



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**Choose the right plan  
for you and your family**



**DO LIFE.**

**2021**

**AFFORDABLE CARE  
ACT HEALTH PLANS**

# A Healthier You Starts Here

For more than 80 years, Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) has been committed to helping Arizonans get healthier faster, and stay healthier longer. Today, we offer health insurance and related products to over 1.7 million customers.\*

We understand there's more to health insurance than having access to affordable care when you need it. That's why we give you more ways to be healthier—and save along the way.

## Here's what BCBSAZ Affordable Care Act (ACA) plans offer you and your family



**FREE primary care provider (PCP) visits**—See your doctor with no copay or other out-of-pocket expenses.\*\*



**FREE or low-cost BlueCare Anywhere<sup>SM</sup> online medical visits<sup>\*\*\*</sup>**—Get medical care from a board-certified doctor 24/7 using your smartphone or other electronic device; English- and Spanish-speaking doctors are available. Psychiatry and counseling services also available, see plan for costs.



**FREE Nurse On Call**—Talk with a registered nurse anytime, day or night, at no cost; English- and Spanish-speaking nurses are available.



**MyBlue<sup>SM</sup> member account and mobile app**—Find a doctor, get estimates for prescription drug costs, pay your premium, check your deductible, and so much more—anytime, anywhere.



**Discounts on health services and equipment**—Save on a wide range of brand-name products and services with Blue365<sup>®</sup>, including vision services, wearable fitness devices, and more.

\*Source: Blue Cross Blue Shield of Arizona. \*\*Does not apply to Portfolio plans. Depending on your plan, there are two or more free PCP visits in a calendar year regardless of diagnosis. Visit must be with your designated PCP, and a visit for covered preventive care may count toward your limit, even though preventive care is always covered at no member cost share. \*\*\*Free BlueCare Anywhere medical visits are included in the TrueHealth cost-share reduction plans. \$5-\$10 medical visits are included in the rest of the plans except for Portfolio and SimpleHealth where a deductible applies.



# Health Is Personal—Your Healthcare Should Be, Too.

In these uncertain times, it’s even more important to have a health plan from a strong company with a dedicated team to help you get the care you need—whenever you need it.

## A Doctor Who Understands You. A Health Plan That Cares About You.

Your BCBSAZ health plan connects you with a designated doctor. Or, you can select your designated doctor, also known as a primary care provider, or PCP. All your healthcare needs start with your PCP, who is your main point of care and partner in your health. They get to know your current health, future goals, and guide you on the best steps to reach them. Plus, our Individual and Family plans include FREE PCP visits—no copay, deductible, or coinsurance.\*

### Your primary care provider helps in many ways:

- Looks out for your overall health by providing preventive care that includes annual checkups, screenings, and immunizations
- Coordinates with specialists and other healthcare providers to support all your healthcare needs, from minor illnesses to ongoing health conditions and mental health
- Works with BCBSAZ to help you get the right care at the right time

**Having a designated doctor has proven to reduce unnecessary visits and lower prescription costs.\*\***

# ACA HEALTH PLANS COVER THESE 10 ESSENTIAL HEALTH BENEFITS:

- |   |  |
|---|--|
| 1 Doctor visits   | 6 Maternity and newborn care           |
| 2 Prescription drugs                                      | 7 Mental and behavioral healthcare     |
| 3 Preventive care, including screenings and immunizations | 8 Emergency care                       |
| 4 Outpatient care   | 9 Urgent care                          |
| 5 Hospital stays  | 10 Dental and vision care for children |

\*Free BlueCare Anywhere medical visits are included in the TrueHealth cost-share reduction plans.  
\*\*Source: BCBSAZ data 2016-2107

# Questions to Ask When Choosing a Plan

When choosing a plan, it's important to think about your health needs (and those of your family) as well as your budget. This section will help you find a plan that gives you what you need and fits your budget.

## QUESTION #1:

### What are my healthcare needs?

To figure out what benefits you need from a health plan, start with your overall health. Consider the following questions:

QUESTIONS TO THINK ABOUT	HELPS YOU FIGURE OUT
<b>How often do you visit a doctor?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Do you only go for routine services (like yearly checkups or wellness visits) or an occasional illness?</li><li>• Or, do you have a condition that needs the care of a specialist?</li></ul>
<b>Who do you need to cover?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Do you need a plan for just you?</li><li>• Or, do you need to cover other people in your family?</li></ul> <p>Separate plans may save you money if your health needs are different.</p>
<b>Do you take any prescription drugs regularly?</b>	<p>Costs for prescriptions can be different from one plan to the next. If you take certain medications regularly, you'll want to check the drug list (sometimes called a <i>formulary</i>) for each plan to:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Make sure your drugs are covered, and</li><li>2) Find out how much they will cost.</li></ol> <p>With most plans, drugs are assigned to pricing tiers. What you pay for a certain drug will depend on which tier it belongs to.</p>
<b>Do you expect to have any major healthcare needs?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Are you pregnant or planning to get pregnant?</li><li>• Do you expect to have surgery?</li><li>• Are there other healthcare needs you need to discuss with your doctor?</li></ul> <p>If you expect to have surgery or maternity care, you'll want to pick a plan with a deductible and out-of-pocket maximum that fit your budget.</p>



All plans cover preventive services so things like **wellness visits, vaccinations, and preventive medications are FREE.**

# QUESTION #2:

## Do I qualify for financial help from the government?

If you find a plan you like but think you can't afford it, don't count it out right away. Find out if you can get financial help from the federal government in the form of a subsidy.

There are two types of subsidies that can lower your overall cost of health insurance:

- 1. **Premium tax credit**—helps pay for all or part of your monthly premium depending on your household income. Income ranges that qualify for a \$0 premium health plan or financial help are outlined in the chart below.
- 2. **Cost-share reduction**—a discount on your deductibles, copayments, and coinsurance; available on Silver plans only for those that make less than 250% federal poverty level (FPL).

American Indians and Alaska Natives with household incomes between 100% – 300% of the federal poverty level (FPL) can enroll in a “zero cost sharing” plan. That means there are no out-of-pocket costs; no deductibles, no copays, and no coinsurance.

### Qualifying Income Levels

Subsidies are based on the household income earned during the year you will be covered.

Persons in Household	Income range that qualifies for \$0 plans	Income range that qualifies for subsidy	Income range that may now qualify for a subsidy
1	\$17,609 to \$19,140	\$19,140 to \$51,040	\$51,041 and above
2	\$23,971 to \$25,860	\$25,860 to \$68,960	\$68,961 and above
3	\$29,974 to \$32,580	\$32,580 to \$86,880	\$86,881 and above
4	\$36,156 to \$39,330	\$39,330 to \$104,800	\$104,801 and above
5	\$42,338 to \$46,020	\$46,020 to \$122,720	\$122,721 and above
6	\$48,521 to \$52,740	\$52,740 to \$140,640	\$140,641 and above

You can apply for subsidies at [azblue.com/plans](https://www.azblue.com/plans) as part of our online price quoting and application tool. If you have questions or need help with your application, call us at **1-855-329-2583**.

Source: U.S. Department of Health and Human Services Federal Poverty Level (FPL) Guidelines for 2020

## QUESTION #3:

### How much does the plan cost for the care I need?

Once you have an idea of your healthcare needs, it's time to think about your budget. You'll want to look at the different out-of-pocket costs you will have with each health plan.

#### EXAMPLE: Blue EverydayHealth Silver

##### Estimated monthly premium

**\$441.94**

Your monthly payment to keep your plan active.

##### Deductible

**\$4,000**

Individual total

Amount you pay before your health plan starts to pay for covered services. Some plans cover doctor visits and certain drugs before the deductible.

##### Out-of-pocket maximum

**\$8,550**

Individual total

Once you reach this amount in a plan year, your plan will pay 100% of covered services.

##### Copayments/Coinsurance

Emergency room care: **40%** coinsurance after deductible

Generic drugs: **\$10**

Primary doctor: **\$0** for first 2 visits, then **\$15**

Specialist doctor: **\$75**

How much you pay for doctor visits, lab tests, and prescriptions. A copay is a fixed dollar amount; coinsurance is a fixed percentage of the bill. When we talk about your cost share, that's another way of saying "copay and/or coinsurance."

*Premium rate is for a 40-year-old who lives in Maricopa County.*

## RULE OF THUMB FOR PREMIUMS AND DEDUCTIBLES



**HIGHER**  
deductible, higher  
out-of-pocket  
costs

**LOWER**  
monthly premium



A higher deductible plan is a good fit for you and your family if you are healthy and rarely need healthcare. You are willing to pay a higher out-of-pocket cost when you need care in exchange for a lower monthly premium.



**HIGHER**  
monthly premium

**LOWER**  
deductible, lower  
out-of-pocket costs



A lower deductible plan is a good fit for you if you have an ongoing health condition. You are willing to pay a higher monthly premium for lower out-of-pocket costs for things like regular doctor visits and prescription drugs.

## QUESTION #4:

### Are my doctors in the plan's network?

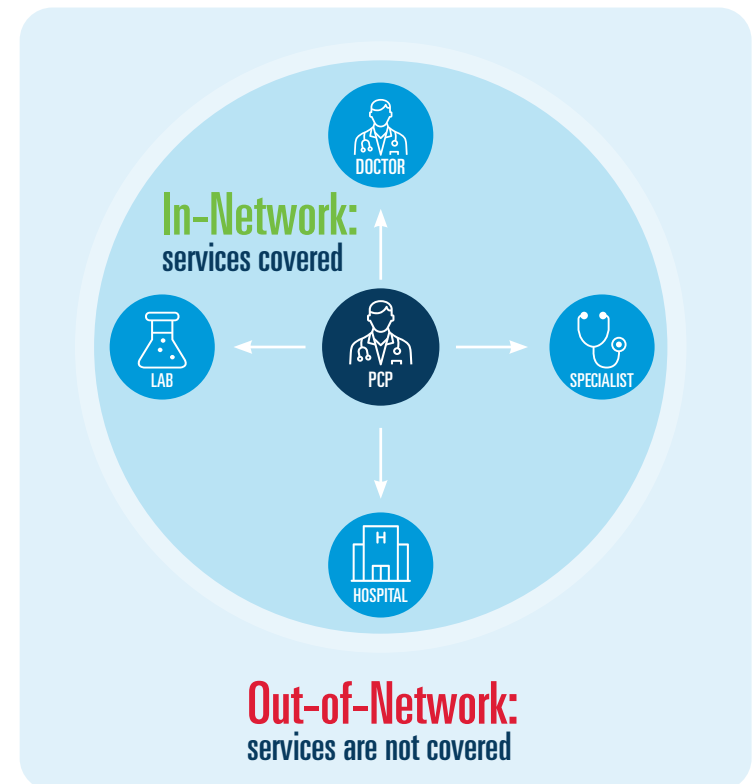
Before you pick a plan, you'll want to check to see if your doctors are included in the plan's network. A *plan network* is a set of doctors who agree to offer care to members of that plan. These doctors are what you call *in-network providers*.

When checking a plan's network, keep these questions in mind:

- Are your doctors in the plan's network?
- If your primary care provider or specialist is not in the plan's network, would you be willing to see a different doctor?
- Would you consider using online doctor visits for illnesses and injuries that aren't serious?

Your choice of networks is based on the county you live in: Maricopa County, Pima County, or all other Arizona counties. All our HMO plans cover services received from in-network providers. They won't cover services you receive from out-of-network providers, except in emergencies and rare situations that we have preapproved. So if you go to a doctor or hospital that is not in-network, you could end up paying the full cost of those services.

If you need help finding out which doctors are in a particular plan network, you can use the "Find a Doctor" tool at [azblue.com/findadoctor](https://www.azblue.com/findadoctor). Or you can call us at **1-855-329-2583**.



## Plans & Networks by County

See which of our health plans and networks are available in your county.

Plan Name	Maricopa County	Pima County	All Other Arizona Counties
	MaricopaFocus Network	PimaFocus Network	Neighborhood Network
Blue EverydayHealth Gold	✓	✓	✓
Blue EverydayHealth Silver	✓	✓	✓
Blue EverydayHealth Bronze	✓	✓	✓
Blue TrueHealth Silver	✓	✓	✓
Blue AdvanceHealth Silver	✓	✓	NEW ✓
<b>NEW</b> Blue AdvanceHealth Bronze	✓	✓	✓
Blue Portfolio HSA 5000	NEW ✓	✓	✓
Blue SimpleHealth Catastrophic	✓	✓	✓

### MaricopaFocus Network

- Over 7,000 doctors, specialists, and hospitals in Maricopa County\*
- Includes Abrazo Health, Dignity Health, and Phoenix Children’s Hospital facilities and providers
- Available to residents of Maricopa County

### PimaFocus Network

- Over 2,400 doctors, specialists, and hospitals in Pima County\*
- Includes Tucson Medical Center and Carondelet Health Network facilities and physicians
- Available to residents of Pima County

### Neighborhood Network

- Over 20,000 doctors, specialists, and hospitals throughout the state and some in Maricopa County\*
- Includes Dignity Health and Banner Health facilities and physicians
- Available to Arizona residents living outside of Maricopa County and Pima County

Only care from network providers associated with your health plan is covered, except for emergencies and special situations preapproved by BCBSAZ.



# 2021 Health Plans at a Glance

Here's a quick look at the plans we're offering for 2021. Plans are available in all counties.

**All plans cover preventive services**  
(like wellness visits, vaccinations, and preventive medications)

PLAN DESCRIPTION	PLAN BENEFITS
 <h2>Blue EverydayHealth</h2> <p><b>Predictable Out-of-Pocket Costs for Every Budget</b> EverydayHealth might be right for you if you visit the doctor often and take only generic drugs. With several deductibles to choose from and predictable costs, EverydayHealth has a plan to fit every family.</p>	<p><i>For those who qualify for extra financial help from the federal government:</i></p> <p><b>Deductibles as low as \$1,750</b>  <b>2 free primary care provider visits*</b>  <b>Doctor visits as low as \$10</b>  <b>Prescription drugs as low as \$10</b></p> <p><b>Deductibles as low as \$0</b>  <b>2 free primary care provider visits*</b>  <b>Doctor visits as low as \$5</b>  <b>Prescription drugs as low as \$5</b></p>
 <h2>Blue TrueHealth</h2> <p><b>For Those Who Need Specialist Care or Brand-Name Drugs</b> If you have an ongoing health condition, TrueHealth makes it easy to plan your healthcare costs. With \$0 PCP visits and fixed copays for specialist doctors and certain brand-name drugs, TrueHealth takes the hassle out of being healthy.</p>	<p><i>For those who qualify for extra financial help from the federal government:</i></p> <p><b>Deductible: \$6,000</b>  <b>Unlimited free primary care provider visits*</b>  <b>Doctor visits as low as \$0</b>  <b>Prescription drugs as low as \$10</b></p> <p><b>Deductibles as low as \$550</b>  <b>Unlimited free primary care provider visits*</b>  <b>Doctor visits as low as \$0</b>  <b>Prescription drugs as low as \$0</b></p>
 <h2>Blue AdvanceHealth</h2> <p><b>For Peace-of-Mind Coverage</b> AdvanceHealth is there for you when you need it. With low-cost generic drugs and online doctor visits, AdvanceHealth helps keep you healthy, even when the unexpected happens.</p>	<p><i>For those who qualify for extra financial help from the federal government:</i></p> <p><b>Deductible: \$7,750</b>  <b>4 free primary care provider visits*</b>  <b>Doctor visits as low as \$10</b>  <b>Prescription drugs as low as \$5</b></p> <p><b>Deductibles as low as \$700</b>  <b>4 free primary care provider visits*</b>  <b>Doctor visits as low as \$5</b>  <b>Prescription drugs as low as \$0</b></p>
 <h2>Blue Portfolio</h2> <p><b>For the Health Planner</b> Portfolio can be paired with a health savings account (HSA) to help you plan for your healthcare costs. Whether you're getting ready for an upcoming surgery or saving for the future, an HSA allows you to pay for healthcare using pretax dollars. Portfolio gives you more control.</p>	<p><b>Deductible: \$6,900</b>  <b>Coinsurance: Meet deductible, then pay nothing for all covered services</b>  <b>Health savings account eligible</b></p>
 <h2>Blue SimpleHealth</h2> <p><b>For the Young and Healthy</b> SimpleHealth is an affordable way to protect yourself, "just in case." If you're under 30, healthy, have a hardship exemption, or don't qualify for a subsidy SimpleHealth may be the right plan for you.</p>	<p><b>Deductible: \$8,550</b>  <b>Coinsurance: Meet deductible, then pay nothing for all covered services.</b>  <b>3 free primary care provider visits*</b></p>

Note: All plans are subject to limitations, exceptions, and cost-share requirements. See page 13 for specific benefit limitations and exclusions.

\*Depending on your plan, there are two or more free PCP visits in a calendar year regardless of diagnosis. Visit must be with your designated PCP, and a visit for covered preventive care may count toward your limit, even though preventive care is always covered at no member cost share.

# Detailed Plan Information

## 2021 Plan Options

	EverydayHealth			TrueHealth	AdvanceHealth		Portfolio HSA	SimpleHealth
	GOLD	SILVER	BRONZE	SILVER	SILVER	BRONZE	BRONZE	CATASTROPHIC
<b>Deductible</b>	\$1,750	\$4,000	\$7,000	\$6,000	\$7,750	\$8,550	\$6,900	\$8,550
<b>Coinsurance (Plan/Member)</b>	70%/30%	60%/40%	50%/50%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%
<b>Out-of-Pocket Maximum</b>	\$6,750	\$8,550	\$8,550	\$8,550	\$7,750	\$8,550	\$6,900	\$8,550
<b>Primary Care Provider (PCP) Visit</b>	\$0 for first 2 visits, then \$15	\$0 for first 2 visits, then \$15	\$0 for first 2 visits, then \$40	Unlimited \$0 visits	\$0 for first 4 visits, then Deductible	\$0 for first 4 visits, then Deductible	Deductible	\$0 for first 3 visits, then Deductible
<b>Specialist Visit</b>	\$50	\$75	\$150	\$95	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Online Medical Doctor Visit*</b>	\$10	\$10	\$10	\$10	\$10	\$10	Deductible	Deductible
<b>Online Counseling Visit*</b>	\$10	\$10	\$10	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Online Psychiatry Visit*</b>	\$10	\$10	\$10	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Urgent-Care Visit</b>	\$60	\$60	\$75	\$100	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Emergency Room Visit</b>	Deductible/ Coinsurance	Deductible/ Coinsurance	Deductible/ Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Lab Tests &amp; Imaging</b>	Deductible/ Coinsurance	Deductible/ Coinsurance	Deductible/ Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Inpatient Care</b>	Deductible/ Coinsurance	Deductible/ Coinsurance	Deductible/ Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Outpatient Facility – Non ASC**</b>	Deductible/ Coinsurance	Deductible/ Coinsurance	Deductible/ Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Outpatient Facility – ASC**</b>	Coinsurance (deductible waived)	Coinsurance (deductible waived)	Coinsurance (deductible waived)	50% Coinsurance (deductible waived)	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Outpatient Care</b>	Deductible/ Coinsurance	Deductible/ Coinsurance	Deductible/ Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Drug Deductible (Tiers 2 and 3)</b>	\$400	\$600	\$800	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
<b>Tier 1 Drugs</b>	\$10	\$10	\$20	\$10	\$5	\$20	Deductible	Deductible
<b>Tier 2 Drugs</b>	\$60 after prescription drug deductible	\$75 after prescription drug deductible	\$200 after prescription drug deductible	\$150	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Tier 3 Drugs</b>	50% after prescription drug deductible	50% after prescription drug deductible	50% after prescription drug deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Specialty Drug</b>	50% coinsurance (deductible waived)	50% coinsurance (deductible waived)	50% coinsurance (deductible waived)	50% coinsurance (deductible waived)	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible

# Detailed Plan Information

## 2021 Cost-Share Reduction (CSR) Plan Options

	SILVER 73AV PLAN 4	SILVER 87AV PLAN 5	SILVER 94AV PLAN 6
<b>Eligibility Category</b>	73% COST-SHARING REDUCED PLANS Plans available to members with household incomes between 200% and 250% of the federal poverty level.	87% COST-SHARING REDUCED PLANS Plans available to members with household incomes between 150% and 200% of the federal poverty level.	94% COST-SHARING REDUCED PLANS Plans available to members with household incomes between 138% and 150% of the federal poverty level.

	EverydayHealth CSR			TrueHealth CSR			AdvanceHealth CSR		
	SILVER 4	SILVER 5	SILVER 6	SILVER 4	SILVER 5	SILVER 6	SILVER 4	SILVER 5	SILVER 6
<b>Deductible</b>	\$3,500	\$0	\$0	\$4,850	\$1,950	\$550	\$5,500	\$2,000	\$700
<b>Coinsurance (Plan/Member)</b>	60%/40%	60%/40%	80%/20%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%
<b>Out-of-Pocket Maximum</b>	\$6,800	\$2,850	\$1,750	\$6,800	\$2,500	\$600	\$5,500	\$2,000	\$700
<b>Primary Care Provider (PCP) Visit</b>	\$0 for first 2 visits, then \$10	\$0 for first 2 visits, then \$10	\$0 for first 2 visits, then \$5	\$0	\$0	\$0	\$0 for first 4 visits then Deductible	\$0 for first 4 visits then Deductible	\$0 for first 4 visits then Deductible
<b>Specialist Visit</b>	\$60	\$30	\$10	\$65	\$5	\$2	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Online Medical Doctor Visit*</b>	\$5	\$5	\$5	\$0	\$0	\$0	\$5	\$5	\$5
<b>Online Counseling Visit*</b>	\$5	\$5	\$5	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Online Psychiatry Visit*</b>	\$5	\$5	\$5	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Urgent-Care Visit</b>	\$60	\$40	\$20	\$75	\$10	\$10	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Emergency Room Visit</b>	Coinsurance/ Deductible	Coinsurance	Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Lab Tests &amp; Imaging</b>	Coinsurance/ Deductible	Coinsurance	Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Inpatient Care</b>	Coinsurance/ Deductible	Coinsurance	Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Outpatient Facility – Non ASC**</b>	Coinsurance/ Deductible	Coinsurance	Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Outpatient Facility – ASC**</b>	Coinsurance (deductible waived)	Coinsurance	Coinsurance	50% coinsurance (deductible waived)	50% coinsurance (deductible waived)	50% coinsurance (deductible waived)	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Outpatient Care</b>	Coinsurance/ Deductible	Coinsurance	Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Drug Deductible (Tiers 2 and 3)</b>	\$400	\$250	\$50	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
<b>Tier 1 Drugs</b>	\$10	\$5	\$5	\$5	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Tier 2 Drugs</b>	\$75 after prescription drug deductible	\$75 after prescription drug deductible	\$10 after prescription drug deductible	\$150	\$35	\$15	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Tier 3 Drugs</b>	50% after prescription drug deductible	50% after prescription drug deductible	50% after prescription drug deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible
<b>Specialty Drug</b>	50% coinsurance (deductible waived)	50% coinsurance	50% coinsurance	50% coinsurance (deductible waived)	50% coinsurance (deductible waived)	50% coinsurance (deductible waived)	Deductible	Deductible	Deductible

\*The BlueCare Anywhere service should not be used in health emergencies. If you have a health emergency or need immediate help for an illness, accident, or injury, seek emergency care or call 911.

\*\*Ambulatory surgery center

Note: All plans are subject to limitations, exceptions, and cost-share requirements.

# Important Information

## Allowed Amount

All claims are processed using the BCBSAZ *allowed amount*. BCBSAZ reimbursement, member cost-share payments, and accumulations toward deductibles and out-of-pocket limits are calculated using the BCBSAZ allowed amount. The allowed amount is the total amount of reimbursement allocated to a covered service, and includes both the BCBSAZ payment and the member cost-share payment. It does not include any balance bill. The allowed amount is based on BCBSAZ or other fee schedules. It is not tied to and does not necessarily reflect a provider's regular billed charges.

## Balance Bill

This is the difference between the amount a doctor in your network charges for covered healthcare and the allowed amount.

## Providers, Claims, and Out-of-Pocket Costs

All healthcare professionals in your network, also known as network providers, are independent contractors exercising independent medical judgment, and are not employees, agents, or representatives of BCBSAZ. BCBSAZ has no control over any diagnosis, treatment, or service rendered by any provider. Network providers will file members' claims and generally cannot charge more than the allowed amount for covered services. Services from healthcare professionals outside your network are not covered on HMO plans except for emergencies and in limited circumstances when preapproved by BCBSAZ.

## Primary Care Provider

Your health plan provides a designated primary care provider (PCP) as your main doctor and central point of care. If your doctor isn't available, you can see another doctor at your PCP's practice or get a referral from your doctor to see another PCP at a different practice. If you see a doctor or go to a clinic or hospital that is not in your plan's network, you will be responsible for paying the full amount of your bill. You can change your PCP up to six times a year. To switch, sign in to MyBlue at [azblue.com/member](https://azblue.com/member), and then click "Manage My PCP."

## Specialist Services

A referral from your designated PCP is required for non-emergency and non-urgent specialist services. The requirement to obtain a referral from your designated PCP does not apply to services from providers who specialize in obstetrics or gynecology, chiropractic services, outpatient mental health services, pediatric dental and vision services, urgent care, and services provided by walk-in clinics.

If you do not obtain a referral from your designated PCP for services that require a referral, the services will not be covered under your benefit plan and you will be responsible for paying the provider's billed charges for those services.

## Emergency Services

For emergency services, you will pay your network cost share, even if services are received from healthcare providers outside your network.

## Precertification

Some services and medications require preapproval, also known as *precertification*. Except for emergencies, urgent care, and maternity admissions, precertification is always required for inpatient admissions (acute care, behavioral health, long-term acute care, extended active rehabilitation, and skilled nursing facilities), home health services, and most specialty medications. Precertification may be required for other covered services and medications. Information on precertification requirements, including a list of medications that require precertification, and the process for obtaining precertification are available on the BCBSAZ website at [azblue.com](https://azblue.com). For medication precertifications, call **1-844-807-5106** or **1-800-232-2345** and then enter ext. **4723**. For medical service precertifications, statewide, call **1-800-232-2345**.

## Medications and Prescriptions

BCBSAZ applies limitations to certain prescription medications obtained through the pharmacy benefit. A list of these medications and limitations is available online at [azblue.com](https://azblue.com) or by calling BCBSAZ. These limitations include, but are not limited to, quantity, age, gender, dosage, and frequency of refills. Prescription drugs are only covered if they are on the drug *formulary* (a list of drugs that BCBSAZ and/or the pharmacy benefit manager has designated as covered under the pharmacy benefit) unless a formulary exception is approved. BCBSAZ prescription medication limitations are subject to change at any time without prior notice.

## Qualified Health Plan

BCBSAZ is a qualified health plan issuer in the Health Insurance Marketplace. All BCBSAZ Individual and Family plans are qualified health plans available through the Health Insurance Marketplace.

### **\*IMPORTANT WARNING\***

THIS IS ONLY A BRIEF SUMMARY OF THE BENEFIT PLANS AND IS DESIGNED TO HELP YOU COMPARE FEATURES OF DIFFERENT PLANS. MORE DETAILED INFORMATION ABOUT BENEFITS, COST SHARE, EXCLUSIONS, AND LIMITATIONS IS IN THE BENEFIT PLAN BOOKLETS AND PLAN SUMMARY OF BENEFITS AND COVERAGE (SBCs). BENEFIT PLAN BOOKLETS AND SBCs ARE AVAILABLE UPON REQUEST AND ON [AZBLUE.COM/2019INDBOOKS](https://azblue.com/2019INDBOOKS). IF THE TERMS OF THIS SUMMARY DIFFER FROM THE TERMS OF THE BENEFIT PLAN BOOKLETS, THE TERMS OF THE BOOKLETS CONTROL AND APPLY.

# Exclusions and Limitations

## Examples of services and supplies not covered

The following is a *partial* list of conditions and services that are excluded or limited. Expenses for services that exceed the benefit limits are not covered. Detailed information about benefits, exclusions, and limitations is in the benefit plan booklets and is available upon request.

- Abortions
- Acupuncture
- Adult routine vision
- Alternative medicine
- Care that is not medically necessary
- Chiropractic services exceeding 20 visits per calendar year
- Cosmetic surgery, services, and supplies
- Custodial care
- Dental care, except as stated in plan, and adult orthodontic services
- DME rental/repair charges that exceed DME allowed amount
- Experimental and investigational treatments
- Eyewear, except as stated in plan
- Fertility and infertility medication and treatment
- Flat feet treatment and services
- Genetic and chromosomal testing
- Habilitation outpatient services exceeding 60 visits per calendar year
- Home healthcare and infusion therapy exceeding 42 visits (of up to four hours each) per calendar year
- Inpatient EAR and SNF treatment exceeding 90 combined days per calendar year
- Long-term care, except long-term acute care
- Massage therapy other than allowed under medical coverage guidelines
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Orthodontic services (pediatric) that are not dentally necessary
- Pediatric dental checkups exceeding two checkups and cleanings per calendar year
- Pediatric glasses or contact lenses exceeding one pair of glasses or contact lenses per calendar year
- Pediatric routine vision exam exceeding one visit per calendar year
- Private-duty nursing except when medically necessary or when skilled nursing is not available
- Rehabilitation outpatient services exceeding 60 visits per calendar year
- Respite care
- Routine foot care
- Services from providers outside the network, except in emergencies and other limited situations when use is preapproved
- Sexual dysfunction treatment and services
- Weight-loss programs



All BCBSAZ 2021 qualified health plans include dental coverage for children under age 19. Pediatric dental benefits described below are covered with healthcare professionals in your network only.

<b>Type I Covered Services – Diagnostic and Preventive</b>	
<b>Oral exams</b>	Two per year <sup>1</sup> in any combination of periodic, limited, or comprehensive exams
<b>Prophylaxis – Cleanings</b>	Two per year
<b>X-rays</b>	Any combination of X-rays billed on the same date of treatment cannot exceed the allowed amount for a full-mouth X-ray benefit
<b>  Bitewing X-rays</b>	Two sets per year
<b>  Periapical X-rays</b>	Covered
<b>  Full-mouth X-rays</b>	One set per five-year period
<b>  Panoramic X-rays</b>	One set per five-year period. Panoramic X-rays accompanied by bitewing X-rays are considered a set of full-mouth X-rays and are subject to the full-mouth X-ray limit.
<b>Topical Fluoride</b>	Two treatments per year
<b>Sealants</b>	Permanent molars with no decay or restoration only. One application per three-year period.
<b>Space Maintainers</b>	Temporary appliances to replace prematurely lost teeth until permanent teeth erupt
<b>Type II and III Covered Services – Restorative</b> All claims subject to processing based on the least expensive available treatment (LEAT) <sup>2</sup>	
<b>Restorative Fillings</b>	Amalgam and composite resin fillings covered
<b>Simple and Surgical Extractions</b>	Covered
<b>Periodontics – Non-surgical</b>	Periodontal scaling and root planing limited to one per quadrant per two-year period. Periodontal maintenance procedures limited to four per year; prophylaxis/cleanings count toward this limit.
<b>Prosthodontics – Bridges and Dentures</b>	Five-year replacement limit
<b>General Anesthesia</b>	Limited coverage per BCBSAZ dental coverage guidelines <sup>3</sup>
<b>Endodontics – Root Canal</b>	Covered
<b>Crowns/Inlays/Onlays</b>	Five-year replacement limit
<b>Periodontics – Surgical</b>	One procedure per three-year period
<b>Implants</b>	Limited coverage per BCBSAZ dental coverage guidelines <sup>3</sup>
<b>Type IV Covered Services – Orthodontia</b> Cosmetic orthodontia not covered	
<b>Orthodontics (dentally necessary)</b>	Limited coverage per BCBSAZ dental coverage guidelines <sup>3</sup>

Dental benefits are available through dental providers participating in the BlueDental<sup>SM</sup> network. A listing of providers in the BlueDental network can be found at [azblue.com](http://azblue.com).

<sup>1</sup> All “per year” benefits mean per calendar year.

<sup>2</sup> Only the allowed amount, as based on least expensive available treatment (LEAT), if applicable (and not billed charges), counts to satisfy the deductible. There may be several methods for treating a specific dental condition. All claims for restorative services such as fillings and crowns are subject to analysis for the LEAT. Benefits for restorative procedures will be limited only to the LEAT. For these procedures, BCBSAZ will only pay benefits up to the LEAT fee. Members may elect to receive a service that is more costly than the LEAT, but the member will be responsible for cost share based on the LEAT, and will also pay the difference between the fee for the LEAT and the more costly treatment (“LEAT balance bill”). Any payment made for this LEAT balance bill will not count toward deductible or out-of-pocket maximum.

<sup>3</sup> BCBSAZ dental coverage guidelines are available upon request. Not all dentally necessary services are covered benefits.

# Pediatric Dental Exclusions and Limitations

## Examples of services and supplies not covered

The following is a *partial* list of services that are excluded or limited. Expenses for services that exceed the benefit limit are not covered. Detailed information about benefits, exclusions, and limitations is in the benefit plan booklet or rider and is available prior to enrollment upon request.

- Alternative dentistry
- Athletic mouth guards
- Behavior management of any kind
- Biopsies
- Bleaching of any kind
- Complications of noncovered services
- CT scans (e.g., cone beam) and tomographic surveys
- Correction of congenital malformations except as required by Arizona state law for newborns, adopted children, and children placed for adoption
- Cosmetic services and any related complications
- Dental services and supplies not provided by a dentist, except as stated in plan
- Duplicate, provisional, and temporary devices, appliances, and services
- Experimental or investigational services
- Fixed pediatric partial dentures
- Genetic tests for susceptibility to oral diseases
- Inpatient or outpatient facility charges
- Laboratory and pathology services
- Locally administered antibiotics
- Major restorative and prosthodontic services performed on other than a permanent tooth
- Maxillofacial prosthetics and any related services
- Medications dispensed in a dentist's office, except as stated in plan
- Non-dentally necessary services—services that are not dentally necessary as determined by BCBSAZ. BCBSAZ may not be able to determine dental necessity until after services are rendered.
- Occlusal guards for the treatment of temporomandibular joint syndrome or sleep apnea
- Oral hygiene instruction, plaque control programs, and dietary instructions
- Over-the-counter items
- Removal of appliances, fixed space maintainers, or posts
- Repair of damaged orthodontic appliances
- Replacement of lost or missing appliances
- Sealants for teeth other than permanent molars
- Services provided by a dentist outside your network, except for emergencies or special circumstances when use is preapproved
- Services resulting from your failure to comply with professionally prescribed treatment
- Telephonic and electronic consultations, except as required by law
- Therapy or treatment of the temporomandibular joint, orthognathic surgery, or ridge augmentation
- Tooth transplantation



Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. BCBSAZ provides appropriate free aids and services, such as qualified interpreters and written information in other formats, to people with disabilities to communicate effectively with us. BCBSAZ also provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, call 602-864-4884 for Spanish or 1-877-475-4799 for all other languages and other aids and services.







# Ready to enroll?

When you've found your perfect plan, or  
want more information, go to

**azblue.com/plans,**  
or call us at **1-855-329-2583.**

We're available Monday through Friday, 8 a.m. to 4:30 p.m. Arizona time.  
You can also call your broker with any questions.



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

FOLLOW US ON





Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

# Elija el plan adecuado para usted y su familia



**VOY A VIVIR LA VIDA**

**2021**

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

# Comienza a ser más saludable

Hace más de 80 años que Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) 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 1.7 millones de clientes.\*

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

## Esto es lo que los planes de la Ley del Cuidado de Salud Asequible (ACA) de BCBSAZ les ofrecen a usted y a su familia



**Visitas GRATIS al médico de cuidados primarios (PCP):** consulte con su médico sin copago u otros desembolsos\*\*



**Visitas médicas en línea de BlueCare Anywhere<sup>SM</sup> GRATIS o de bajo costo\*\*\*:** obtenga servicios de cuidado de un médico certificado por la junta mediante su teléfono inteligente u otros dispositivos electrónicos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana; disponibilidad de médicos que hablan inglés y español. También cuenta con servicios de psiquiatría y asesoramiento a su disposición; consulte el plan para conocer los costos.



**Enfermera de guardia GRATUITA:** 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®, incluidos servicios para la vista, dispositivos de entrenamiento portátiles y más.

\*Fuente: Blue Cross Blue Shield of Arizona. \*\*No se aplica a los planes de Portfolio. Según su plan, hay dos o más visitas gratuitas al médico de cuidados primarios (Primary Care Provider, PCP) por año calendario independientemente del diagnóstico. La visita debe ser con su médico de atención primaria designado, y es posible que una visita de atención preventiva cubierta cuente para su límite, aunque la atención preventiva está siempre cubierta sin que el miembro deba pagar un costo compartido. \*\*\*Las visitas médicas gratis de BlueCare Anywhere 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.



## La salud es personal: su atención de la salud también debería serlo.

En estos tiempos de incertidumbre, es aún más importante contar con un plan de salud de una compañía sólida con un equipo dedicado para ayudarlo a obtener la atención que necesita, cuando la necesita.

## Un médico que lo comprende. Un plan de salud que se preocupa por usted.

Su plan de salud de BCBSAZ lo conecta con un médico designado. O bien, puede seleccionar su médico designado, también conocido como médico de atención primaria. Todas sus necesidades de atención de la salud comienzan con su médico de atención primaria, que es su principal recurso de atención y socio en su salud. Conoce su salud actual, sus metas futuras y lo guía en los mejores pasos para alcanzarlas. Además, nuestros planes individuales y familiares incluyen visitas GRATIS al médico de atención primaria, sin copago, deducible ni coseguro\*.

## 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 salud mental.
- Trabaja con BCBSAZ para ayudarlo a obtener la atención adecuada en el momento adecuado

**Contar con un médico designado ha demostrado reducir las visitas innecesarias y los costos de los medicamentos recetados\*\*.**

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

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

\*Las visitas médicas gratis de BlueCare Anywhere están incluidas en los planes de reducción de costos compartidos de TrueHealth.

\*\*Fuente: Datos de BCBSAZ 2016–2107



# 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 le brinde lo que necesita y se ajuste a su presupuesto.

## PREGUNTA 1:

### ¿Cuáles son mis necesidades de cuidado de salud?

Para determinar qué beneficios necesita de un plan de salud, comience con su salud general. Considere las siguientes preguntas:

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 el cuidado 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>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 médica?	<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 cuidados de maternidad, es recomendable que elija un plan con un deducible y desembolso máximos que se ajusten a su presupuesto.</p>

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

## PREGUNTA 2:

### ¿Califico para recibir ayuda financiera del gobierno?

Si encuentra un plan que le gusta, pero cree que no puede pagarlo, no lo descarte de inmediato. Averigüe si puede obtener ayuda financiera del gobierno federal mediante un subsidio.

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

- 1. Crédito fiscal para la prima:** La ayuda financiera le puede ayudar a pagar la totalidad de su prima mensual dependiendo de los niveles de ingresos de su hogar. Los niveles de ingresos que califican para un plan de salud con una prima de \$0 o ayuda financiera se detallan 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. Los niveles de ingresos se muestran en el siguiente cuadro.

Las personas indias estadounidenses y nativas de Alaska con ingresos familiares entre el 100% y el 300% del nivel de pobreza federal pueden inscribirse en un plan “sin costo compartido”. En estos planes, todos los servicios cubiertos son gratis. Eso significa que no hay desembolsos; deducibles, copagos ni coseguros.

### Niveles de ingresos elegibles

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

Personas en el hogar	Niveles de ingresos que califican para planes de \$0	Niveles de ingresos que califican para subsidios	Niveles de ingresos que pueden calificar para subsidio
1	\$17,609 a \$19,140	\$19,140 a \$51,040	\$51,041 y más
2	\$23,971 a \$25,860	\$25,860 a \$68,960	\$68,961 y más
3	\$29,974 a \$32,580	\$32,580 a \$86,880	\$86,881 y más
4	\$36,156 a \$39,330	\$39,330 a \$104,800	\$104,801 y más
5	\$42,338 a \$46,020	\$46,020 a \$122,720	\$122,721 y más
6	\$48,521 a \$52,740	\$52,740 a \$140,640	\$140,641 y más

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 3:

### ¿Cuánto cuesta el plan por la atención que necesito?

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

#### EJEMPLO: Blue EverydayHealth Silver

##### Prima mensual estimada

**\$441.94**

Pago mensual para mantener tu plan de salud activo.

##### Deducible

**\$4,000**

total individual

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

##### Desembolso máximo

**\$8,550**

total individual

Una vez que alcances este monto en un año del plan, tu plan pagará el 100% de los servicios cubiertos.

##### Copagos y coseguro

Cuidado ambulatorio en el hospital: coseguro del **40%** después del deducible

Medicamentos genéricos: **\$10**

Médico de cuidados primarios: **\$0** por las primeras 2 visitas, luego **\$15**

Especialista: **\$75**

Cuánto pagas por consultas médicas, pruebas de laboratorio y recetas. Un copago es un monto fijo 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".

*La tarifa de la prima es para una persona de 40 años que vive en el condado de Maricopa.*

## REGLA DE ORO PARA PRIMAS Y DEDUCIBLES



**A MAYOR deducible, mayores costos**

**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 más alto cuando necesita cuidado a cambio de una prima mensual más baja.



**MAYOR prima mensual**

**A MENOR deducible, menores costos**



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 desembolsos más bajos por cosas como consultas médicas periódicas y medicamentos recetados.

## PREGUNTA 4:

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

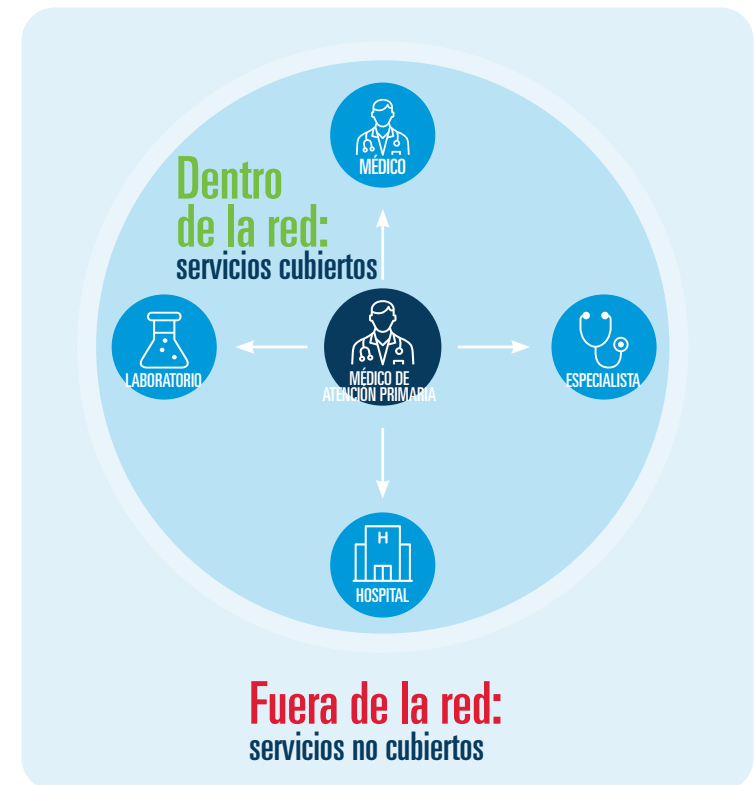
Antes de elegir un plan, usted querrá verificar si sus médicos están incluidos en la red del plan. Una *red del plan* es un conjunto de médicos que aceptan ofrecer cuidados a los miembros de ese plan. Estos médicos son lo que usted llama *proveedores dentro de la red*.

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?

Su elección de redes se basa en el condado en el que vive: Condado de Maricopa, condado de Pima o todos los demás condados de Arizona. Todos nuestros planes HMO cubren servicios recibidos de proveedores dentro de la red. Ellos no cubrirán los servicios que reciba de proveedores fuera de la red, excepto en emergencias y situaciones raras que hayamos aprobado previamente. Por lo tanto, si visita a un médico u hospital que no está dentro de la red, podría terminar pagando el costo total por esos servicios.

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](http://azblue.com/findadoctor). O bien, puede llamarnos al **1-855-329-2583**.



## Planes y redes por condado

Vea cuáles de nuestros planes y redes de salud están disponibles en su condado.

Nombre del plan	Condado de Maricopa	Condado de Pima	Todos los otros Condados de Arizona
	Red MaricopaFocus	Red PimaFocus	Red Neighborhood
Blue EverydayHealth Gold	✓	✓	✓
Blue EverydayHealth Silver	✓	✓	✓
Blue EverydayHealth Bronze	✓	✓	✓
Blue TrueHealth Silver	✓	✓	✓
Blue AdvanceHealth Silver	✓	✓	NUEVO ✓
<b>NUEVO</b> Blue AdvanceHealth Bronze	✓	✓	✓
Blue Portfolio HSA 5000	NUEVO ✓	✓	✓
Blue SimpleHealth Catastrophic	✓	✓	✓

### La red MaricopaFocus

- Más de 7,000 médicos, especialistas y hospitales en el condado de Maricopa\*
- Incluye Abrazo Health, Dignity Health y las instalaciones y los proveedores de Phoenix Children's Hospital
- Disponible para residentes del condado de Maricopa

### La red PimaFocus

- Más de 2,400 médicos, especialistas y hospitales en el condado de Pima\*
- Incluye los servicios y médicos de Carondelet Health Network y de Tucson Medical Center
- Disponible para residentes del condado de Pima

### La red Neighborhood






- Más de 20,000 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

Solo se cubre la atención de proveedores de la red asociados con su plan de salud, excepto en casos de emergencia y situaciones especiales aprobadas previamente por BCBSAZ.

# RESUMEN DE LOS PLANES DE SALUD 2021

Aquí, un vistazo rápido a los planes que ofrecemos para 2021. Los planes están disponibles en todos los condados.

**Todos los planes cubren servicios preventivos**  
(como visitas de bienestar, vacunas y medicamentos preventivos)

DESCRIPCIÓN DE LOS PLANES	BENEFICIOS DEL PLAN
 <h2>Blue EverydayHealth</h2> <p><b>Desembolsos predecibles para cada presupuesto</b> EverydayHealth podría ser adecuado para usted si consulta al médico con frecuencia y toma solo medicamentos genéricos. Con varios deducibles para elegir y costos predecibles, EverydayHealth tiene un plan para adaptarse a cada familia.</p>	<p><i>Para quienes califican para recibir ayuda financiera adicional del gobierno federal:</i></p> <p><b>Deducibles desde \$1,750</b>  <b>2 visitas gratuitas a médicos de atención primaria*</b>  <b>Consultas médicas desde \$10</b>  <b>Medicamentos recetados desde \$10</b></p> <p><b>Deducibles desde \$0</b>  <b>2 visitas gratuitas a médicos de atención primaria*</b>  <b>Consultas médicas desde \$5</b>  <b>Medicamentos recetados desde \$5</b></p>
 <h2>Blue TrueHealth</h2> <p><b>Para quienes necesitan cuidado especializado o medicamentos de marca</b> Si tiene una afección médica permanente, TrueHealth le facilita planificar sus costos de cuidado de salud. Con \$0 por visitas al médico de atención primaria y copagos fijos para médicos especialistas y ciertos medicamentos de marca, TrueHealth elimina las dificultades para estar saludable.</p>	<p><i>Para quienes califican para recibir ayuda financiera adicional del gobierno federal:</i></p> <p><b>Deducible: \$6,000</b>  <b>Visitas ilimitadas gratis al médico de atención primaria*</b>  <b>Consultas médicas desde \$0</b>  <b>Medicamentos recetados desde \$10</b></p> <p><b>Deducibles desde \$550</b>  <b>Visitas ilimitadas gratis al médico de atención primaria*</b>  <b>Consultas médicas desde \$0</b>  <b>Medicamentos recetados desde \$0</b></p>
 <h2>Blue AdvanceHealth</h2> <p><b>Una cobertura tranquila</b> AdvanceHealth está a su disposición cuando la necesite. Con medicamentos genéricos de bajo costo y consultas médicas en línea, AdvanceHealth lo ayuda a mantenerse saludable, incluso ante lo inesperado.</p>	<p><i>Para quienes califican para recibir ayuda financiera adicional del gobierno federal:</i></p> <p><b>Deducible: \$7,750</b>  <b>4 visitas gratis al médico de atención primaria*</b>  <b>Consultas médicas desde \$10</b>  <b>Medicamentos recetados desde \$5</b></p> <p><b>Deducibles desde \$700</b>  <b>4 visitas gratis al médico de atención primaria*</b>  <b>Consultas médicas desde \$5</b>  <b>Medicamentos recetados desde \$0</b></p>
 <h2>Blue Portfolio</h2> <p><b>Para el planificador de salud</b> Portfolio puede combinarse con una cuenta de ahorros médicos (HSA) para ayudarlo a planificar sus costos de cuidado de salud. Ya sea que se esté preparando para una cirugía próxima o esté ahorrando para el futuro, una HSA le permite pagar la atención de la salud usando dólares antes de impuestos. Portfolio te da más control.</p>	<p><b>Deducible: \$6,900</b>  <b>Coseguro:</b> Cumpla con su deducible y luego no pague nada por todos los servicios cubiertos  <b>Elegible para una cuenta de ahorros médicos</b></p>
 <h2>Blue SimpleHealth</h2> <p><b>Para los jóvenes y saludables</b> SimpleHealth es una forma asequible de protegerlo, "por si acaso". Si tiene menos de 30 años, está sano, tiene una exención por dificultades o no es elegible para un subsidio, SimpleHealth puede ser el plan adecuado para usted.</p>	<p><b>Deducible: \$8,550</b>  <b>Coseguro:</b> Cumpla con su deducible y luego no pague nada por todos los servicios cubiertos.  <b>3 visitas gratuitas a médicos de cuidados primarios*</b></p>

*Nota: Todos los planes están sujetos a limitaciones, excepciones y requisitos de costos compartidos. Consulte la página 13 para las limitaciones y exclusiones de los beneficios.*

*\*Según su plan, hay dos o más visitas gratis al médico de atención primaria por año calendario independientemente del diagnóstico. La visita debe ser con su médico de atención primaria designado, y es posible que una visita de atención preventiva cubierta cuente para su límite, aunque la atención preventiva está siempre cubierta sin que el miembro deba pagar un costo compartido.*



# Información detallada del plan

## Opciones de plan 2021

	EverydayHealth			TrueHealth	AdvanceHealth		Portfolio HSA	SimpleHealth
	ORO	SILVER	BRONZE	PLATA	PLATA	BRONCE	BRONCE	SITUACIÓN CATASTRÓFICA
<b>Deducible</b>	\$1,750	\$4,000	\$7,000	\$6,000	\$7,750	\$8,550	\$6,900	\$8,550
<b>Coseguro (Plan/Miembro)</b>	70%/30%	60%/40%	50%/50%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%
<b>Desembolso máximo</b>	\$6,750	\$8,550	\$8,550	\$8,550	\$7,750	\$8,550	\$6,900	\$8,550
<b>Consulta al médico de cuidados primarios (PCP)</b>	\$0 por las primeras 2 visitas, luego \$15	\$0 por las primeras 2 visitas, luego \$15	\$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	Deducible	\$0 por las primeras 3 visitas, luego deducible
<b>Consulta con un especialista</b>	\$50	\$75	\$150	\$95	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
<b>Consultas médicas en línea*</b>	\$10	\$10	\$10	\$10	\$10	\$10	Deducible	Deducible
<b>Consulta de asesoramiento en línea*</b>	\$10	\$10	\$10	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
<b>Consulta de psiquiatría en línea*</b>	\$10	\$10	\$10	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
<b>Consulta de atención de urgencia</b>	\$60	\$60	\$75	\$100	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
<b>Visita a la sala de emergencias</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
<b>Pruebas de laboratorio e imágenes</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
<b>Instalaciones para pacientes ambulatorios (no ASC)**</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
<b>Instalaciones para pacientes ambulatorios (no 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
<b>Cuidado para pacientes ambulatorios</b>	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
<b>Deducible para medicamentos (Niveles 2 y 3)</b>	\$400	\$600	\$800	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
<b>Medicamentos de nivel 1</b>	\$10	\$10	\$20	\$10	\$5	\$20	Deducible	Deducible
<b>Medicamentos de nivel 2</b>	\$60 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
<b>Medicamentos de nivel 3</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
<b>Medicamento 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

# Información detallada del plan

## Opciones del plan de reducción de costos compartidos Cost-Share Reduction (CSR) 2021

	Categoría de elegibilidad								
	SILVER 73AV PLAN 4			SILVER 87AV PLAN 5			SILVER 94AV PLAN 6		
	COSTOS COMPARTIDOS al 73% PLANES REDUCIDOS Planes disponibles para miembros con ingresos familiares entre el 200% y el 250% del índice federal de pobreza.			COSTOS COMPARTIDOS al 87% PLANES REDUCIDOS Planes disponibles para miembros con ingresos familiares entre el 150% y el 200% del índice federal de pobreza.			COSTOS COMPARTIDOS al 94% PLANES REDUCIDOS Planes disponibles para miembros con ingresos familiares entre el 138% y el 150% del índice federal de pobreza.		
	EverydayHealth CSR			TrueHealth CSR			AdvanceHealth CSR		
	PLATA 4	PLATA 5	PLATA 6	PLATA 4	PLATA 5	PLATA 6	PLATA 4	PLATA 5	PLATA 6
<b>Deducible</b>	\$3,500	\$0	\$0	\$4,850	\$1,950	\$550	\$5,500	\$2,000	\$700
<b>Coseguro (Plan/Miembro)</b>	60%/40%	60%/40%	80%/20%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%
<b>Desembolso máximo</b>	\$6,800	\$2,850	\$1,750	\$6,800	\$2,500	\$600	\$5,500	\$2,000	\$700
<b>Consulta al médico de cuidados primarios (PCP)</b>	\$0 por las primeras 2 visitas, luego \$10	\$0 por las primeras 2 visitas, luego \$10	\$0 por las primeras 2 visitas, luego \$5	\$0	\$0	\$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
<b>Consulta con un especialista</b>	\$60	\$30	\$10	\$65	\$5	\$2	Deducible	Deducible	Deducible
<b>Consultas médicas en línea*</b>	\$5	\$5	\$5	\$0	\$0	\$0	\$5	\$5	\$5
<b>Consulta de asesoramiento en línea*</b>	\$5	\$5	\$5	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
<b>Consulta de psiquiatría en línea*</b>	\$5	\$5	\$5	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
<b>Consulta de atención de urgencia</b>	\$60	\$40	\$20	\$75	\$10	\$10	Deducible	Deducible	Deducible
<b>Visita a la sala de emergencias</b>	Coseguro/deducible	Coseguro	Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
<b>Pruebas de laboratorio e imágenes</b>	Coseguro/deducible	Coseguro	Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>	Coseguro/deducible	Coseguro	Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
<b>Instalaciones para pacientes ambulatorios (no ASC)**</b>	Coseguro/deducible	Coseguro	Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
<b>Instalaciones para pacientes ambulatorios (no 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
<b>Cuidado para pacientes ambulatorios</b>	Coseguro/deducible	Coseguro	Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible
<b>Deducible para medicamentos (Niveles 2 y 3)</b>	\$400	\$250	\$50	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
<b>Medicamentos de nivel 1</b>	\$10	\$5	\$5	\$5	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Medicamentos de nivel 2</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
<b>Medicamentos de nivel 3</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
<b>Medicamento de especialidad</b>	Coseguro de 50% (no se aplica el deducible)	Coseguro del 50%	Coseguro del 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

\*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.

# 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 los montos que se acumulan para los deducibles y los límites de desembolso se calculan usando la cantidad permitida de BCBSAZ. La cantidad permitida es el monto 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.

## Proveedores, reclamaciones y desembolsos

Todos los profesionales de cuidado de salud 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.

## Médico de cuidados primarios

Su plan de salud le proporciona un médico de cuidados primarios designado como su médico principal y punto central de cuidados. 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 el monto total de su factura. Puede cambiar su médico de atención primaria 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).

## Servicios de especialista

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.

## Servicios 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.

## Precertificación

Algunos servicios y medicamentos requieren aprobación previa, también conocida como *precertificación*. Excepto en casos de emergencia, el cuidado de urgencia y las admisiones de maternidad, siempre se requiere una precertificación para las hospitalizaciones (cuidado para enfermos agudos, centro para el tratamiento residencial de la salud conductual, cuidado a largo plazo para enfermos agudos, rehabilitación activa extendida y centros de enfermería especializada), los servicios de cuidado de 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 precertificaciones de medicamentos, llame al 1-844-807-5106 o al 1-800-232-2345 y luego ingrese la extensión 4723. Para precertificados de servicios médicos, en todo el estado, llame al 1-800-232-2345.

## 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.

## Plan de salud calificado

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.

### \*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. LOS FOLLETOS DE LOS PLANES DE BENEFICIOS Y LOS RESÚMENES DE BENEFICIOS Y COBERTURA ESTÁN DISPONIBLES A PEDIDO Y EN [AZBLUE.COM/2019INDBOOKS](http://AZBLUE.COM/2019INDBOOKS). SI LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE RESUMEN DIFIEREN DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LOS FOLLETOS DE LOS PLANES DE BENEFICIOS, PREVALECERÁN Y REGIRÁN 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
- 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/reparación 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 dps 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 2021 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.

## Servicios de Tipo I cubiertos: servicios de diagnóstico y preventivos

<b>Exámenes bucales</b>	Dos por año <sup>1</sup> 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 período de cinco años
<b>Radiografías panorámicas</b>	Una serie por 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 período de tres años.
<b>Espaciadores</b>	Aparatos temporales para reemplazar dientes caídos prematuramente hasta que el diente permanente salga

## Servicios cubiertos Tipo II y III: Restaurativos Todas las reclamaciones están sujetas a procesamiento en función del tratamiento disponible menos costoso (Least Expensive Available Treatment, LEAT)<sup>2</sup>

<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 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 para servicios dentales de BCBSAZ <sup>3</sup>
<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 período de tres años
<b>Implantes</b>	Cobertura limitada según los criterios de cobertura dental de BCBSAZ <sup>3</sup>

## Servicios cubiertos de Tipo IV: Ortodoncia Ortodoncia cosmética no cubierta

<b>Ortodoncia (necesaria desde un punto de vista dental)</b>	Cobertura limitada según los criterios de cobertura dental de BCBSAZ <sup>3</sup>
--	---

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).

<sup>1</sup> Todos los beneficios "por año" se refieren a un año calendario.

<sup>2</sup> 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 desembolso máximo.

<sup>3</sup> 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 del servicio dental 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'éeego bína'ídííkidgo éí doodago Háida bíjá anilyeedígíí t'áadoo le'é yína'ídííkidgo beehaz'áanii hólo díí t'áá hazaadk'ehjí háká a'doowołgo bee haz'ą doo baąh ílínígóó. Ata' halne'ígíí kojį' bich'į' 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。

**Vietnamese:** Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Blue Cross Blue Shield of Arizona quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 877-475-4799.

**Arabic:**

إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Blue Cross Blue Shield of Arizona، فليك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 877-475-4799.

**Tagalog:** Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, 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.

**Korean:** 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Blue Cross Blue Shield of Arizona 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 877-475-4799 로 전화하십시오.

**French:** Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Blue Cross Blue Shield of Arizona, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 877-475-4799.

**German:** Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Blue Cross Blue Shield of Arizona haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 877-475-4799 an.

**Russian:** Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Blue Cross Blue Shield of Arizona, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 877-475-4799.

**Japanese:** ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Blue Cross Blue Shield of Arizona についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、877-475-4799 までお電話ください。

**Farsi:**

اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید، سوال در مورد Blue Cross Blue Shield of Arizona، داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. [877-475-4799 تماس حاصل نمایید.

**Assyrian:**

ئێه، یا کێسێ که شێما به او کۆمک مێکینێد، سوآل در مورد Blue Cross Blue Shield of Arizona، داشته باشیید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. [877-475-4799 تماس حاصل نمایید.

**Serbo-Croatian:** Ukoliko Vi ili neko kome Vi pomažete ima pitanje o Blue Cross Blue Shield of Arizona, imate pravo da besplatno dobijete pomoć i informacije na Vašem jeziku. Da biste razgovarali sa prevodiocem, nazovite 877-475-4799.

**Thai:** หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือถามคำถามเกี่ยวกับ Blue Cross Blue Shield of Arizona คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษา ของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดยกบลาม โทร 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  
desea más información, visite

**azblue.com/plans**  
o llámenos al **1-855-329-2583**.

Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de  
8:00 a.m. a 4:30 p.m., horario de Arizona.  
También puede llamar a su corredor si tiene alguna pregunta.



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

SÍGANOS EN

