

Anexo C - Cuadro de Beneficios

Plan Uno de *AccessTN*

Los porcentajes de los beneficios aplican al Cargo Máximo Permitido (CMP) de BCBST. El nivel de pago de la Red aplica a los servicios recibidos de los Proveedores de la Red y Proveedores No Contratados.

Los porcentajes de beneficios para los Proveedores de la Red aplican al Cargo Máximo Permitido de BCBST. **El Miembro tendrá que pagar cualquier cantidad que exceda del Cargo Máximo Permitido por los servicios recibidos de los Proveedores Fuera de la Red y Proveedores No Contratados.**

Para recibir el beneficio máximo de esta Cobertura, asegúrese de verificar que el Proveedor es miembro de la Red de Proveedores indicada en la tarjeta de identificación de membresía.

El Año del Plan es un Año Calendario, el 1 de enero hasta el 31 de diciembre.

Servicios Cubiertos	Beneficios por Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores de la Red	Beneficios por Servicios Cubiertos recibidos de Proveedores Fuera de la Red
Servicio Recibidos en un Consultorio de Profesional Médico		
Servicios Preventivos en un Consultorio Los Beneficios por Servicios Preventivos Específicos están disponibles una vez por cada Año Calendario, tal como se indica a continuación. Estos beneficios no están sujetos al Deducible. Para obtener una lista actualizada de los servicios Preventivos Cubiertos, por favor vea su Manual de Información para los Miembros o llame al Centro de Servicio al Cliente al 1-866-636-0080.		
Evaluación de Mujer Saludable, incluso un Mamograma Preventivo y prueba de reconocimiento para Cáncer Cervical.	100%	60% del CMP después del Deducible
Evaluación médica anual, incluye: Prueba de reconocimiento para cáncer de la próstata y otras pruebas de reconocimiento especificadas. Prueba de reconocimiento preventiva especificada, no-invasiva para cáncer colorectal (no incluye la sigmoidoscopia flexible o colonoscopia) Inmunizaciones especificadas	100%	60% del CMP después del Deducible
Servicios Preventivos además de los que fueron especificados en la parte de arriba por el Plan como pagaderos al 100%	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Sigmoidoscopia flexible de reconocimiento y colonoscopia de reconocimiento.	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible

Servicios en Consultorio para Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades o Lesiones		
Algunas intervenciones requieren Preautorización. Comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente para determinar si se requiere una Preautorización. Si la Preautorización es requerida, pero no es obtenida, los beneficios serán reducidos al 50% de los beneficios destinados a los Proveedores Fuera de la Red y a los Proveedores de la Red ubicados fuera de Tennessee (Proveedores de <i>BlueCard PPO</i>). Los Proveedores de la Red ubicados en Tennessee son responsables de obtener la Preautorización; el Miembro no es responsable por la penalidad si dicho Proveedor no obtuviera la Preautorización.		
Visitas a consultorios para diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones.		
Proveedores de Atención Primaria (Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Médico Auxiliar, Enfermera de Práctica Avanzada)	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Todo otro Profesional Médico	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Procedimientos quirúrgicos en consultorio, incluyendo la anestesia		
Proveedores de Atención Primaria (Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Médico Auxiliar, Enfermera de Práctica Avanzada)	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Todo otro Profesional Médico	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Atención de maternidad Sujeta a un período de espera de 12 meses	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Pruebas para Alergia	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Inyecciones y suero para el tratamiento de alergias	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Toda otra inyección	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Servicios Diagnósticos No Rutinarios: <i>CAT scans</i> , MRI, <i>PET scans</i> , medicina nuclear y otras tecnologías similares	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Todo otro servicio para diagnosticar enfermedades o lesiones	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Servicios de terapia: La fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y terapia manipulativa están limitadas a 45 sesiones por cada tipo de terapia por cada Año Calendario. Terapia para rehabilitación cardíaca está limitada a tres sesiones por semana por un período de 12 semanas. Terapia para rehabilitación pulmonar está limitada a ciertas condiciones.	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Equipo Médico Durable (EMD) Limitado a \$3,000 por cada Año Calendario	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Ortesis y Prótesis	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Accesorios	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Servicios de Salud del Comportamiento Limitado a 45 consultas por cada Año Calendario	80% no sujeto al Deducible	60% de CMP no sujeto al Deducible
Productos Farmacéuticos Especiales Administrados por un Proveedor Algunos medicamentos Especiales requieren Preautorización. Comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente para determinar si se requiere una Preautorización.	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible

Servicios Dispensados en una Instalación Médica		
Hospitalizaciones		
Requieren preautorización. Los beneficios serán reducidos al 50% para los Proveedores Fuera de la Red si la Preautorización no es obtenida. Los beneficios serán reducidos al 50% para los Proveedores de la Red ubicados fuera de Tennessee (<i>BlueCard PPO Providers</i>) si la Preautorización no es obtenida. Los Proveedores de la Red ubicados en Tennessee son responsables de obtener la Preautorización; el Miembro no es responsable por la penalidad si dicho Proveedor no obtuviera la Preautorización.		
Cargos de la instalación médica	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Cargos de Profesionales Médicos	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Cargos relacionados con maternidad cobrados por la instalación médica Sujetos a un período de espera de 12 meses	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Cargos relacionados con maternidad cobrados por un Profesional Médico Sujetos a un período de espera de 12 meses	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Servicios de Salud del Comportamiento Limitado a 30 días por cada año calendario	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Tratamiento de Abuso de Sustancias Limitado a 2 internamientos de por vida, máximo de 28 días por cada internamiento. Desintoxicación limitada a 2 internamientos de por vida, máximo de 5 días por cada internamiento.	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Internamientos en Centros de de Enfermería o Rehabilitación Especializada		
Limitado a 45 días por cada Año Calendario para un Centro de Enfermería Especializada		
Requieren preautorización. Los beneficios serán reducidos al 50% para los Proveedores Fuera de la Red si la Preautorización no es obtenida. Los beneficios serán reducidos al 50% para los Proveedores de la Red ubicados fuera de Tennessee (<i>BlueCard PPO Providers</i>) si la Preautorización no es obtenida. Los Proveedores de la Red ubicados en Tennessee son responsables de obtener la Preautorización; el Miembro no es responsable por la penalidad si dicho Proveedor no obtuviera la Preautorización.		
Cargos de la instalación médica	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Cargos de Profesionales Médicos	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Atención de Emergencia en un Hospital		
En el caso de una verdadera Emergencia médica, los Servicios Cubiertos recibidos en un departamento de emergencias en un hospital de un Proveedor Fuera de la red serán pagados al nivel de pago del Proveedor de la Red (80%), incluyendo el Deducible de la Red. Si se determina que los Servicios Cubiertos recibidos en un departamento de emergencia en un hospital de un Proveedor Fuera de la Red NO fueron por causa de una verdadera Emergencia médica, entonces se aplicarán el Deducible de Fuera de la Red y el nivel de pago (60%), además del Copago.		
Cargos de la instalación médica El Copago será eximido si es admitido.	Copago de \$50, luego el 80% después del Deducible	Copago de \$50, luego el 80% del CMP después del Deducible
Cargos de Profesionales Médicos	80% después del Deducible	80% del CMP después del Deducible
Servicios en Instalación para Pacientes Ambulatorios		
Cirugía en Centros para Pacientes Ambulatorios		
Algunas intervenciones requieren Preautorización. Comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente para determinar si se requiere una Preautorización. Si la Preautorización es requerida, pero no es obtenida, los beneficios serán reducidos al 50% de los beneficios destinados a los Proveedores Fuera de la Red y a los Proveedores de la Red ubicados fuera de Tennessee (Proveedores de <i>BlueCard PPO</i>). Los Proveedores de la Red ubicados en Tennessee son responsables de obtener la Preautorización; el Miembro no es responsable por la penalidad si dicho Proveedor no obtuviera la Preautorización.		
Las intervenciones quirúrgicas abarcan procedimientos diagnósticos de carácter invasivo (por ejemplo, la colonoscopia y sigmoidoscopia)		
Cargos de la instalación médica	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Cargos de Profesionales Médicos	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible

Servicios de Carácter Diagnóstico en Centros para Pacientes Ambulatorios		
<p>Algunas intervenciones requieren Preautorización. Comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente para determinar si se requiere una Preautorización. Si la Preautorización es requerida, pero no es obtenida, los beneficios serán reducidos al 50% de los beneficios destinados a los Proveedores Fuera de la Red y a los Proveedores de la Red ubicados fuera de Tennessee (Proveedores de <i>BlueCard PPO</i>). Los Proveedores de la Red ubicados en Tennessee son responsables de obtener la Preautorización; el Miembro no es responsable por la penalidad si dicho Proveedor no obtuviera la Preautorización.</p>		
Servicios Diagnósticos No Rutinarios para enfermedades y lesiones: <i>CAT scans</i> , MRI, <i>PET scans</i> , medicina nuclear y otras tecnologías similares	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Todo otro procedimiento diagnóstico para enfermedades y lesiones	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Servicios diagnósticos relacionados con la atención de maternidad Sujeto a un período de espera de 12 meses	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Servicios diagnósticos relacionados con la Salud del Comportamiento	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
<p>Servicios Preventivos en Centros para Pacientes Ambulatorios</p> <p>Los Beneficios por Servicios Preventivos Especificados están disponibles una vez por cada Año Calendario, tal como se indica a continuación. Estos beneficios no están sujetos al Deducible. Para obtener una lista actualizada de los servicios Preventivos Cubiertos, visite el sitio Web www.bcbst.com.</p>		
Mamograma preventivo, prueba de reconocimiento para cáncer cervical, pruebas de reconocimiento para cáncer de próstata y otras pruebas de reconocimiento especificadas	100%	60% del CMP después del Deducible
Prueba exploratoria preventiva no-invasiva para cáncer colorectal (no incluye la sigmoidoscopia flexible o colonoscopia)	100%	60% del CMP después del Deducible
Inmunizaciones especificadas	100%	60% del CMP después del Deducible
Otras pruebas de reconocimiento de carácter preventivo	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Sigmoidoscopia flexible de reconocimiento y colonoscopia de reconocimiento	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
<p>Otros procedimientos, servicios o accesorios de carácter Ambulatorio</p>		
Servicios de terapia: La fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y terapia manipulativa están limitadas a 45 sesiones por cada tipo de terapia por cada Año Calendario. Terapia para rehabilitación cardíaca está limitada a tres sesiones por semana por un período de 12 semanas. Terapia para rehabilitación pulmonar está limitada a ciertas condiciones.	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Equipo Médico Durable (EMD) Limitado a \$3,000 por cada Año Calendario	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Ortesis y Prótesis	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Accesorios	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Productos Farmacéuticos Especiales Administrados por un Proveedor Algunos medicamentos Especiales requieren Preautorización. Comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente para determinar si se requiere una Preautorización.	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Todo otro servicio proporcionado en un centro para pacientes ambulatorios, incluso quimioterapia y terapia de radiación, inyecciones, infusiones y diálisis renal	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible

Fármacos Recetados

Limitado a \$100,000 por Año Calendario (posiblemente haya límites adicionales para fármacos específicos.) Una cobertura suplemental de farmacia para los pacientes externos es provista para el factor contra hemofilia que se extiende a un máximo de \$150,000. Los beneficios están disponibles para un surtido de 34 días si son comprados al menudeo y hasta 102 días si son comprados a través del programa de entrega a domicilio o entrega a domicilio con precio al menudeo.

Si el Fármaco de Marca Genérica está disponible y Usted o Su Médico eligen el de Marca Privada o Marca Preferente, Usted tendrá que pagar la diferencia entre el costo del de Marca Privada o Preferente y el de Marca Genérica	Copago de \$10 por Fármacos de Marca Genérica	Usted paga el costo total, luego solicita el reembolso. Su reembolso estará basado en el Cargo Máximo Permitido menos cualquier Copago o Deducible aplicable.
	Copago del 25% (un máximo de \$50) por Fármacos de Marca Preferente	
	Copago del 50% (un máximo de \$100) por Fármacos de Marca Privada	

Productos Farmacéuticos Especiales Auto-Administrados, tal como se indica en Nuestra lista de Productos Farmacéuticos Especiales.

Los beneficios están limitados a un surtido para 1 mes.

Algunos medicamentos Especiales requieren Preautorización. Comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente para determinar si se requiere una Preautorización.

Productos Farmacéuticos Especiales	Beneficios por Servicios Cubiertos surtidos en la Red de Farmacias Especiales	Beneficios por Servicios Cubiertos surtidos en Farmacias de la Red	Beneficios por Servicios Cubiertos surtidos en Farmacias Fuera de la Red
	Copago del 50% (un máximo de \$100)	Copago del 50% (un máximo de \$200)	Usted paga el costo total, luego solicita el reembolso. Su reembolso estará basado en el Cargo Máximo Permitido menos cualquier Copago o Deducible aplicable.

Si un fármaco de Nuestra lista de Productos Farmacéuticos Especiales es un Fármaco de Marca Genérica o de Marca Preferente, Su Copago será:

Un Fármaco de Marca Genérica que también sea un Producto Farmacéutico Especial Auto-Administrado, tal como se indica en Nuestra lista de Productos Farmacéuticos Especiales	Copago de \$10	Copago de \$20	Usted paga el costo total, luego solicita el reembolso. Su reembolso estará basado en el Cargo Máximo Permitido menos cualquier Copago o Deducible aplicable.
Un Fármaco de Marca Preferente que sea un Producto Farmacéutico Especial Auto-Administrado, tal como se indica en Nuestra lista de Productos Farmacéuticos Especiales	Copago del 25% (un máximo de \$50)	Copago del 25% (un máximo de \$100)	

Otros Servicios		
Ambulancia	80% después del Deducible	80% del CMP después del Deducible
Servicios de Atención Médica en el Hogar, incluso terapia de infusión en el hogar. Requieren preautorización. Limitado a 30 visitas por cada Año Calendario	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Atención de Hospicio	100%	60% del CMP después del Deducible
Equipo Médico Durable (EMD), Limitado a \$3,000 por cada Año Calendario	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Ortesis y Prótesis	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Accesorios	80% después del Deducible	60% del CMP después del Deducible
Trasplantes de Órganos Un beneficio adicional de \$100,000 por cada Año Calendario		
Trasplantes de Órganos, todo trasplante, salvo el riñón Todo Trasplante de Órgano requiere Preautorización. Los beneficios serán denegados si no se obtiene una Preautorización. Las Red de Proveedores de Trasplantes son diferentes de los Proveedores de la Red para otros servicios. Comuníquese con el centro de servicio al cliente antes de someterse a una evaluación pre-trasplante u otro servicio inherente para solicitar la Autorización y obtener información referente a la Red de Proveedores de Trasplantes. Los Proveedores de la Red que no estén adscritos a la Red de Trasplantes podrán cobrarle al Miembro las cantidades que excedan del Cargo Máximo Permitido por Trasplante (CMPT) que no fueran Cubiertas bajo el Plan.	Red de Trasplantes 80%, después del Deducible aplicable a los servicios de la Red; la Cantidad Máxima pagada del Bolsillo por los servicios de la Red aplica	Proveedores de la Red, no adscritos a Nuestra Red de Trasplantes (Incluyen los Proveedores de la Red en Tennessee y Proveedores BlueCard PPO fuera de Tennessee) 80% del CMPT después del Deducible por servicios de la Red; la Cantidad Máxima Pagada del Bolsillo por servicios de la Red aplica. Las cantidades que excedan del CMPT no aplican a la Cantidad Máxima Pagada del Bolsillo y no son Cubiertas.
Trasplantes de Órganos, trasplantes de riñón Todo Trasplante de Órgano requiere Preautorización. Los beneficios serán denegados si no se obtiene una Preautorización. Las Red de Proveedores de Trasplantes son diferentes de los Proveedores de la Red para otros servicios. Comuníquese con el centro de servicio al cliente antes de someterse a una evaluación pre-trasplante u otro servicio inherente para solicitar la Autorización y obtener información referente a la Red de Proveedores de Trasplantes. Los Proveedores de la Red que no estén adscritos a la Red de Trasplantes podrán cobrarle al Miembro las cantidades que excedan del Cargo Máximo Permitido por Trasplante (CMPT) que no fueran Cubiertas bajo el Plan.	Proveedores de la Red: 80%, después del Deducible aplicable a los servicios de la Red; la Cantidad Máxima pagada del Bolsillo por los servicios de la Red aplica	Proveedores Fuera de la Red 60% del CMP después del Deducible por servicios de Proveedores Fuera de la Red; la Cantidad Máxima Pagada del Bolsillo por servicios de Proveedores Fuera de la Red aplica. Las cantidades que excedan del CMP no aplican a la Cantidad Pagada del Bolsillo y no son Cubiertas.

Límites sobre Beneficios Misceláneos: (Por cada Año Calendario, salvo se indique lo contrario)		
Beneficio Vitalicio Máximo	\$1 millón	
Beneficio Máximo del Año Calendario (Incluye médico y farmacia)	\$200,000	
Beneficio Adicional Máximo para Trasplantes por Año Calendario	\$100,000	
Tratamiento de la Articulación Temporomandibular (TMJ) no quirúrgico	\$1,500 por cada Año Calendario	
Servicios de Salud del Comportamiento en Centros para Pacientes Ambulatorios (No están sujetos al Deducible o Período de Espera por Condición Preexistente)	45 sesiones	
Servicios de Salud del Comportamiento para Pacientes Internados	30 días al año	
Período de Espera por Condición Preexistente NOTA: Los beneficios por una Condición Preexistente serán reducidos al 50% del CMP, después del Deducible, durante los primeros 6 meses de Cobertura. Los Coseguros aplicables a Condiciones Preexistentes no aplican a las Cantidades Máximas Pagadas del Bolsillo.	6 meses	
Período de Espera para Maternidad	12 meses	
Prórroga del Deducible del 4to. Trimestre	Ninguna	
Deducible y Cantidad Pagada del Bolsillo	Servicios recibidos de Proveedores de la Red	Servicios recibidos de Proveedores Fuera de la Red
Deducible		
Individual	\$1,000	\$2,000
Cantidad Máxima Pagada del Bolsillo (incluye el Deducible; no incluye ninguno de los Copagos para servicios médicos, Coseguro para los Servicios para la Modificación de Comportamiento, Copagos o Coseguro para los Fármacos Recetados para los pacientes externos o ningún saldo de cargos.)		
Individual	\$5,000	Ilimitada

NOTICE

This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document. Furthermore, we reserve the right to correct any errors in this document.

ADVERTENCIA

Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresadas en el mismo se regirán por la versión original del documento expedido en inglés. Además, nosotros nos reservamos el derecho de corregir cualquier error en este documento.