

# 2007 Blue ADVANTAGE® Opciones al Plan

	Deducible por período de beneficios	Coseguro	Máximo de Coseguro	Beneficios de por vida	Visitas en el consultorio médico	Remedios con receta	Atención de la vista
	El deducible por período de beneficios es el monto que usted paga por ciertos servicios antes que Blue Advantage pague la porción correspondiente	Coseguro es el porcentaje del monto permitido que BCBSNC pagará por servicios cubiertos	Una vez que usted haya pagado el límite máximo de coseguro, Blue Advantage pagará el 100% de los servicios cubiertos por el resto del período de beneficios	La suma en total por afiliado que el asegurador paga por servicios cubiertos de por vida	Proveedores de atención primaria y especialistas (incluyendo cirugía, laboratorios, terapia y radiografías ejecutadas en el consultorio por el mismo doctor el mismo día)	Cobertura sin límite para remedios genéricos (el beneficio máximo para remedios de marca es de \$2,000 por persona por período de beneficio)	Examen ocular de rutina
<b>Nuestro plan más popular<sup>1</sup></b>	<b>Plan A</b> Cobertura dentro de la red <sup>2,3</sup> Opciones para el deducible: \$250, \$500, \$1,000 ó \$2,500	<b>80% ó 100%</b> (la opción del coseguro al 100% no está disponible con el deducible de \$2,500)	<b>100%</b> Planes con coseguro: \$0 <b>80%</b> Planes con coseguro: \$2,000 por individuo, \$4,000 por familia	Sin límite	<b>100%</b> después del copago de <b>\$15</b> para el proveedor de atención primaria <sup>4</sup> o un copago de <b>\$30</b> para un especialista <sup>5</sup>	<b>100%</b> después del copago de <b>\$10</b> por remedios genéricos, <b>\$35</b> por remedios de marca preferida, <b>\$50</b> por remedios de marca ó un coseguro de un <b>25%</b> por remedios de marca especializada <sup>6</sup>	<b>100%</b> después del copago de <b>\$15</b>
<b>Un plan que puede ajustarse a su presupuesto</b>	<b>Plan B</b> Cobertura dentro de la red <sup>2,3</sup> Opciones para el deducible: \$500, \$1,000, \$2,500, \$3,500 ó \$5,000	<b>70%</b>	\$3,000 por individuo, \$6,000 por familia	\$5 millones	<b>100%</b> después del copago de <b>\$25</b> para el proveedor de atención primaria <sup>4</sup> o un copago de <b>\$50</b> para un especialista <sup>5</sup>	<b>100%</b> después de cumplir con el deducible anual de \$200 por cada afiliado, después es un copago de <b>\$10</b> por remedios genéricos, <b>\$35</b> por remedios de marca preferida, <b>\$50</b> por remedios de marca ó un coseguro de un <b>25%</b> por remedios de marca especializada <sup>6</sup>	<b>No está disponible</b>
<b>Nuestro nuevo plan de bajo costo</b>	<b>Plan C</b> Cobertura dentro de la red <sup>2,3</sup> Opciones para el deducible: \$1,000, \$2,500, \$3,500 ó \$5,000	<b>50%</b>	\$3,000 por individuo, \$6,000 por familia	\$5 millones	<b>100%</b> después del copago de <b>\$30</b> para el proveedor de atención primaria <sup>4</sup> o un copago de <b>\$60</b> para un especialista <sup>5</sup>	<b>100%</b> después de cumplir con el deducible anual de \$500 por cada afiliado, después es un copago de <b>\$10</b> por remedios genéricos, <b>\$35</b> por remedios de marca preferida, <b>\$50</b> por remedios de marca ó un coseguro de un <b>25%</b> por remedios de marca especializada <sup>6</sup>	<b>No está disponible</b>
	<b>Plan A, B &amp; C</b> Cobertura fuera de la red <sup>2,3</sup> Igual que dentro de la red	<b>Plan A: 70%</b> <b>Plan B: 60%</b> <b>Plan C: 40%</b>	Cuando usa doctores fuera de la red, el coseguro máximo es el doble del coseguro máximo dentro de la red	Igual que dentro de la red	<b>70%</b> después de cumplir con el deducible por período de beneficios	Igual que dentro de la red, más los cargos que excedan el monto permitido	<b>No está disponible</b>



Comience a disfrutar los beneficios de la membresía.  
Comuníquese con su agente local para más información.

	Cuidado en el hospital		Cuidado preventivo	Centros de cuidado de urgencia	Servicios en la sala de emergencia	Centros de cirugía ambulatoria	Salud mental y toxicomanía	Otros servicios
	Servicios hospitalarios al paciente hospitalizado y paciente ambulatorio, fármacos, sangre, suministros, cuidado médico, cuidado quirúrgico, terapias, pruebas de diagnóstico, radiografías y laboratorios	Pruebas de laboratorio al paciente ambulatorio y mamografías ejecutadas sin otros servicios	Examen físico de rutina, incluyendo examen ginecológico; cuidado al niño sano y a su bebé sano (incluye evaluación periódica y vacunas)	Servicios provistos por una condición inesperada que requiere un diagnóstico pronto o tratamiento para prevenir una condición crónica, o un impedimento prolongado, o un tratamiento más grave	Servicios y equipo provistos o requeridos para evaluar o tratar una condición médica de emergencia hasta que se establezca	Un establecimiento permanente con equipo médico que no es un hospital y que tenga una licencia o certificación con el propósito principal de ejecutar procedimientos quirúrgicos ambulatorios y no provee acomodaciones hospitalarias	Beneficio máximo de \$2000 por persona por período de beneficios;  Beneficio de por vida de \$10,000 por persona;  Establecimiento hospitalario, servicios profesionales al paciente admitido y servicios profesionales al paciente ambulatorio	Equipo médico duradero, atención de salud domiciliaria, terapia de infusión domiciliaria, cuidado de hospicio, enfermera privada, servicio de ambulancia, establecimiento de enfermeras adiestradas (hasta 60 días por año), accidente dental
<b>Plan A</b> Cobertura dentro de la red <sup>2, 3</sup>	Coseguro después de cumplir con el deducible por período de beneficios	<b>100%</b> sin deducible	<b>100%</b> después del copago de <b>\$15</b> para el proveedor de atención primaria <sup>4</sup> o un copago de <b>\$30</b> para un especialista <sup>5</sup>	<b>100%</b> después del copago de <b>\$30</b>	<b>100%</b> después del copago de <b>\$150</b> <sup>8</sup> (eximido si es ingresado al hospital)	Coseguro después de cumplir con el deducible por período de beneficios	<b>50%</b> después de cumplir con el deducible por período de beneficios	Coseguro después de cumplir con el deducible por período de beneficios
<b>Plan B</b> Cobertura dentro de la red <sup>2, 3</sup>	Coseguro después de cumplir con el deducible por período de beneficios	<b>100%</b> sin deducible	<b>100%</b> después del copago de <b>\$25</b> para el proveedor de atención primaria <sup>4</sup> o un copago de <b>\$50</b> para un especialista <sup>5</sup>	<b>100%</b> después del copago de <b>\$50</b>	<b>100%</b> después del copago de <b>\$150</b> <sup>8</sup> (eximido si es ingresado al hospital)	Coseguro después de cumplir con el deducible por período de beneficios	<b>50%</b> después de cumplir con el deducible por período de beneficios	Coseguro después de cumplir con el deducible por período de beneficios
<b>Plan C</b> Cobertura dentro de la red <sup>2, 3</sup>	Coseguro después de cumplir con el deducible por período de beneficios	<b>100%</b> sin deducible	<b>100%</b> después del copago de <b>\$30</b> para el proveedor de atención primaria <sup>4</sup> o un copago de <b>\$60</b> para un especialista <sup>5</sup>	<b>100%</b> después del copago de <b>\$60</b>	<b>100%</b> after a <b>\$150</b> copay <sup>7</sup> (copay waived if admitted)	Coseguro después de cumplir con el deducible por período de beneficios	<b>50%</b> después de cumplir con el deducible por período de beneficios	Coseguro después de cumplir con el deducible por período de beneficios
<b>Plan A, B &amp; C</b> Cobertura fuera de la red <sup>2, 3</sup>	Coseguro después de cumplir con el deducible por período de beneficios	Coseguro después de cumplir con el deducible por período de beneficios	<b>No está disponible</b> <sup>7</sup>	<b>100%</b> después del copago que aplica dentro de la red	<b>100%</b> después del copago de <b>\$150</b> <sup>8</sup> (eximido si es ingresado al hospital)	Coseguro después de cumplir con el deducible por período de beneficios	<b>50%</b> después de cumplir con el deducible por período de beneficios para los planes A y B  <b>40%</b> después de cumplir con el deducible por período de beneficios para el plan C	Coseguro después de cumplir con el deducible por período de beneficios



# Limitaciones y exclusiones

Al igual que la mayoría de los planes de atención de salud, Blue Advantage tiene algunas limitaciones y exclusiones. Cuando su solicitud sea aprobada, usted recibirá un folleto de beneficios. El mismo contendrá información detallada sobre beneficios, exclusiones y limitaciones del plan.

Esta es una lista parcial de los beneficios que no son pagaderos:

- Servicios para, o relacionados con, la concepción por medios artificiales o por la reversión de la esterilización
- Tratamiento de disfunción sexual no relacionado con una enfermedad orgánica
- Tratamiento por transexualismo, cambios de sexo o modificaciones incluyendo la cirugía
- Servicios que son de naturaleza de investigación
- Servicios por complicaciones o efectos secundarios derivados de servicios, procedimientos o tratamientos excluidos
- Servicios que no son médicamente necesarios
- Atención dental excepto según se indica en su folleto de beneficios
- Servicios o gastos que están cubiertos por cualquier unidad gubernamental, excepto según lo requiera la ley Federal
- Servicios recibidos por parte de un departamento dental o médico patrocinado por un empleador
- Servicios recibidos o estadios en un hospital antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura
- Cuidado de custodia, cuidado domiciliario o curas de descanso
- Anteojos o lentes de contacto o cirugía refractiva de los ojos
- Exámenes de la visión excepto por algunos diagnósticos (sólo Planes B y C)
- Servicios para corregir miopía o males refractivos; aparatos auditivos, suministros, cubridores de tinnitus, o exámenes para aparatos auditivos
- Servicios para propósitos cosméticos
- Servicios para el cuidado de rutina del pie
- Viajes, excepto como se indica específicamente en el folleto de beneficios
- Servicios para el control o la reducción del peso, excepto para la obesidad mórbida
- Servicio de maternidad o aborto electivo, excepto como lo indica la opción de maternidad, si ésta se compra<sup>9</sup>
- Admisiones de paciente hospitalizado que son principalmente para terapia física, estudios de diagnóstico o cambio de medio ambiente
- Servicios que son suministrados por, o bajo la dirección de, aquellos que no sean doctores, hospitales, centros y proveedores profesionales; servicios con cargos en exceso del cargo acostumbrado por servicios usualmente suministrados por un médico cuando es realizado por múltiples médicos
- Servicios que son el resultado de una guerra o mientras se presta servicio militar
- Servicios por los cuales normalmente no se impone un cargo cuando no existe seguro o suministrados por un familiar inmediato
- Artículos de higiene personal, comodidad y/o conveniencia
- Consultas telefónicas; cargos por dejar de cumplir citas programadas, por el llenar algún formulario o por información médica requerida por el plan
- Servicios principalmente para propósitos educativos
- Servicios por condiciones relacionadas con la demora en el desarrollo y/o las diferencias en el aprendizaje
- Terapia de rehabilitación a largo plazo
- Servicios no listados específicamente como servicios cubiertos

Su cobertura será renovada automáticamente. Su cobertura puede ser cancelada por Blue Cross and Blue Shield of North Carolina si usted no paga la prima y por declaraciones falsas en su solicitud, entre otras razones. La cobertura para sus hijos dependientes termina a los 26 años de edad. Los afiliados recibirán notificación de cualquier cambio en su cobertura con 30 días de anticipación. Un período de espera por condiciones previas puede corresponder a su cobertura.<sup>10</sup>

Este folleto contiene solamente un resumen de beneficios. No es su póliza de seguro. Su póliza es su contrato de seguro. Si existe alguna diferencia entre este folleto y su póliza, las provisiones de dicha póliza prevean.

**Por favor tome nota:** Blue Advantage no es un Plan de salud con deducible alto (High-Deductible Health Plan, HDHP) bajo el código de impuestos, y por esta razón, la intención de éste no es que lo haga par con una Cuenta de ahorros de salud (Health Savings Account, HSA).

## Anotaciones:

- 1 Información interna de BCBSNC, 2006.
- 2 Todos los servicios están sujetos al monto permitido.
- 3 AVISO: Sus costos reales por servicios cubiertos pueden exceder el porcentaje mencionado del coseguro o la cantidad del copago, porque es posible que el monto que cobra el proveedor no sea el mismo que se utiliza para determinar las obligaciones de pago del plan de beneficios de salud y de los afiliados.
- 4 Los médicos primarios son proveedores en la red que son designados por BCBSNC como proveedor de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés). Verifique con BCBSNC para confirmar que su proveedor esté en nuestra red de médicos.
- 5 Algunos servicios y suministros que los afiliados reciben en el entorno de un consultorio o junto con una visita en el consultorio, son en realidad servicios de paciente ambulatorio relacionados con el hospital provistos por un consultorio que es propietario de un hospital o funciona como parte de un hospital. Estos servicios y suministros puedan estar sujetos a sus deducible y coseguro. Por favor, refiérase a su directorio de proveedores para una lista completa de estos proveedores.
- 6 Los remedios con receta están divididos en cuatro niveles con cantidades de copago/coseguro variables dependiendo del nivel donde se encuentra el fármaco. Puede obtener información específica sobre un fármaco utilizando la herramienta "Prescription Drug Search" en el sitio Web [bcbsnc.com](http://bcbsnc.com). Los suministros diabéticos están cubiertos al 75% bajo el beneficio de remedios con receta médica. Adicionalmente, se proveen beneficios para otros fármacos si aparecen como cubiertos en el formulario y se presenta en la farmacia la receta médica.
- 7 Sólo los siguientes exámenes están cubiertos fuera de la red y sujetos al deducible del período de beneficios y coseguro: exámenes ginecológicos, pruebas para detectar cáncer del cuello uterino, cáncer de ovario, mamografías de rutina, pruebas colorrectales, exámenes específicos para antígenos de próstata (PSA por sus siglas en inglés).
- 8 Corresponden beneficios al paciente hospitalizado a todos los servicios provistos si está ingresado al hospital desde la sala de emergencias. Si queda sujeto a observación, corresponden los beneficios de paciente ambulatorio para todos los servicios provistos. Si le envían a la sala de emergencias desde un establecimiento de atención urgente, puede tener que pagar el copago de los dos, sala de emergencias y centro de atención urgente.
- 9 La cobertura de maternidad está disponible para todas las mujeres adultas afiliadas al plan; los beneficios de maternidad para hijas dependientes cubren únicamente tratamientos por complicaciones del embarazo.
- 10 Condiciones previas son aquellas condiciones por las cuales se ha recibido o recomendado consejo médico, diagnóstico, atención o tratamiento, dentro del período de 12 meses antes de la fecha vigente de su cobertura Blue Advantage. Usted puede recibir crédito abonable para su período de espera de 12 meses si recibimos su solicitud completa para comprar Blue Advantage dentro de los 63 días desde la terminación de su última póliza de seguro de salud.

