su médico de atención primaria designado para los servicios que requieren una derivación, los servicios no estarán cubiertos por su plan de beneficios y usted será responsable de pagar los cargos facturados por el proveedor por esos servicios.

### **\*ADVERTENCIA IMPORTANTE\***

ESTE ES SOLO UN BREVE RESUMEN DE LOS PLANES DE BENEFICIOS Y HA SIDO DISEÑADO PARA AYUDARLO A COMPARAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS DIFERENTES PLANES. EN LOS FOLLETOS DE LOS PLANES DE BENEFICIOS Y EN LOS RESÚMENES DE BENEFICIOS Y COBERTURA DEL PLAN SE INCLUYE INFORMACIÓN MÁS DETALLADA SOBRE LOS BENEFICIOS, LOS COSTOS COMPARTIDOS Y LAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES (SBC). LOS FOLLETOS DE LOS PLANES DE BENEFICIOS Y LOS RESÚMENES DE BENEFICIOS Y COBERTURA ESTÁN DISPONIBLES A PEDIDO Y EN AZBLUE.COM/2023INDBOOKS. SI LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE RESUMEN DIFIEREN DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LOS FOLLETOS DE LOS PLANES DE BENEFICIOS, PREVALECEÁN Y REGISTRAN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LOS FOLLETOS.

# Exclusiones y limitaciones

## Ejemplos de servicios y suministros no cubiertos

A continuación, se presenta una lista *parcial* de las afecciones y los servicios que están excluidos o que tienen limitaciones. No se cubrirán los gastos por servicios que excedan los límites de los beneficios. En los folletos de los planes de beneficios, que se pueden obtener a pedido, se incluye información detallada sobre beneficios, exclusiones y limitaciones.

- Abortos
- Acupuntura
- Visión de rutina para adultos
- Medicina alternativa
- Cuidado no necesario desde el punto de vista médico
- Servicios quiroprácticos que superen las 20 visitas por año calendario. Solo se aplica a los planes HMO
- Cirugía estética, servicios y suministros
- Atención de custodia
- Servicios dentales, excepto según se establezca en el plan, y servicios de ortodoncia para adultos
- Cargos de alquiler/repación de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) que excedan la cantidad permitida para DME
- Tratamientos experimentales y de investigación
- Anteojos, salvo que se establezca lo contrario en el plan
- Tratamientos y medicamentos para la fertilidad y la infertilidad
- Servicios y tratamiento para el pie plano
- Exámenes genéticos o cromosómicos
- Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios que superen las 60 visitas por año calendario
- Atención de la salud en el hogar y terapia de infusión que superen las 42 visitas (de hasta cuatro horas) por año calendario
- Tratamientos de rehabilitación activa extendida (Extended Active Rehabilitation, EAR) y del centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) para pacientes hospitalizados que superen los 90 días combinados por año calendario
- Atención a largo plazo, excepto atención a largo plazo para enfermos agudos
- Terapia de masajes que no sea la permitida por los criterios de cobertura médica
- Cuidado que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Servicios de ortodoncia (pediátricos) que no son dentalmente necesarios
- Chequeos dentales pediátricos que superen los dos chequeos y limpiezas por año calendario
- Lentes de contacto o anteojos pediátricos que superen un par de anteojos o lentes de contacto por año calendario
- Exámenes rutinarios de la vista que superen una visita por año calendario
- Servicios de enfermería privada, excepto cuando sean médicamente necesarios o cuando los servicios de enfermería especializada no estén disponibles
- Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios que superen las 60 visitas por año calendario
- Cuidados de relevo
- Servicios de podiatría de rutina
- Servicios de proveedores fuera de la red, excepto en casos de emergencia y otras situaciones limitadas cuando el uso esté aprobado previamente
- Tratamiento y servicios para la disfunción sexual
- Programas para bajar de peso



# Servicios dentales pediátricos

Todos los planes de salud autorizados de BCBSAZ para 2023 incluyen cobertura para servicios dentales para menores de 19 años. Los beneficios para servicios dentales pediátricos que se describen a continuación tienen cobertura únicamente con profesionales de atención médica de su red.

<b>Servicios de Tipo I cubiertos: servicios de diagnóstico y preventivos</b>	
<b>Exámenes bucales</b>	Dos por año* en cualquier combinación de exámenes periódicos, limitados o integrales
<b>Profilaxis: limpiezas</b>	Dos por año
<b>Radiografías</b>	Cualquier combinación de radiografías con la misma fecha de factura de un tratamiento no puede exceder la cantidad permitida del beneficio para radiografías de toda la boca
<b>Radiografías de mordida</b>	Dos series por año
<b>Radiografías periapicales</b>	Cubierto
<b>Radiografías de toda la boca</b>	Una serie por un período de cinco años
<b>Radiografías panorámicas</b>	Una serie por un período de cinco años. Las radiografías panorámicas acompañadas por radiografías de mordida se consideran una serie de radiografías de toda la boca y están sujetas al límite de las radiografías de toda la boca.
<b>Fluoruro tópico</b>	Dos tratamientos por año
<b>Selladores</b>	Molares permanentes sin caries o solo con restauración. Una solicitud por un período de tres años.
<b>Espaciadores</b>	Aparatos temporales para reemplazar dientes caídos prematuramente hasta que el diente permanente salga
<b>Servicios cubiertos Tipo II y III: Restaurativos (Least Expensive Available Treatment, LEAT)**</b>	
<b>Obturaciones de restauración</b>	Obturaciones con amalgama o resinas compuestas cubiertas
<b>Extracciones simples y quirúrgicas</b>	Cubierto
<b>Periodoncia: no quirúrgica</b>	El raspado periodontal y el alisado radicular se limitan a uno por cuadrante por un período de dos años. Los procedimientos periodontales de mantenimiento tienen un límite de cuatro por año; la profilaxis/las limpiezas cuentan para este límite.
<b>Prostodoncia: puentes y dentaduras postizas</b>	Límite de reemplazo de cinco años
<b>Anestesia general</b>	Cobertura limitada según los criterios de cobertura dental de BCBSAZ***
<b>Endodoncia: conducto radicular</b>	Cubierto
<b>Coronas e incrustaciones tipo "inlay" y "onlay"</b>	Límite de reemplazo de cinco años
<b>Periodoncia: quirúrgica</b>	Un procedimiento por un período de tres años
<b>Implantes</b>	Cobertura limitada según los criterios de cobertura dental de BCBSAZ***
<b>Servicios cubiertos de Tipo IV: Ortodoncia (Ortodoncia cosmética no cubierta)</b>	
<b>Ortodoncia (necesaria desde un punto de vista dental)</b>	Cobertura limitada según los criterios de cobertura dental de BCBSAZ***

Los beneficios para servicios dentales están disponibles a través de proveedores de servicios dentales que participen en la red BlueDental<sup>SM</sup>. Puede encontrar un listado de los proveedores de la red BlueDental en [azblue.com](http://azblue.com).

\*Todos los beneficios "por año" se refieren a un año calendario.

\*\*Solo la cantidad permitida, según el LEAT, si corresponde, y no el cargo facturado, se considera para satisfacer el deducible. Es posible que existan varios métodos para tratar una afección dental específica. Todas las reclamaciones por servicios de restauración, incluidas las obturaciones y las coronas, están sujetas al análisis del LEAT. Los beneficios de los procedimientos de restauración se limitarán únicamente al LEAT. Para estos procedimientos, BCBSAZ solo pagará los beneficios hasta el arancel del LEAT. Los miembros pueden optar por un servicio que sea más costoso que el LEAT, pero serán responsables del pago del costo compartido según la tarifa del LEAT. Además, tendrán que pagar la diferencia entre la tarifa del LEAT y el tratamiento más costoso ("saldo del LEAT"). Los pagos que se realicen en concepto de este saldo del LEAT no contarán para alcanzar el deducible o el costo de su bolsillo máximo.

\*\*\*Los criterios de cobertura para servicios dentales de BCBSAZ pueden obtenerse previa solicitud. No todos los servicios necesarios desde un punto de vista dental son beneficios cubiertos.

# Exclusiones y limitaciones de los servicios dentales pediátricos

## Ejemplos de servicios y suministros no cubiertos

A continuación, se presenta una lista *parcial* de los servicios que están excluidos o que tienen limitaciones. No se cubrirán los gastos por servicios que excedan el límite de los beneficios. En el folleto del plan de beneficios o la cláusula adicional, que se pueden obtener a pedido antes de inscribirse, se incluye información detallada sobre beneficios, exclusiones y limitaciones.

- Odontología alternativa
- Protectores bucales para deportes
- Control del comportamiento de cualquier tipo
- Biopsias
- Blanqueamiento de cualquier tipo
- Complicaciones de servicios no cubiertos
- Tomografías computarizadas (por ejemplo, tomografías de haz cónico) y escáneres tomográficos
- Corrección de malformaciones congénitas, salvo que sean requeridas por las leyes estatales de Arizona para los recién nacidos, los niños adoptados y los niños dados en adopción
- Servicios cosméticos y cualquier complicación relacionada
- Servicios y suministros dentales no proporcionados por un odontólogo, salvo que se establezca lo contrario en el plan
- Dispositivos, aparatos y servicios duplicados, provisionales y temporales
- Servicios en fase de investigación o experimentación
- Dentaduras parciales pediátricas fijas
- Pruebas genéticas para detectar predisposición a enfermedades bucales
- Cargos del establecimiento de atención hospitalaria o ambulatoria
- Servicios de laboratorio y de patología
- Antibióticos administrados de forma local
- Servicios de prostodoncia y de restauración mayor llevados a cabo en una pieza dental que no sea permanente
- Servicios prostéticos maxilofaciales y cualquier servicio relacionado
- Medicamentos dispensados en un consultorio odontológico, salvo que se establezca lo contrario en el plan
- Servicios que no sean necesarios desde un punto de vista dental: servicios que, de acuerdo con lo dispuesto por BCBSAZ, no sean necesarios desde un punto de vista dental. Es posible que BCBSAZ no pueda determinar la necesidad de los servicios dentales hasta después de que se presten los servicios.
- Protecciones oclusales para el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular o apnea del sueño
- Instrucciones de higiene dental, programas de control de la placa bacteriana e instrucciones de alimentación
- Artículos de venta sin receta
- Extracción de aparatos, mantenedores fijos de espacio o pernos
- Reparación de aparatos de ortodoncia dañados
- Reemplazo de aparatos perdidos o extraviados
- Selladores para dientes que no sean molares permanentes
- Servicios proporcionados por un dentista fuera de su red, excepto en casos de emergencia o circunstancias especiales cuando el uso esté aprobado previamente
- Servicios que resulten del incumplimiento del tratamiento prescrito por un profesional
- Consultas telefónicas y electrónicas, excepto según lo exija la ley
- Terapia o tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular, cirugía ortognática o aumento del hueso alveolar
- Trasplante dental

# Servicios de intérprete en varios idiomas

Spanish: Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Blue Cross Blue Shield of Arizona, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 602-864-4884.

Navajo: Díí kwe'é atah nílínígíí Blue Cross Blue Shield of Arizona haada yit' éego bína'ídíłkidgo éí doodago Háida bíjá anilyeedígíí t'áadoo le'é yína'ídíłkidgo beehaz'áanii hółq díí t'áá hazaadk'ehjí háká a'doowołgo bee haz'ą doo baqah ílínígóó. Ata' halne'ígíí kojí' bich'í' hodíilnih 877-475-4799.

Chinese: 如果您，或是您正在協助的對象，有關於插入項目的名稱 Blue Cross Blue Shield of Arizona 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 在此插入數字 877-475-4799。

Tagalog: Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Blue Cross Blue Shield of Arizona, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 877-475-4799.

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. BCBSAZ ofrece ayuda y servicios gratis adecuados, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros. BCBSAZ también presta servicios gratis relacionados con idiomas a personas cuyo idioma nativo no sea el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al 602-864-4884 para hablar en español y al 1-877-475-4799 para el resto de los idiomas, y para recibir otras ayudas y servicios.

# ¿Listo para inscribirse?

**Cuando haya encontrado su plan perfecto o desee más información, visite [azblue.com/plans](https://azblue.com/plans) o llámenos al 1-855-329-2583.**

Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora de Arizona. También puede llamar a su corredor con cualquier pregunta. Durante la inscripción abierta (del 1 de noviembre al 15 de enero), nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora de Arizona.



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

SÍGANOS

