



GUÍA PARA EL MIEMBRO

Cinco pasos para usar su plan de salud



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

GUÍA DE CONTACTO RÁPIDA

PARA OBTENER UNA LISTA COMPLETA DE INFORMACIÓN DE CONTACTO, VISITE azblue.com/contact.

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE (reclamaciones y beneficios para medicamentos recetados):

Llame al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ). Recibirá esta tarjeta por correo postal. A continuación, encontrará una breve lista de contactos que pueden ser necesarios a menudo.

Llame de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora estándar de la montaña/Arizona.

SERVICIOS ESPECIALES:

Para servicio en español 602-864-4884 o llame al 1-800-232-2325, ext. 4884

Enfermera de guardia las 24 horas 1-866-422-2729

Soporte técnico para cuentas en línea. . . . 602-864-4844 o 1-800-650-5656

Línea TTY/TDD 602-864-4823

Línea directa de fraude y abuso. 602-864-4875 o 1-800-232-2345, ext. 4875

PARA ENVIAR INFORMACIÓN SOBRE LAS RECLAMACIONES:

Blue Cross Blue Shield of Arizona
P.O. Box 2924
Phoenix, AZ 85062-2924

ESTEMOS EN CONTACTO

Síganos para recibir consejos de salud y mantenerse actualizado sobre las novedades de 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/BCBSAZ](https://www.instagram.com/BCBSAZ)



CONTENIDOS

	Información de contacto	2
PASO 1	Revise su tarjeta de identificación de miembro	4
PASO 2	Inscríbase para su cuenta MyBlue SM	5
PASO 3	Conozca cómo funciona su plan (PPO/EPO/HMO)	6-7
PASO 4	Busque proveedores de atención de la salud en la red de su plan	8
PASO 5	Conozca cómo funcionan los planes de salud	9
	Dónde obtener más información	10
	Cómo tomar decisiones inteligentes para la atención	11
	Reciba la atención que necesita para mantenerse saludable	12
	Términos importantes	13
	Derechos y responsabilidades de los miembros	14
	Servicios de intérprete en varios idiomas y aviso de no discriminación	15

PASO 1 Revise su tarjeta de identificación de miembro

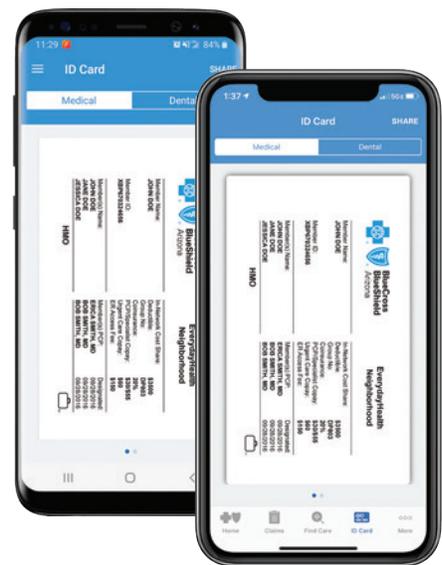
Recibirá su tarjeta de identificación de miembro por correo postal. Coloque la tarjeta en su billetera o guárdela en un lugar seguro porque la necesitará para recibir los servicios de atención de la salud. Su tarjeta tiene detalles de su plan de salud y le muestra a quién llamar si necesita ayuda. Tenga su tarjeta con usted en todo momento y no permita que otros la usen.

Si pierde su tarjeta, aún estará cubierto. Puede solicitar una nueva tarjeta en línea a través de su cuenta de miembro de MyBlue, usando la aplicación móvil MyBlue AZSM o llamando al Servicio de Atención al Cliente.

NECESITARÁ SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BCBSAZ CUANDO:

- Visite a un médico o a otro profesional de atención médica
- Retire un medicamento que su médico le haya indicado
- Visite un centro de cuidados de urgencia, hospital o sala de emergencias
- Llame al Servicio de Atención al Cliente de BCBSAZ
- Se inscriba para su cuenta de miembro personalizada **MyBlue** en **azblue.com/MyBlue**

Aplicación móvil de MyBlue AZ



También puede ver su tarjeta de identificación de miembro usando la aplicación móvil MyBlue AZ. Descargue la aplicación de la tienda Google PlayTM o de los mercados en línea Apple[®] App Store[®]. Necesitará su identificación de miembro para inscribirse*.

*Pueden aplicarse tarifas de datos y teléfono de su plan inalámbrico.



PASO 2 Inscríbese para su cuenta **MyBlue**

Su cuenta de miembro personalizada es uno de los recursos más importantes que usted tiene como miembro de BCBSAZ. Una vez que tenga su número de identificación de miembro, puede registrarse en azblue.com/MyBlue para su cuenta **MyBlue**. Allí, usted podrá:

- Imprimir una tarjeta de identificación temporal
- Verificar el estado de sus reclamaciones
- Consultar si alcanzó su deducible y máximo de desembolso anual
- Buscar médicos, hospitales u otros proveedores de atención de la salud en la red de su plan
- Usar herramientas y recursos de salud y bienestar
- Obtener una idea de los costos de atención de la salud para enfermedades comunes a través de la herramienta calculadora de costos
- Buscar información y cobertura de medicamentos, cotizar medicamentos y realizar solicitudes de entrega a domicilio de medicamentos

Usted obtendrá todo esto y más simplemente al registrarse para su cuenta de miembro de MyBlue.

PASO 3 Conozca cómo funciona su plan

Planes PPO y EPO

Si tiene un plan PPO, lea esta sección.

Con su plan de la Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), puede consultar a cualquier médico o especialista —ya sea dentro de la red de su plan o fuera de la red— sin una derivación.

Recuerde que maximizará sus beneficios y tendrá costos más bajos si permanece dentro de su red. Si elige proveedores, instalaciones de diagnóstico por imágenes u otros profesionales de atención médica fuera de la red y los cargos que le cobran son mayores que la cantidad permitida de BCBSAZ, usted deberá pagar la diferencia.

Si tiene un plan EPO, lea esta sección.

Si usted es miembro de un plan de una organización exclusiva de proveedores (Exclusive Provider Organization, EPO), disfrutará de la misma amplia red de proveedores participantes que nuestros planes PPO. Sin embargo, con un plan EPO no hay cobertura fuera de la red (con proveedores que no son participantes), excepto para cuidado de emergencia. Si elige usar un proveedor que no es participante, usted será responsable del costo total del servicio.

Acceso a la atención para los planes PPO y EPO

No es necesario que elija un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), pero sí le recomendamos que establezca una relación con un médico de atención primaria. Nuestros planes PPO y EPO normalmente ofrecen acceso a servicios de atención de la salud dentro de Arizona y fuera del área (incluida la cobertura nacional e internacional) a través del programa BlueCard®. Para recibir atención fuera de Arizona con un proveedor participante, simplemente presente su tarjeta de identificación de miembro de BCBSAZ cuando llegue y la reclamación de su proveedor se enviará a BCBSAZ.

Tómese un momento para familiarizarse con su tarjeta de identificación de miembro.

Ejemplo de tarjeta de identificación PPO

Subscriber Name: JOHN SMITH		Group Number:	
Member ID: XBP		Card Issue Date:	
In-Network Cost Share:		Rx BIN #:	
Deductible:	\$200	Rx Copay:	\$5/\$20
Coinsurance:	10%	Level 1/Level 2:	\$40/\$80
PCP/Specialist Copay:	\$20/\$40	Level 3/Level 4:	
Urgent Care Copay:	\$25		
ER Access Fee:	\$150		

Identificación de miembro: *este es su número de cuenta.* Mencione este número cuando llame al Servicio de Atención al Cliente.

Deducible: el costo que usted paga antes de que comience el coseguro. Algunos costos que usted paga no cuentan para su deducible.

Coseguro: la cantidad que paga por la atención que cubre su plan una vez que alcanza su deducible.

Copago para un especialista/PCP: la cantidad que usted paga por una visita a un médico de la red. Las visitas a especialistas generalmente tienen un copago más alto.

Copago para atención de urgencia: la cantidad que usted paga por una visita al centro de cuidados de urgencia.

Cargo de acceso a la sala de emergencia (ER): la cantidad que usted paga para acceder a una sala de emergencia (Emergency Room, ER) de la red.

Copago para radiografías: las cantidades que usted paga por los medicamentos recetados por su médico a través de una farmacia participante de la red. Los medicamentos tienen asignados niveles diferentes y a cada nivel le corresponde un copago distinto.

NOTA: El costo compartido que figura en su tarjeta de identificación de miembro es por la atención que usted obtiene de los proveedores de atención de la salud de la red. Regístrese en nuestro portal del miembro, MyBlue, en azblue.com/MyBlue, para leer su Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC), que detalla la cobertura específica de su plan de salud y de la red.

Plan HMO

Si tiene un plan HMO, lea esta sección.

Usted debe tener un médico de atención primaria (PCP)¹.

Su plan de salud le proporciona un médico de atención primaria designado como su médico principal y punto central de atención. Si visita a un médico o acude a una clínica u hospital que no está en la red de su plan, usted será responsable de pagar el monto total de su factura.

Si su médico de atención primaria no está disponible, puede ver a otro médico en el consultorio de su PCP u obtener una derivación del consultorio para ver a otro PCP en un centro médico diferente. Además, puede cambiar su médico de atención primaria hasta seis veces al año. Para elegir un nuevo PCP, inicie sesión en su cuenta de MyBlue y, luego, haga clic en "Manage My PCP" (Administrar mi médico de atención primaria).

Necesita una derivación para ver a la mayoría de los especialistas¹.

Su plan le exige que obtenga una derivación de su PCP designado para la mayoría de las visitas a especialistas. Cuando su PCP lo deriva a otros proveedores, deben formar parte de la red de su plan. Si debe tener una derivación y no la obtiene, su plan de salud no cubrirá la visita al especialista. Las derivaciones no son obligatorias para las visitas a quiroprácticos, obstetras/ginecólogos y otros especialistas.

Puede iniciar sesión en su cuenta de MyBlue para ver si su solicitud de derivación fue aprobada. Una vez que confirme la aprobación de su derivación, puede programar una cita con el especialista.

Debe usar proveedores de la red.

No pague más de lo necesario. Verifique que todos sus proveedores e instalaciones de atención de la salud formen parte de la red de su plan antes de ir. No se cubrirá la atención fuera de la red, excepto en caso de emergencias y situaciones inusuales, i BCBSAZ lo ha aprobado previamente².

¹Si no ve la información en la sección "PCP del miembro" en su tarjeta de identificación, no es necesario que tenga un PCP designado que coordine su atención. Tampoco se requieren derivaciones para los planes **BlueSelect® HMO**. Consulte su folleto de beneficios para obtener información detallada del plan.

²El cuidado de urgencia está disponible para las visitas a proveedores de BlueCard Traditional fuera de Arizona.

Ejemplo de tarjeta de identificación HMO

BlueCross BlueShield Arizona	
Member Name: JOHN DOE	In-Network Cost Share: Deductible: \$3500 Group No: DP803 Coinsurance: 20% PCP/Specialist Copay: \$30/\$55 Urgent Care Copay: \$60 ER Access Fee: \$150
Member ID: XBP670324656	
Member(s) Name: JOHN DOE JANE DOE JESSICA DOE	Member(s) PCP: ERICA SMITH, MD BOB SMITH, MD BOB SMITH, MD Designated: 09/28/2016 09/28/2016 09/28/2016
HMO	

Identificación de miembro: *este es su número de cuenta.*

Mencione este número cuando llame al Servicio de Atención al Cliente.

Red: si usted forma parte de una red de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) específica, el nombre de la red aparecerá aquí.

Deducible: el costo que usted paga antes de que comience el coseguro. Algunos costos que usted paga no cuentan para su deducible.

Copago para el cuidado de urgencia/Cargo de acceso a sala de emergencia: la cantidad que usted paga por una visita al centro de cuidado de urgencia y a una sala de emergencia de su red. Es posible que el costo de las visitas para el cuidado de urgencia sea menor al de las visitas a la sala de emergencia.

Copago para un especialista/PCP: la cantidad que usted paga por una visita a un médico de la red. Una visita a su médico de atención primaria puede tener un copago diferente al de una visita a un especialista (como a un podólogo o a un cirujano).

Copago para radiografías: las cantidades que usted paga por los medicamentos recetados por su médico a través de una farmacia participante de la red. Los medicamentos tienen asignados niveles diferentes y a cada nivel le corresponde un copago distinto. Es posible que esta información no aparezca en su tarjeta, pero puede encontrar los detalles en su folleto de beneficios.

PCP del miembro: es el médico de atención primaria para cada miembro de su plan. Si usted cambia de PCP, se le enviará una nueva tarjeta que indicará dicho cambio. **Si no ve esta sección en su tarjeta de identificación,** su plan no requiere un PCP para coordinar la atención¹.

[Conozca más acerca de los copagos y el coseguro en el paso 5.](#)

PASO 4 Busque proveedores de atención de la salud en la red de su plan

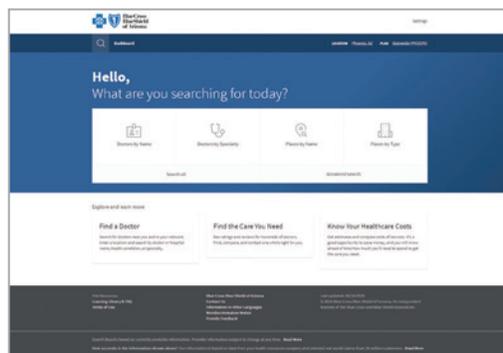
Usted tiene acceso a la herramienta “Find A Doctor” (Buscar un médico) que muestra una lista de médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales e instalaciones que son parte de la red.

Inicie sesión en su cuenta de MyBlue en azblue.com/MyBlue y haga clic en el enlace de búsqueda en **“Find Doctors, Hospitals, and Facilities” (Buscar médicos, hospitales e instalaciones)**. Podrá buscar un proveedor que forme parte de la red de su plan por nombre del proveedor, tipo (área de especialización) de proveedor o dentro de una distancia específica desde su ubicación.

Siempre es útil averiguar si los proveedores forman parte de la red de su plan antes de verlos. Si tiene un plan PPO, los proveedores que no forman parte de la red de su plan le cobrarán más. Si tiene un plan HMO o EPO, su plan no le brindará cobertura para los proveedores que no forman parte de la red de este. Eso significa que usted será responsable de pagar el total de la factura.

Cuando hable con un proveedor, siempre pregunte: “¿Acepta mi plan de BCBSAZ?”. La mayoría de los proveedores forman parte de la red de BCBSAZ, pero no todos los proveedores forman parte de cada red de planes de BCBSAZ. Por eso, es importante que pregunte si aceptan su plan.

También puede llamar al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro para asegurarse de que un proveedor que planea visitar forme parte de la red de su plan. Los miembros del plan HMO también pueden confirmar su PCP designado o verificar el estado de una derivación a un especialista.



Ejemplo de tarjeta de identificación HMO



PASO 5 Conozca cómo funcionan los planes de salud

Los planes de salud lo protegen mediante la reducción del costo total de la atención y establecen límites en las cantidades que debe pagar.

Una vez que conozca algunas de las palabras y frases básicas del seguro, podrá tener una idea de lo que deberá pagar en el consultorio del médico. El siguiente ejemplo ayuda a definir algunos de estos términos.

SUPONGAMOS que su mejor amiga se despierta con dolor de estómago y fiebre. Su amiga llama a su médico dentro de la red para que la atienda de inmediato. Paga un **copago** de \$15 por el servicio de su médico.

Luego, después de que recibe la atención, su médico determina que necesitará una cirugía que costará en total \$55,000.

Supongamos que el plan de salud de su mejor amiga tiene un **deducible** de \$4,000 para el año, que debe pagar primero. Luego de pagar esa cantidad, pagará el 20 % de los costos (es decir, el **coseguro** de su plan) y el plan de salud pagará el 80 %.

*Una vez que su mejor amiga alcance su **desembolso máximo total**, que es de \$6,650 para su plan, su seguro pagará el 100 % de los costos médicos cubiertos durante el resto del año.*

¿QUÉ INCLUÍAN SUS DESEMBOLSOS?

El deducible de \$4,000 que pagó cuenta para el desembolso máximo, al igual que el copago inicial de \$15, lo cual arroja un saldo de \$2,635. Una vez que haya pagado esa cantidad, su amiga habrá alcanzado su desembolso máximo de \$6,650 (\$15 + \$4,000 + \$2,635).

EN RESUMEN:

LOS COSTOS TOTALES DE SU ATENCIÓN MÉDICA: **\$55,000**

SU MEJOR AMIGA PAGÓ: **\$6,650**

EL SEGURO PAGÓ: **\$48,350**

Su mejor amiga **ahorró \$48,350** porque usó un proveedor que forma parte de la red de su plan.

Conozca más acerca de estos términos relacionados con la salud en la página 13.

DÓNDE OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Conozca la cobertura que ofrece su plan y los costos que usted paga

Es importante comprender qué atención cubre su plan y cuánto puede llegar a pagar como costo compartido por la atención.

CUATRO MANERAS EN LAS QUE PUEDE APRENDER MÁS:

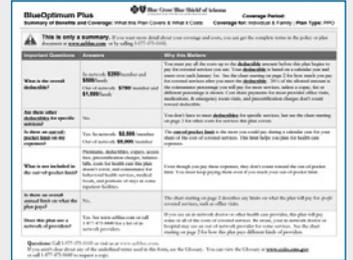
1 Su Folleto de beneficios

Explica todos los detalles de su plan de salud y está disponible en línea, en la pestaña **My Benefits (Mis beneficios)** de su cuenta de MyBlue en azblue.com/MyBlue.



2 Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC)

Este documento también está disponible en línea en la pestaña **My Benefits (Mis beneficios)** de su cuenta de MyBlue. Es una excelente manera de conocer la cobertura que ofrece su plan, cómo funciona, cuáles son las cantidades de sus costos compartidos y mucho más.



3 Servicio de Atención al Cliente

Si tiene alguna pregunta sobre su plan o necesita ayuda para comprender sus beneficios, puede llamar al número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación.

4 Consultar el precio de un medicamento

Busque sus medicamentos y compare los precios en las ubicaciones cercanas a usted. También puede verificar fácilmente si hay opciones de menor costo disponibles. Inicie sesión en azblue.com/MyBlue y seleccione **Pharmacy (Farmacia)**. Una vez que se conecta al sitio web de la farmacia, puede ver sus recetas, verificar el estado del pedido, consultar el precio del medicamento o revisar sus reclamaciones de farmacia.

CÓMO TOMAR DECISIONES INTELIGENTES PARA LA ATENCIÓN

PIENSE PRIMERO EN SU SALUD Y SEGURIDAD Y, LUEGO, EN EL COSTO.

	Telesalud (BlueCare Anywhere SM) ¹	Clínica en un establecimiento minorista	Médico de atención primaria (PCP) (incluye visitas de telemedicina)	Atención de urgencia	Hospital o sala de emergencia independiente
Síntomas	¿No se siente bien y quiere ver a un médico en minutos, desde cualquier lugar?	¿Se siente mal, pero no puede ir a ver a su médico?	¿Es algo que puede esperar?	¿No se siente bien y es el fin de semana?	¿Cree que podría ser una cuestión de vida o de riesgo de una extremidad?
Cuándo ir	Si necesita atención que no sea de emergencia, BlueCare Anywhere le permite consultar a un médico desde un teléfono inteligente, tableta o computadora.	Si tiene una enfermedad o lesión que no pone en riesgo su vida y no puede ir a ver a su médico de atención primaria.	Cuando necesita atención de rutina y no de emergencia, ayuda para controlar una enfermedad crónica o aguda, o asistencia con una derivación a un especialista.	Si es el fin de semana o durante la noche, y su médico no está disponible, la atención de urgencia puede ayudar con problemas médicos que no ponen en riesgo la vida y que podrían empeorar si no se tratan de inmediato.	Cuando tiene una afección médica grave que podría poner en riesgo su vida o sus extremidades.
Motivos para ir	Médicos <ul style="list-style-type: none"> Resfriado y gripe Diarrea o vómitos Infección de los senos paranasales, los ojos o los oídos Dolor de cabeza Sarpullidos Esguince Asesoramiento y psiquiatría² <ul style="list-style-type: none"> Insomnio Trastornos de ansiedad Depresión Manejo del estrés 	<ul style="list-style-type: none"> Resfriado y gripe Infección de los senos paranasales, los ojos o los oídos Sarpullidos Vacunas contra la gripe u otras vacunas 	<ul style="list-style-type: none"> Resfriado y gripe Infección de los senos paranasales, los ojos o los oídos Fiebre alta Dolor de cabeza Irritaciones/Erupciones cutáneas Cortes y quemaduras menores Esguince Fracturas menores Exámenes físicos, vacunas y evaluaciones de salud 	<ul style="list-style-type: none"> Resfriado y gripe Fiebre alta Dolor de cabeza Erupciones/Irritaciones cutáneas "propagadas" Cortes y quemaduras menores Esguince Fracturas menores 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor de pecho intenso Dificultad para respirar Ingestión de objetos o venenos Traumatismo o lesión grave (como una fractura de hueso) Convulsiones Quemaduras graves Diarrea intensa Sangrado o vómitos con sangre incontrolables Mordeduras de animales Pérdida del conocimiento
Tiempo de espera	Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y desde cualquier teléfono inteligente, tableta o computadora con acceso a videollamada.	Por lo general, es corto. Es posible que acepte el registro en línea.	Mínimo para visitas en persona, según el consultorio; mínimo para consultas de telemedicina con cita programada.	Por lo general, es más corto que en la sala de emergencia; además, algunas clínicas le permiten registrarse en línea y luego le notifican cuando se acerca la hora de su cita.	Depende de la hora del día, pero si su situación es una verdadera emergencia, será atendido/evaluado de inmediato.
Costo	\$	\$	\$\$	\$\$	\$\$\$
Cómo obtener atención	Descargue la aplicación móvil BlueCare Anywhere³ o visite BlueCareAnywhereAZ.com .	No es necesaria una cita, pero llamar o programar con anticipación es siempre una buena idea.	Llame a su médico o proveedor de atención de la salud para programar una cita para una consulta virtual o en persona. Algunos consultorios ofrecen programación de citas en línea.	Descargue la aplicación móvil MyBlue AZSM ³ para encontrar ubicaciones cubiertas por su plan.	En caso de emergencia, llame al 911 o pídale a un amigo o miembro de la familia que lo lleve al lugar más cercano.

ENCUENTRE PROVEEDORES, OBTenga CÁLCULOS ESTIMADOS DE COSTOS Y MUCHO MÁS.

Inicie sesión en su cuenta de MyBlueSM en azblue.com/MyBlue y haga clic en la pestaña "Find a Doctor" (Buscar un médico) para encontrar proveedores de atención de la salud. Allí, también puede usar la herramienta "**Cost for Procedures**" (**Costo de procedimientos**) para obtener cálculos estimados de diversos tratamientos, como exámenes de la vista, servicios de salud mental y mucho más.

La mayoría de los planes de salud cubren servicios preventivos, como vacunas contra la gripe, otras vacunas, controles de presión arterial y pruebas de detección. Tenga en cuenta que probablemente no pagará los servicios preventivos si usa proveedores que forman parte de la red de su plan. Si no está seguro de adónde acudir para recibir atención de la salud que no sea de emergencia, use nuestro servicio de Enfermera de guardia disponible las 24 horas llamando al **1-866-422-2729**.

En caso de emergencia, llame al 911.

¹Ciertos planes no incluyen los servicios de telesalud de BlueCare Anywhere. Consulte su folleto de beneficios para obtener más detalles.

²Es posible que ciertos planes autofinanciados no incluyan los servicios de salud conductual de BlueCare Anywhere (asesoramiento/psiquiatría). Consulte su folleto de beneficios para obtener más detalles. Para los planes con beneficios completos de BlueCare Anywhere, las citas de asesoramiento y psiquiatría pueden tardar hasta 14 días en programarse.

³Pueden aplicarse tarifas de datos y teléfono de su plan inalámbrico. Busque "MyBlue AZSM" y "BlueCare Anywhere" en los mercados en línea de Google PlayTM o Apple[®] App Store[®]. Apple y App Store son marcas comerciales de Apple Inc., registradas en los EE. UU. y en otros países. Google Play es una marca comercial de Google LLC. Los miembros de Blue Cross Blue Shield of Arizona siempre deben consultar a su proveedor de atención de la salud sobre la atención o el tratamiento médico. Las recomendaciones, los consejos, los servicios o los recursos en línea no reemplazan los consejos, las opiniones o las recomendaciones de un proveedor de atención de la salud. Las opciones de tratamiento o de servicios podrían no estar cubiertas por su plan de beneficios.

RECIBA LA ATENCIÓN QUE NECESITA PARA MANTENERSE SALUDABLE

Atención preventiva

Uno de nuestros objetivos como su proveedor de seguro de salud es ofrecerle los recursos para ayudarlo a lograr un mejor estado de salud mientras ahorra dinero. Una vida saludable implica una buena atención preventiva.

Esto incluye lo siguiente:

- Exámenes de salud regulares
- Visitas coordinadas para la atención
- Vacunas (inmunizaciones)
- Pruebas de detección de cáncer
- Instrucción de salud y mucho más

Estos servicios pueden ayudarlo a evitar enfermedades, detectar problemas de salud en forma temprana y, a su vez, le permitirán ahorrar tiempo y dinero en el futuro, y posiblemente incluso salvarán su vida. Mantenerse al día con su atención preventiva puede hacer una gran diferencia para ayudarlo a mantenerse saludable hoy y durante los próximos años. Si habla con su médico sobre cómo controlar mejor su estado de salud actual, podrán elaborar el plan de acción adecuado para usted.

Para obtener más apoyo y recomendaciones de atención preventiva, llame al **1-877-694-2583**.

Enfermera de guardia

Los problemas de salud rara vez ocurren cuando es conveniente. Es por eso que en BCBSAZ hacemos que obtener respuestas a sus preguntas de salud sea lo más fácil posible con el servicio de Enfermera de guardia. Sin costo adicional, puede hablar con una enfermera titulada en cualquier momento (días, noches, fines de semana y feriados) desde donde se encuentre. El número se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Amables profesionales de enfermería pueden hablar con usted sobre sus síntomas y ayudarlo a decidir si debe ocuparse de sus problemas en el hogar o buscar atención de su médico de atención primaria, centro de cuidados de urgencia o sala de emergencia.

Cómo estar y mantenerse saludable*

Sharecare®: BCBSAZ se ha asociado con Sharecare para brindarle una experiencia de salud y bienestar digital verdaderamente personalizada. Después de registrarse en **azblue.sharecare.com**, puede usar el sitio web o la aplicación para acceder a Sharecare. Encontrará herramientas simples para ayudarlo a mejorar su salud y bienestar.

- **Prueba RealAge®:** la evaluación de salud de próxima generación de Sharecare evalúa una variedad de conductas y enfermedades existentes para calcular la verdadera edad del cuerpo. Este es su primer paso en su recorrido hacia la buena salud.

Administración de la atención: un administrador de atención puede comunicarse con usted si tiene una afección de salud crónica, como diabetes o asma, o si tiene un evento catastrófico, como un accidente grave o un diagnóstico de cáncer. Los administradores de atención pueden ayudarlo a administrar su salud y a recibir la atención que cubre su plan. También pueden ayudarlo a conocer los recursos comunitarios que proporcionan apoyo adicional.

Blue365®: un programa nacional de descuentos que ofrece ofertas y descuentos saludables exclusivos para nuestros miembros. Una vez que se registre en **Blue365Deals.com/BCBSAZ** con su número de identificación de BCBSAZ, verá ofertas especiales de las principales marcas nacionales en acondicionamiento físico, nutrición, cuidado personal y mucho más.



*La disponibilidad de servicios y programas variará. No todos los programas están disponibles para todos los miembros. Algunos programas, como el programa de instrucción de salud, tienen requisitos de elegibilidad. Los miembros de BCBSAZ siempre deben consultar a su médico o proveedor de atención de la salud sobre la atención o el tratamiento médico. Las recomendaciones, los consejos, los servicios o los recursos en línea no reemplazan los consejos del médico o proveedor de atención de la salud del miembro. Las opciones de tratamiento o de servicios recomendadas podrían no estar cubiertas por los planes de beneficios de BCBSAZ. Algunos servicios de salud y bienestar son proporcionados por un proveedor externo independiente que ha sido contratado por BCBSAZ para proporcionar mejores servicios de salud a los miembros de BCBSAZ.

TÉRMINOS IMPORTANTES

Cantidad permitida

La cantidad de reembolso que los médicos, hospitales y otros proveedores pertenecientes a la red del plan han acordado aceptar para un servicio cubierto. Esto incluye cualquier cantidad pagada por el plan, más cualquier cantidad que usted pague como costos compartidos, incluidos copagos y deducibles.

EJEMPLO: En general, un médico puede cobrar \$100 por un servicio determinado. Pero tiene un acuerdo con su plan para aceptar solo \$80 como reembolso por ese servicio. \$80 es la cantidad permitida.

Cuenta de saldo

La cuenta de saldo se genera cuando un médico, clínica, laboratorio u hospital le factura la diferencia entre la cantidad que le cobra y la cantidad permitida que paga su plan de salud. Cuando los proveedores forman parte de la red de su plan, aceptan ofrecer servicios con tarifas rebajadas. Los proveedores fuera de la red no están sujetos a este mismo acuerdo. Pueden cobrar el precio total. BCBSAZ fija un límite de dinero en dólares para la cantidad que reembolsaremos por los servicios de proveedores fuera de la red. Si la cantidad que facturan es superior a la que BCBSAZ pagará, es posible que el proveedor le cobre el saldo.

Copago

Una cantidad fija de dinero en dólares que paga por ciertos cuidados que cubre su plan. Puede pagar su copago antes o después de recibir atención, según lo que solicite el consultorio de su médico.

Coseguro

El costo que paga por atención cubierta una vez que paga su deducible.

SI TIENE UN PLAN PPO y elige una instalación de diagnóstico por imágenes fuera de la red u otro profesional de atención médica fuera de la red, también deberá pagar la diferencia entre la cantidad que le cobran y la cantidad permitida de BCBSAZ.

SI TIENE UN PLAN HMO O EPO, ES PROBABLE QUE LOS servicios de un proveedor de atención de la salud que no forme parte de su red no se cubran. Los planes HMO y EPO no cubren servicios fuera de la red, excepto en casos de emergencia y en circunstancias especiales, cuando BCBSAZ ha autorizado previamente su uso.

Deducible

La cantidad que paga por su atención durante el año del plan antes de que su seguro de salud comience a pagar.

EJEMPLO: Su plan puede tener un deducible anual. Mientras reciba una atención que su plan cubra, usted pagará por esa atención hasta que haya alcanzado el monto de deducible. Podrá ver la cantidad de su deducible en su tarjeta de identificación de miembro.

Proveedor de la red (participante)

Un médico, clínica, hospital u otro proveedor de atención de la salud que tiene un contrato con BCBSAZ para atender a los miembros del plan.

Desembolso máximo

La cantidad máxima que paga por año antes de que su seguro de salud pague el 100 % de los costos de los servicios de la red cubiertos. Estos límites establecen un tope en los costos de atención de la salud si alguna vez tiene una enfermedad o lesión de importancia. Este límite nunca incluye su prima o los servicios no cubiertos. Los costos por los servicios de los proveedores fuera de su red no se tienen en cuenta en este límite.

Precertificación

Algunos servicios y medicamentos requieren precertificación (algunas veces denominada autorización previa). 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.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Queremos que todos nuestros miembros disfruten de la mejor atención y el mejor servicio. Para lograrlo, nos comprometemos a hacer nuestra parte para satisfacer sus necesidades de atención de la salud. También hay cosas que usted puede hacer para hacerse cargo de su propia atención de la salud.

Lo que le prometemos

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener información de nosotros, nuestros proveedores contratados y nuestros socios comerciales
- Acceder a una atención de calidad
- Elegir o cambiar de médico en cualquier momento (los miembros de HMO pueden cambiar de médico de atención primaria hasta seis veces por año)
- Hablar de forma libre y privada con sus médicos sobre su atención
- Mantener su información segura de acuerdo con las Prácticas de privacidad de BCBSAZ (consulte azblue.com/legal/privacy)
- Saber quién puede obtener su información privada
- Conocer la Política de seguridad de BCBSAZ (consulte azblue.com/legal/privacy)
- Ser tratado con respeto y dignidad
- Presentar una queja o refutar una decisión tomada por nosotros
- Saber cuánto tiempo nos demoraremos en responder y resolver su problema
- Obtener información que sea fácil de comprender
- Obtener información sobre la planificación del final de la vida y las instrucciones previas

Lo que usted nos promete

Usted tiene la responsabilidad de hacer lo siguiente:

- Leer la información que le proporcionamos y realizar preguntas cuando necesite saber más
- Saber cómo recibir atención y suministros cubiertos por su plan
- Seguir las reglas de su plan de salud
- Informarnos de inmediato sobre los cambios relacionados con su número de teléfono, dirección postal o dirección de correo electrónico, para que podamos comunicarnos con usted
- Tratar a los médicos y hospitales en los que recibe atención, y a nosotros, con respeto
- Proporcionarnos la información necesaria para ayudarlo
- Proporcionarles a los médicos y hospitales información verdadera sobre usted
- Comprender su salud y trabajar con su médico en un plan de atención adecuado para usted
- Hacer lo que le aconseje el médico para su salud
- Hablar con su médico antes de realizar algún cambio en su plan de atención de la salud
- Tener visitas programadas con sus médicos
- Pagar su costo compartido en la fecha de vencimiento

Declaración de los Derechos del Paciente conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA)

Según la ley, la "Declaración de los Derechos del Paciente" tiene como objetivo ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre su salud. Estas reglas se aplican a todos los planes sin derechos adquiridos de BCBSAZ, vigentes después del 23 de marzo de 2010.

LA DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE:

- **Proporciona cobertura a las personas con enfermedades preexistentes¹**
- **Protege su elección de médicos:** usted puede elegir el médico de atención primaria que desee de la red de su plan
- **Permite que los jóvenes permanezcan cubiertos en el plan de sus padres** hasta los 26 años
- **Finaliza los límites de por vida de la cobertura y los prohíbe** para todos los nuevos planes de seguro de salud
- **Evita que su seguro se cancele** si usted comete un error involuntario en su solicitud
- **Controla los aumentos de las primas:** las compañías de seguros ahora deben informar públicamente por qué pueden ser necesarios los aumentos de tarifas (por encima de un cierto nivel) en los planes de grupos pequeños y en los planes familiares e individuales
- **Lo ayuda a aprovechar al máximo el dinero de sus primas:** la mayoría de los dólares de las primas deben ser utilizados para su atención de la salud y no para costos administrativos
- **Finaliza los límites de dinero** en dólares anuales sobre los servicios cubiertos esenciales en 2014
- **Continúa permitiéndole obtener cuidado de emergencia** en un hospital fuera de la red de su plan de salud, sin una derivación. (Nota: En el caso de algunos planes, los proveedores fuera de la red pueden cobrarle por un saldo adeudado por encima de la cantidad permitida de BCBSAZ).

Desde que la Declaración de Derechos del Paciente se convirtió en ley, ahora se aplican algunos derechos y protecciones adicionales. La ley de cuidado de salud:

- **Exige que los planes sin derechos adquiridos cubran la mayoría de los servicios preventivos dentro de la red sin costos compartidos.**
- **Continúa garantizando su derecho a apelar:** Usted tiene el derecho de solicitar a su aseguradora que reconsidere la decisión de rechazar la autorización de un servicio o de negarse a pagar una reclamación. Esta ha sido la ley de Arizona durante muchos años, y ahora se refleja en la legislación federal a través de la Ley ACA².

¹Vigente para los planes grupales patrocinados por el empleador sin derechos adquiridos en la fecha de renovación del plan en 2014.

²La información y los formularios de quejas y apelaciones están disponibles una vez que inicia sesión en azblue.com/MyBlue, en la pestaña **Manage My Plan (Administrar mi plan)**.

azblue.com/MyBlue

P.O. BOX 13466, PHOENIX, AZ 85002-3466

SÍGANOS EN



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Apple y App Store son marcas comerciales de Apple Inc., registradas en los EE. UU. y en otros países. Google Play es una marca comercial de Google Inc. Sharecare y RealAge son marcas comerciales registradas de Sharecare, Inc., una compañía independiente contratada para proporcionar programas o servicios en línea para BCBSAZ. La información proporcionada por Sharecare no reemplaza los consejos o las recomendaciones de su proveedor de atención de la salud. Blue Cross, Blue Shield, los símbolos de la cruz y el escudo, Blue365, BlueSelect, BluePreferred y BlueCard son marcas de servicio registradas, y BlueCare Anywhere, MyBlue y MyBlue AZ son marcas de servicio de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación independiente de planes de Blue Cross and Blue Shield. ©2021 Blue Cross Blue Shield of Arizona, Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association. Todos los derechos reservados.

