

**Blue makes it easy
to find the right plan.**



2023
AFFORDABLE CARE ACT
HEALTH PLANS



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Helpful Resources When Shopping

Shop for or compare plans: [azblue.com/plans](https://www.azblue.com/plans)

Prescription drugs: [azblue.com/pharmacy](https://www.azblue.com/pharmacy)

Find a doctor:

MaricopaFocus Network: [azblue.com/MaricopaFocus](https://www.azblue.com/MaricopaFocus)

PimaFocus Network: [azblue.com/PimaFocus](https://www.azblue.com/PimaFocus)

Neighborhood Network: [azblue.com/Neighborhood](https://www.azblue.com/Neighborhood)

Statewide PPO Network: [azblue.com/PPO](https://www.azblue.com/PPO)

Let's connect:

Follow us for health tips and updates on Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) news.

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

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

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

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

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

If you have questions, call us at **1-855-329-2583**.

We're available Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m. Arizona time. You can also call your broker with any questions. During Open Enrollment (November 1 to January 15), we're available Monday through Friday, 8 a.m. to 6 p.m. Arizona time.



We Are Inspired by You

For more than 80 years, Blue Cross Blue Shield of Arizona has been committed to helping Arizonans get healthier faster, and stay healthier longer. Today, we offer health insurance and related products to over 1.9 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 Our Affordable Care Act (ACA) plans offer you and your family



\$0 primary care provider (PCP) visits**— See your doctor with no copay.



\$0-\$3 generic drugs—Including drugs for diabetes, heart conditions, and mental health.



\$0 preventive care services—Includes screenings, wellness checks, flu shots and other immunizations, and more.



\$0 or low-cost online doctor visits***—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.



\$0 Nurse On Call—Talk with a registered nurse anytime, day or night, at no cost; English- and Spanish-speaking nurses are available.



MyBlueSM 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[®], including vision services, wearable fitness devices, and more.



Earn up to \$100 in rewards for preventive care—You can earn rewards for taking healthy actions like getting your annual wellness checkup. Regular health exams and screenings can help you catch health issues early.

*Source: Blue Cross Blue Shield of Arizona. **Applies to two or more visits (depending on your plan) in a calendar year. HMO plans must be with your designated PCP or with a designated PCP referral. PPO plans allow you to see any in-network doctor. \$0/free visits are not available for Portfolio plans. ***Free BlueCare AnywhereSM 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.

Plans to Fit Your Health and Budget

HMO Plans

HMO plans are lower cost with exclusive provider networks in your area.

- Plans cover services received from in-network providers.
- Emergency room services and emergency medical transportation are covered out of network.
- If you go to a doctor or hospital that is not in network, you could end up paying the full cost of those services.
- Members are assigned a designated primary care provider (PCP). You can change your PCP up to six times a year.
- A referral from your PCP is required for most specialists.

PPO Plans

PPO plans give you choice of doctors with no specialist referrals and the largest provider network in Arizona.

- You can go to any doctor or specialist without a referral.
- If you choose out-of-network providers, facilities, or other healthcare professionals, you will pay more than staying in network.
- You don't need to select a PCP, but we do recommend that you establish a relationship with one primary, in-network doctor whom you see regularly.
- Our PPO plans offer access to care both in Arizona and out of state through the BlueCard® program.

Your primary care provider helps in many ways:

- Looks out for your overall health by providing preventive care, including 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

ACA HEALTH PLANS COVER THESE 10 ESSENTIAL HEALTH BENEFITS:

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



Healthcare is personal, so we make it easy to find the right plan for you.



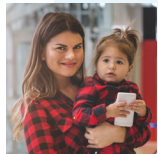
PPO For Those Wanting Choice of Doctors

For those looking for maximum freedom and choice. This is the right plan if you want to choose your providers. Specialist referrals are not needed and you get access to the largest provider network in Arizona and across the United States.* Out-of-network care is covered inside and outside of Arizona.



AdvanceHealth HMO For Peace-of-Mind Coverage

For those in good health who don't see a doctor that often and want predictable low-cost care and prescriptions. This plan gives you peace of mind that you have coverage when you need it, even when the unexpected happens. Includes online doctor visits and a low monthly premium.



EverydayHealth HMO Predictable Out-of-Pocket Costs for Every Budget

For people, especially for those with a family, seeking predictable out-of-pocket costs. You visit the doctor often and take only generic prescription drugs. Get easy access, balancing monthly premium with fixed copays and doctor/Rx costs. Several deductibles to choose from.



TrueHealth HMO For Those Who Need Specialist Care or Brand-Name Drugs

For those with complex health conditions who are looking to take the hassle out of being healthy. You and your family see the doctor often. This plan has \$0 primary care provider (PCP) visits and fixed copays for specialist doctors and certain brand-name drugs.



Portfolio HSA HMO & PPO For the Health Planner

For those who are health planners, building a nest egg, or are looking for more control over their health savings. Can be paired with a health savings account (HSA) to plan for healthcare costs. A great plan if you rarely get sick but want to be prepared with financial protection. This plan is also a good fit if you have ongoing health conditions and want to manage health expenses using an HSA.



Standardized HMO & PPO Fixed Costs for Most Health Needs, Plus Mental and Behavioral Health

For those, especially with mental health concerns or children with special needs, seeking fixed costs for many healthcare services. You visit the doctor often, may take prescription drugs, and see specialists frequently for a condition or disability that needs therapy and mental or behavioral health support.

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 fits your budget and overall health needs.

QUESTION #1:

Do I qualify for financial help from the government?

Most likely yes. Subsidies are given to individuals and families based on their household income and family size. All Blue Individual ACA plans qualify for subsidies.

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 who make less than 250% federal poverty level (FPL).

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 qualify for a subsidy
1	\$18,754 to \$20,385	\$20,386 to \$54,360	\$54,361 and above
2	\$25,268 to \$27,465	\$27,466 to \$73,240	\$73,241 and above
3	\$31,781 to \$34,545	\$34,546 to \$92,120	\$92,121 and above
4	\$38,295 to \$41,625	\$41,626 to \$111,000	\$111,001 and above
5	\$44,809 to \$48,705	\$48,706 to \$129,880	\$129,881 and above
6	\$51,322 to \$55,785	\$55,786 to \$148,760	\$148,761 and above

Source: U.S. Department of Health and Human Services Federal Poverty Level (FPL) Guidelines for 2022



You can apply for subsidies at 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**.

QUESTION #2:

What are my healthcare needs?

QUESTIONS TO THINK ABOUT	HELPS YOU FIGURE OUT
How often do you visit a doctor?	<ul style="list-style-type: none">• Do you only go for routine services (like yearly checkups or wellness visits) or an occasional illness?• Or, do you have a condition that needs the care of a specialist?
Who do you need to cover?	<ul style="list-style-type: none">• Do you need a plan for just you?• Or, do you need to cover other people in your family? <p>Separate plans may save you money if your health needs are different.</p>
Do you take any prescription drugs regularly?	<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">1) Make sure your drugs are covered, and2) Find out how much they will cost. <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>
Do you expect to have any major healthcare needs?	<ul style="list-style-type: none">• Are you pregnant or planning to get pregnant?• Do you expect to have surgery?• Are there other healthcare needs you need to discuss with your doctor? <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>
Do you need coverage out of state?	<ul style="list-style-type: none">• Do you travel and need medical coverage in another state?• Do you have college students on your policy that need coverage in another state?

All plans cover preventive services, so things like **wellness visits, vaccinations, and preventive medications are \$0.**

QUESTION #3:

What are Metal Levels and what's right for me?

Health plans are listed in categories called Metal Levels. Blue offers Bronze, Silver, and Gold levels of coverage. The different levels are determined by the amount the health plan pays toward medical costs, on average.

Why is this important? When looking for a plan, you want to look at the premium, but also your overall annual out-of-pocket cost. To find out which metal level and plan is the most affordable for your annual out-of-pocket costs, visit azblue.com/plans.

How you and Blue split costs

Plan Category	Blue Pays	You Pay
Bronze	60%	40%
Silver	70%	30%
Gold	80%	20%

Which Metal Level is right for you?

BRONZE
60%

PREMIUM
\$

DEDUCTIBLE
\$\$\$\$

OUT-OF-POCKET MAXIMUM
\$\$\$\$

Bronze

- **Lowest** monthly premium
- **Highest** costs when you need care
- **Good choice if:** You want a low-cost way to protect yourself from worst-case medical scenarios, like serious sickness or injury. Your monthly premium will be low, but you'll have to pay for most routine care yourself.

SILVER
70%

PREMIUM
\$\$

DEDUCTIBLE
\$\$\$

OUT-OF-POCKET MAXIMUM
\$\$\$

Silver

- **Moderate** monthly premium
- **Moderate** costs when you need care
- **Good choice if:** You're willing to pay a slightly higher monthly premium than Bronze to have more of your routine care covered, or if you qualify for "extra savings."

If you qualify for cost-sharing reductions: You **must** pick a Silver plan to get the extra savings. You can save hundreds or even thousands of dollars per year if you go to the doctor a lot.

GOLD
80%

PREMIUM
\$\$\$

DEDUCTIBLE
\$\$

OUT-OF-POCKET MAXIMUM
\$\$

Gold

- **Highest** monthly premium
- **Lowest** costs when you need care
- **Good choice if:** You're willing to pay more each month to have more costs covered when you get medical treatment. If you use a lot of care, a Gold plan could be a good value.

QUESTION #4:

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: EverydayHealth HMO Silver

Estimated monthly premium

\$433.51

Deductible

\$4,750

Individual total

Out-of-pocket maximum

\$8,700

Individual total

Copayments/Coinsurance

Primary doctor: **\$0** for first 2 visits, then **\$20**

Specialist doctor: **\$75**

Generic drugs: **\$3** Tier 1a, **\$15** Tier 1b

EXAMPLE: EverydayHealth HMO CSR Silver 5

Estimated monthly premium

\$133.35

Your monthly payment to keep your plan active.

Deductible

\$0

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

\$3,000

Individual total

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

Copayments/Coinsurance

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

Specialist doctor: **\$40**

Generic drugs: **\$0**

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 rates are 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 #5:

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?

HMO Plans

What's important to know is if you go to a doctor or hospital that is not in network, you could end up paying the full cost of those services. Out-of-network coverage may be limited, and may not be covered at all, except in emergencies and rare situations that we have preapproved. All our HMO plans typically have lower premiums than PPO plans and cover services received from in-network providers.

PPO Plans

These plans offer the freedom and choice of doctors with the largest provider network in Arizona. Go to any doctor or specialist without a referral. You can choose doctors and hospitals in network or out of network as well as out of state. If you choose providers out of network you will pay more than in network.



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**.

QUESTION #6:

When can I enroll?

You've found your health plan. Here's when you can enroll:

1. During Open Enrollment (OE)

November 1 to January 15. This is the period each year when you can enroll in a health plan or change to a different plan.

2. Special Enrollment Period

If you need health insurance outside of the dates of Open Enrollment, you will need to have a Qualifying Life Event. In most cases, your special enrollment period will be the 60 days following certain life events. In some cases, you may even be able to apply 60 days before the qualifying life event.

Qualifying Life Events include:



Losing your job



Moving to a new state



Getting married



Aging off your parent's plan



Having a baby



Newly eligible for financial help

Go to [azblue.com/plans](https://www.azblue.com/plans) to shop and enroll.



Plans & Networks by County

We offer HMO and PPO ACA health plans in all 15 Arizona counties.

Network	Plans
Statewide PPO	<ul style="list-style-type: none"> • PPO (Gold, Silver) • Portfolio HSA PPO NEW (Gold) • Standardized PPO NEW (Gold, Silver)
MaricopaFocus HMO (Maricopa County only)	<ul style="list-style-type: none"> • EverydayHealth HMO (Gold, Silver, Bronze) • TrueHealth HMO (Silver) • AdvanceHealth HMO (Gold, Silver, Bronze) • Portfolio HSA HMO (Bronze) • Standardized HMO NEW (Gold, Silver, Bronze)
PimaFocus HMO (Pima County only)	
Neighborhood HMO (all other counties)	



Plans & Networks by County

Statewide PPO Network

- Covers 96% of all doctors in Arizona
- Broad statewide local network with out-of-network coverage
- Only available for residents who live in Arizona
- Covers 98% of all hospitals including Dignity Health, Banner Health, HonorHealth, Tucson Medical, Northwest Medical, and more
- Includes BlueCard, our national provider network with coverage in every U.S. ZIP code

MaricopaFocus HMO Network

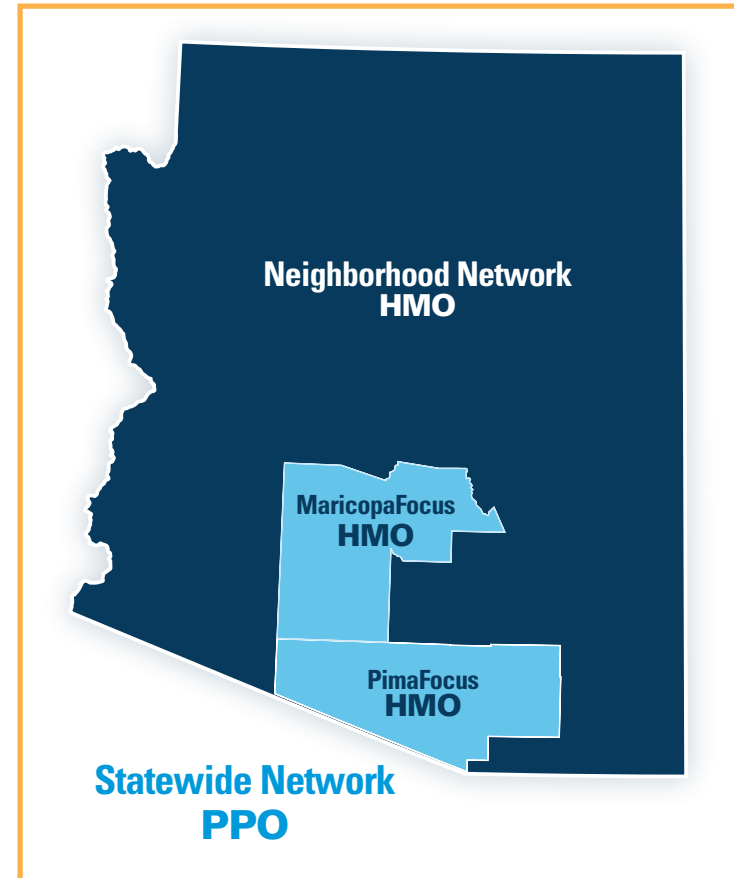
- Over 9,300 doctors, specialists, and hospitals in Maricopa County*
- Includes Abrazo Health, Dignity Health, and Phoenix Children's Hospital facilities and physicians
- Available to residents of Maricopa County

PimaFocus HMO Network

- Over 4,600 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 HMO Network

- Over 27,000 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



For HMO plans, only care from network providers are covered, except for emergencies and special situations preapproved by BCBSAZ.

*Source: BCBSAZ internal data 2022

Detailed Plan Information: 2023 Plan Options

	EverydayHealth HMO			TrueHealth HMO	AdvanceHealth HMO			Portfolio HSA HMO	PPO		Portfolio HSA PPO NEW
	GOLD	SILVER	BRONZE	SILVER	GOLD	SILVER	BRONZE	BRONZE	GOLD	SILVER	GOLD
Deductible	\$2,000	\$4,750	\$7,500	\$6,750	\$4,375	\$6,900	\$8,700	\$7,000	\$1,250	\$4,100	\$1,500
Coinsurance (Plan/Member)	70%/30%	60%/40%	50%/50%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	80%/20%	80%/20%	70%/30%
Out-of-Pocket Maximum	\$7,250	\$8,700	\$9,100	\$8,700	\$4,375	\$6,900	\$8,700	\$7,000	\$9,100	\$9,100	\$5,000
Specialist Referral Required	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	No
Primary Care Provider (PCP) Visit	\$0 for first 2 visits, then \$15	\$0 for first 2 visits, then \$20	\$0 for first 2 visits, then \$40	Unlimited \$0 visits	\$0 for first 4 visits, then deductible	\$0 for first 4 visits, then deductible	\$0 for first 4 visits, then deductible	Deductible	\$0 for first 2 visits, then \$5	\$0 for first 2 visits, then \$15	30% after deductible
Specialist Visit	\$50	\$75	\$150	\$95	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	\$25	\$75	30% after deductible
Online Medical Doctor Visit*	\$10	\$10	\$10	\$10	\$10	\$10	\$10	Deductible	\$10	\$10	30% after deductible
Online Counseling or Psychiatry Visit*	\$10	\$10	\$10	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	\$10	\$10	30% after deductible
Urgent Care Visit	\$60	\$60	\$75	\$100	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	\$50	\$75	30% after deductible
Emergency Room Visit	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	20% after deductible	20% after deductible	30% after deductible
Lab Tests & Imaging	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	20% after deductible	20% after deductible	30% after deductible
Inpatient Care	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	20% after deductible	20% after deductible	30% after deductible
Outpatient Facility – Non ASC**	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	20% after deductible	20% after deductible	30% after deductible
Outpatient Facility – ASC**	Coinsurance (deductible waived)	Coinsurance (deductible waived)	Coinsurance (deductible waived)	50% coinsurance (deductible waived)	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	20% after deductible	20% after deductible	30% after deductible
Outpatient Care	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	20% after deductible	20% after deductible	30% after deductible
Drug Deductible (Tiers 2 and 3)	\$400	\$600	\$800	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	30% after deductible
Tier 1a (Generic Drugs)	\$3	\$3	\$3	\$3	\$0	\$0	\$0	N/A	\$3	\$3	30% after deductible
Tier 1b (Generic Drugs)	\$15	\$15	\$20	\$10	\$5	\$5	\$20	Deductible	\$5	\$15	30% after deductible
Tier 2 (Preferred Brand Drugs)	\$70 after prescription drug deductible	\$75 after prescription drug deductible	\$200 after prescription drug deductible	\$150	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	20% after deductible	20% after deductible	30% after deductible
Tier 3 (Non-Preferred Brand Drugs)	50% after prescription drug deductible	50% after prescription drug deductible	50% after prescription drug deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	20% after deductible	20% after deductible	30% after deductible
Specialty Drugs	50% coinsurance (deductible waived)	50% coinsurance (deductible waived)	50% coinsurance (deductible waived)	50% coinsurance (deductible waived)	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	20% after deductible	20% after deductible	30% after deductible

14 *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. See page 19 for specific benefit limitations and exclusions.

Detailed Plan Information: 2023 Standardized Plan Options

	Standardized HMO NEW			Standardized PPO NEW	
	GOLD	SILVER	BRONZE	GOLD	SILVER
Deductible	\$2,000	\$5,800	\$7,500	\$2,000	\$5,800
Coinsurance (Plan/Member)	75%/25%	60%/40%	50%/50%	75%/25%	60%/40%
Out-of-Pocket Maximum	\$8,700	\$8,900	\$9,000	\$8,700	\$8,900
Specialist Referral Required	Yes	Yes	Yes	No	No
Primary Care Provider (PCP) Visit	\$30	\$40	\$50	\$30	\$40
Specialist Visit	\$60	\$80	\$100	\$60	\$80
Online Medical Doctor Visit*	\$30	\$40	\$50	\$30	\$40
Online Counseling or Psychiatry Visit*	\$30	\$40	\$50	\$30	\$40
Urgent Care Visit	\$45	\$60	\$75	\$45	\$60
Emergency Room Visit	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance
Lab Tests & Imaging	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance
Inpatient Care	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance
Outpatient Facility – Non ASC**	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance
Outpatient Facility – ASC**	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance
Outpatient Care	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance
Drug Deductible (Tiers 2 and 3)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Tier 1 (Generic Drugs)	\$15	\$20	\$25	\$15	\$20
Tier 2 (Preferred Brand Drugs)	\$30	\$40	\$50 after deductible	\$30	\$40
Tier 3 (Non-Preferred Brand Drugs)	\$60	\$80 after deductible	\$100 after deductible	\$60	\$80 after deductible
Specialty Drugs	\$250	\$350 after deductible	\$500 after deductible	\$250	\$350 after 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. See page 19 for specific benefit limitations and exclusions.

Detailed Plan Information:

2023 Cost-Share Reduction (CSR) Plan Options

	SILVER 73AV PLAN 4			SILVER 87AV PLAN 5			SILVER 94AV PLAN 6					
Eligibility Category	Plans available to members with household incomes between 200% and 250% of the federal poverty level.			Plans available to members with household incomes between 150% and 200% of the federal poverty level.			Plans available to members with household incomes between 100% and 150% of the federal poverty level.					
	EverydayHealth HMO CSR			TrueHealth HMO CSR			AdvanceHealth HMO CSR			PPO CSR		
	SILVER 4	SILVER 5	SILVER 6	SILVER 4	SILVER 5	SILVER 6	SILVER 4	SILVER 5	SILVER 6	SILVER 4	SILVER 5	SILVER 6
Deductible	\$4,500	\$0	\$0	\$5,900	\$1,900	\$525	\$5,350	\$1,750	\$525	\$3,650	\$1,150	\$250
Coinsurance (Plan/Member)	60%/40%	60%/40%	80%/20%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	80%/20%	80%/20%	80%/20%
Out-of-Pocket Maximum	\$7,250	\$3,000	\$1,025	\$6,800	\$2,200	\$575	\$5,350	\$1,750	\$525	\$7,250	\$2,500	\$750
Specialist Referral Required	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	No
Primary Care Provider (PCP) Visit	\$0 for first 2 visits, then \$20	\$0 for first 2 visits, then \$15	\$0 for first 2 visits, then \$5	Unlimited \$0 visits	Unlimited \$0 visits	Unlimited \$0 visits	\$0 for first 4 visits, then deductible	\$0 for first 4 visits, then deductible	\$0 for first 4 visits, then deductible	No charge for first 2 visits, then \$15	No charge for first 2 visits, then \$5	No charge for first 2 visits, then \$5
Specialist Visit	\$70	\$40	\$10	\$65	\$5	\$2	Deductible	Deductible	Deductible	\$75	\$25	\$10
Online Medical Doctor Visit*	\$5	\$5	\$5	\$0	\$0	\$0	\$5	\$5	\$5	\$10	\$10	\$10
Online Counseling or Psychiatry Visit*	\$5	\$5	\$5	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	\$10	\$10	\$10
Urgent Care Visit	\$60	\$40	\$20	\$75	\$10	\$10	Deductible	Deductible	Deductible	\$75	\$50	\$25
Emergency Room Visit	Coinsurance/ Deductible	Coinsurance	Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	20% after deductible	20% after deductible	20% after deductible
Lab Tests & Imaging	Coinsurance/ Deductible	Coinsurance	Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	20% after deductible	20% after deductible	20% after deductible
Inpatient Care	Coinsurance/ Deductible	Coinsurance	Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	20% after deductible	20% after deductible	20% after deductible
Outpatient Facility – Non ASC**	Coinsurance/ Deductible	Coinsurance	Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	20% after deductible	20% after deductible	20% after deductible
Outpatient Facility – ASC**	Coinsurance (deductible waived)	Coinsurance	Coinsurance	50% coinsurance (deductible waived)	50% coinsurance (deductible waived)	50% coinsurance (deductible waived)	Deductible	Deductible	Deductible	20% after deductible	20% after deductible	20% after deductible
Outpatient Care	Coinsurance/ Deductible	Coinsurance	Coinsurance	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	20% after deductible	20% after deductible	20% after deductible
Drug Deductible (Tiers 2 and 3)	\$600	\$300	\$50	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Tier 1a (Generic Drugs)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$3	\$3	\$3
Tier 1b (Generic Drugs)	\$10	\$6	\$5	\$5	\$5	\$5	\$5	\$5	\$5	\$15	\$5	\$5
Tier 2 (Preferred Brand Drugs)	\$75 after prescription drug deductible	\$75 after prescription drug deductible	\$10 after prescription drug deductible	\$150	\$35	\$15	Deductible	Deductible	Deductible	20% after deductible	20% after deductible	20% after deductible
Tier 3 (Non-Preferred Brand Drugs)	50% after prescription drug deductible	50% after prescription drug deductible	50% after prescription drug deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	20% after deductible	20% after deductible	20% after deductible
Specialty Drugs	50% coinsurance (deductible waived)	50% coinsurance	50% coinsurance	50% coinsurance (deductible waived)	50% coinsurance (deductible waived)	50% coinsurance (deductible waived)	Deductible	Deductible	Deductible	20% after deductible	20% after deductible	20% after deductible

16 *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.

Detailed Plan Information:

2023 Standardized Cost-Share Reduction (CSR) Plan Options

	SILVER 73AV PLAN 4			SILVER 87AV PLAN 5			SILVER 94AV PLAN 6				
	Eligibility Category			Plans available to members with household incomes between 200% and 250% of the federal poverty level.			Plans available to members with household incomes between 150% and 200% of the federal poverty level.			Plans available to members with household incomes between 100% and 150% of the federal poverty level.	
	Standardized HMO CSR NEW			Standardized PPO CSR NEW							
	SILVER 4	SILVER 5	SILVER 6	SILVER 4	SILVER 5	SILVER 6					
Deductible	\$5,700	\$800	\$0	\$5,700	\$800	\$0					
Coinsurance (Plan/Member)	60%/40%	70%/30%	75%/25%	60%/40%	70%/30%	75%/25%					
Out-of-Pocket Maximum	\$7,200	\$3,000	\$1,700	\$7,200	\$3,000	\$1,700					
Specialist Referral Required	Yes	Yes	Yes	No	No	No					
Primary Care Provider (PCP) Visit	\$30	\$20	\$0	\$30	\$20	\$0					
Specialist Visit	\$60	\$40	\$10	\$60	\$40	\$10					
Online Medical Doctor Visit*	\$30	\$20	\$0	\$30	\$20	\$0					
Online Counseling or Psychiatry Visit*	\$30	\$20	\$0	\$30	\$20	\$0					
Urgent Care Visit	\$45	\$30	\$5	\$45	\$30	\$5					
Emergency Room Visit	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance					
Lab Tests & Imaging	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance					
Inpatient Care	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance					
Outpatient Facility – Non ASC**	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance					
Outpatient Facility – ASC**	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance					
Outpatient Care	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance					
Drug Deductible (Tiers 2 and 3)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					
Tier 1a (Generic Drugs)	\$20	\$10	\$0	\$20	\$10	\$0					
Tier 1b (Generic Drugs)	\$20	\$10	\$0	\$20	\$10	\$0					
Tier 2 (Preferred Brand Drugs)	\$40	\$20	\$15	\$40	\$20	\$15					
Tier 3 (Non-Preferred Brand Drugs)	\$80 after deductible	\$60 after deductible	\$50	\$80 after deductible	\$60 after deductible	\$50					
Specialty Drugs	\$350 after deductible	\$250 after deductible	\$150	\$350 after deductible	\$250 after deductible	\$150					

*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.

Emergency Services

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

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://www.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.

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://www.azblue.com). For medication precertifications, call **1-844-807-5106**. For local medical service precertifications, call **602-864-4320**. For out-of-state medical service precertifications, call **1-800-232-2345**.

Primary Care Provider (HMO plans)

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://www.azblue.com/member), and then click "Manage My PCP." Referrals and designated PCP only applies to HMO plans.

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.

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.

Specialist Services (HMO plans)

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.

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/2023INDBOOKS](https://www.azblue.com/2023INDBOOKS). 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. Only applies to HMO plans.
- 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



Pediatric Dental

All BCBSAZ 2023 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.

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

Dental benefits are available through dental providers participating in the BlueDentalSM network. A listing of providers in the BlueDental network can be found at azblue.com.

*All "per year" benefits mean per calendar year.

**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.

***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

Multi-language Interpreter Services

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 nííínígíí Blue Cross Blue Shield of Arizona haada yit'éeego bína'ídíítkidgo éí doodago Háida bíjá anilyeedígíí t'áadoo le'é yína'ídíítkidgo beehaz'áanii hółq díí t'áá hazaadk'ehjí háká a'doowołgo bee haz'ą doo baqah ílínígóó. Ata' halne'ígíí kojí' bich'í' hodíílnih 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) 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 5 p.m. Arizona time.
You can also call your broker with any questions. During Open Enrollment
(November 1 to January 15), we're available Monday through Friday,
8 a.m. to 6 p.m. Arizona time.



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

FOLLOW US



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://www.azblue.com/plans)

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

Buscar un médico:

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

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

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

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

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

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

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

 [TikTok.com/@BCBSAZ](https://www.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 MyBlueSM: 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.



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 AnywhereSM 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.



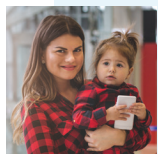
PPO Para aquellas personas que desean más opciones y libertad para elegir a sus médicos

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 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">• ¿Va solo por servicios de rutina (como chequeos anuales o visitas de bienestar) o una enfermedad ocasional?• ¿O tiene una afección que necesita la atención de un especialista?
¿A quién necesita brindar cobertura?	<ul style="list-style-type: none">• ¿Necesita un plan solo para usted?• ¿O necesita cobertura para otras personas de su familia? <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">1) asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos, y2) averiguar cuánto costarán. <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">• ¿Está embarazada o planea quedar embarazada?• ¿Espera someterse a una cirugía?• ¿Existen otras necesidades de atención médica que deba analizar con su médico? <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">• ¿Suele viajar y necesita cobertura médica en otro estado?• ¿Tiene estudiantes universitarios en su póliza que necesiten cobertura en otro estado?

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.

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



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

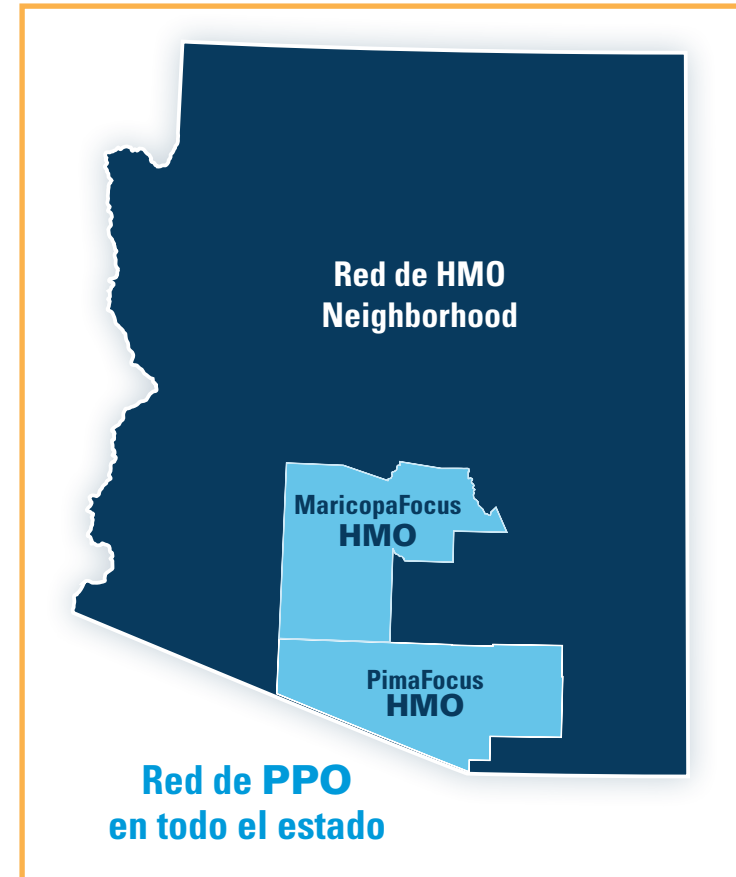
- Más de 9,300 médicos, especialistas y hospitales en el condado de Maricopa*
- Incluye Abrazo Health, Dignity Health y las instalaciones, y los médicos de Phoenix Children's Hospital
- Disponible para residentes del condado de Maricopa

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 NUEVO
	ORO	PLATA	BRONCE	PLATA	ORO	PLATA	BRONCE	BRONCE	ORO	PLATA	ORO
Deducible	\$2,000	\$4,750	\$7,500	\$6,750	\$4,375	\$6,900	\$8,700	\$7,000	\$1,250	\$4,100	\$1,500
Coseguro (Plan/Miembro)	70%/30%	60%/40%	50%/50%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	80%/20%	80%/20%	70%/30%
Costos de su bolsillo máximos	\$7,250	\$8,700	\$9,100	\$8,700	\$4,375	\$6,900	\$8,700	\$7,000	\$9,100	\$9,100	\$5,000
Requiere derivación a un especialista	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No
Consulta al médico de atención primaria (PCP)	\$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
Consulta con un especialista	\$50	\$75	\$150	\$95	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	\$25	\$75	30% después del deducible
Consultas médicas en línea*	\$10	\$10	\$10	\$10	\$10	\$10	\$10	Deducible	\$10	\$10	30% después del deducible
Consulta de psiquiatría o asesoramiento en línea*	\$10	\$10	\$10	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	\$10	\$10	30% después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$60	\$60	\$75	\$100	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	\$50	\$75	30% después del deducible
Visita a la sala de emergencias	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
Pruebas de laboratorio e imágenes	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
Atención para pacientes hospitalizados	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
Instalaciones para pacientes ambulatorios: no ASC**	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
Instalaciones para pacientes ambulatorios: ASC**	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
Cuidado para pacientes ambulatorios	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
Deducible para medicamentos (Niveles 2 y 3)	\$400	\$600	\$800	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	30% después del deducible
Nivel 1a (medicamentos genéricos)	\$3	\$3	\$3	\$3	\$0	\$0	\$0	N/C	\$3	\$3	30% después del deducible
Nivel 1b (medicamentos genéricos)	\$15	\$15	\$20	\$10	\$5	\$5	\$20	Deducible	\$5	\$15	30% después del deducible
Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos)	\$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
Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	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
Medicamentos de especialidad	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 NUEVO			Standardized PPO NUEVO	
	ORO	PLATA	BRONCE	ORO	PLATA
Deducible	\$2,000	\$5,800	\$7,500	\$2,000	\$5,800
Coseguro (Plan/Miembro)	75%/25%	60%/40%	50%/50%	75%/25%	60%/40%
Costos de su bolsillo máximos	\$8,700	\$8,900	\$9,000	\$8,700	\$8,900
Requiere derivación a un especialista	Sí	Sí	Sí	No	No
Consulta al médico de atención primaria (PCP)	\$30	\$40	\$50	\$30	\$40
Consulta con un especialista	\$60	\$80	\$100	\$60	\$80
Consultas médicas en línea*	\$30	\$40	\$50	\$30	\$40
Consulta de psiquiatría o asesoramiento en línea*	\$30	\$40	\$50	\$30	\$40
Consulta de atención de urgencia	\$45	\$60	\$75	\$45	\$60
Visita a la sala de emergencias	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro
Pruebas de laboratorio e imágenes	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro
Atención para pacientes hospitalizados	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro
Instalaciones para pacientes ambulatorios: no ASC**	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro
Instalaciones para pacientes ambulatorios: ASC**	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro
Cuidado para pacientes ambulatorios	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro	Deducible/Coseguro
Deducible para medicamentos (Niveles 2 y 3)	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
Nivel 1 (medicamentos genéricos)	\$15	\$20	\$25	\$15	\$20
Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos)	\$30	\$40	\$50 después del deducible	\$30	\$40
Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	\$60	\$80 después del deducible	\$100 después del deducible	\$60	\$80 después del deducible
Medicamentos de especialidad	\$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
Deducible	\$4,500	\$0	\$0	\$5,900	\$1,900	\$525	\$5,350	\$1,750	\$525	\$3,650	\$1,150	\$250
Coseguro (Plan/Miembro)	60%/40%	60%/40%	80%/20%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	100%/0%	80%/20%	80%/20%	80%/20%
Costos de su bolsillo máximos	\$7,250	\$3,000	\$1,025	\$6,800	\$2,200	\$575	\$5,350	\$1,750	\$525	\$7,250	\$2,500	\$750
Requiere derivación a un especialista	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No
Consulta al médico de atención primaria (PCP)	\$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
Consulta con un especialista	\$70	\$40	\$10	\$65	\$5	\$2	Deducible	Deducible	Deducible	\$75	\$25	\$10
Consultas médicas en línea*	\$5	\$5	\$5	\$0	\$0	\$0	\$5	\$5	\$5	\$10	\$10	\$10
Consulta de psiquiatría o asesoramiento en línea*	\$5	\$5	\$5	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	\$10	\$10	\$10
Consulta de atención de urgencia	\$60	\$40	\$20	\$75	\$10	\$10	Deducible	Deducible	Deducible	\$75	\$50	\$25
Visita a la sala de emergencias	Coseguro/ deducible	Coseguro	Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Pruebas de laboratorio e imágenes	Coseguro/ deducible	Coseguro	Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Atención para pacientes hospitalizados	Coseguro/ deducible	Coseguro	Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Instalaciones para pacientes ambulatorios: no ASC**	Coseguro/ deducible	Coseguro	Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Instalaciones para pacientes ambulatorios: ASC**	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
Cuidado para pacientes ambulatorios	Coseguro/ deducible	Coseguro	Coseguro	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	Deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Deducible para medicamentos (Niveles 2 y 3)	\$600	\$300	\$50	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
Nivel 1a (medicamentos genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$3	\$3	\$3
Nivel 1b (medicamentos genéricos)	\$10	\$6	\$5	\$5	\$5	\$5	\$5	\$5	\$5	\$15	\$5	\$5
Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos)	\$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
Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	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
Medicamentos de especialidad	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
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.

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

Servicios de Tipo I cubiertos: servicios de diagnóstico y preventivos	
Exámenes bucales	Dos por año* en cualquier combinación de exámenes periódicos, limitados o integrales
Profilaxis: limpiezas	Dos por año
Radiografías	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
Radiografías de mordida	Dos series por año
Radiografías periapicales	Cubierto
Radiografías de toda la boca	Una serie por un período de cinco años
Radiografías panorámicas	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.
Fluoruro tópico	Dos tratamientos por año
Selladores	Molares permanentes sin caries o solo con restauración. Una solicitud por un período de tres años.
Espaciadores	Aparatos temporales para reemplazar dientes caídos prematuramente hasta que el diente permanente salga
Servicios cubiertos Tipo II y III: Restaurativos (Least Expensive Available Treatment, LEAT)**	
Obturaciones de restauración	Obturaciones con amalgama o resinas compuestas cubiertas
Extracciones simples y quirúrgicas	Cubierto
Periodoncia: no quirúrgica	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.
Prostodoncia: puentes y dentaduras postizas	Límite de reemplazo de cinco años
Anestesia general	Cobertura limitada según los criterios de cobertura dental de BCBSAZ***
Endodoncia: conducto radicular	Cubierto
Coronas e incrustaciones tipo "inlay" y "onlay"	Límite de reemplazo de cinco años
Periodoncia: quirúrgica	Un procedimiento por un período de tres años
Implantes	Cobertura limitada según los criterios de cobertura dental de BCBSAZ***
Servicios cubiertos de Tipo IV: Ortodoncia (Ortodoncia cosmética no cubierta)	
Ortodoncia (necesaria desde un punto de vista dental)	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 BlueDentalSM. Puede encontrar un listado de los proveedores de la red BlueDental en 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 nílnígíí 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 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

