

Este Resumen de Beneficios ha sido actualizado de conformidad con los requisitos federales, incluidas las disposiciones aplicables de las leyes federales de reforma del sistema de salud. A medida que recibamos orientación y explicaciones adicionales sobre las nuevas leyes de reforma del sistema de salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos, del Departamento de Trabajo y del Servicio de Impuestos Internos de EE. UU., es posible que debamos implementar otros cambios en este Resumen de Beneficios.

Además de los copagos en dólares y porcentajes, las personas inscritas deben pagar los deducibles que se detallan a continuación. Consulte la información sobre deducibles para saber si se aplican a un servicio cubierto específico. Algunos servicios cubiertos tienen límites máximos de visitas y/o de días por año. La cantidad de visitas y/o de días permitidos para estos servicios comienza a acumularse a partir de la primera visita y/o del primer día, independientemente de que ya haya alcanzado el deducible. Los miembros también son responsables de todos los costos que superen los límites máximos del plan. Los máximos del plan y otros datos importantes aparecen en letra *cursiva*. Los beneficios están sujetos a todos los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de la Póliza.

Explicación de gasto cubierto

Los pagos del plan se basan en el gasto cubierto, que es el cargo de menor valor facturado por el proveedor, o los siguientes:
Proveedores de una PPO: tasas negociadas con PPO. Los miembros no deben pagar la diferencia que existe entre los cargos habituales del proveedor y el monto negociado.
Proveedores que no son de una PPO: para los servicios que no son de emergencia, la suma programada. Para los servicios de emergencia, la misma suma que se aplica a otros proveedores de atención médica.
Otros proveedores de atención médica (*esto incluye a aquellos que no están adheridos a la red de proveedores de PPO*): el cargo máximo permitido para servicios profesionales o institucionales. Usted debe pagar los montos facturados que superen el cargo máximo permitido y cualquier gasto que no esté cubierto por este plan.

Si se utilizan los servicios de proveedores que no pertenecen a una PPO y de otros proveedores de atención médica, los miembros deben pagar la diferencia que existe entre el gasto cubierto y los cargos reales, así como el deducible y el copago en porcentaje.

Deducible por año calendario

➤ Para todos los proveedores

\$3,000

El deducible correspondiente para cada persona asegurada; un máximo de tres deducibles separados para cada familia.

Deducible por servicios de la sala de emergencias

\$50/visita (*sin cargo si la admisión se realiza directamente desde la sala de emergencias*)

Montos máximos anuales de bolsillo

Proveedores que pertenecen a una PPO y otros proveedores de atención médica

\$5,250/miembro/año o \$11,200/familia/año

Proveedores que no pertenecen a una PPO

\$7,500/miembro/año o \$11,200/familia/año

Los siguientes no se aplican a los gastos máximos de bolsillo: gastos no cubiertos. Una vez que un miembro alcanza el máximo de bolsillo, sigue siendo responsable de pagar los costos de los proveedores que no pertenecen a una PPO y otros proveedores de atención médica que excedan el gasto cubierto, y los montos relacionados con la búsqueda de donantes no relacionado para trasplante.

Monto máximo de por vida

Ilimitado

Servicios cubiertos

PPO: Copago por miembro

No PPO: Copago por miembro¹

Servicios médicos hospitalarios (*sujetos a revisión de utilización de los servicios para pacientes hospitalizados; se aplicará una multa de \$500 por falta de certificación previa; sin cargo para admisiones de emergencia*)

- Habitación semiprivada, comidas y dietas especiales y servicios auxiliares
- Suministros, servicios quirúrgicos y atención médica para pacientes ambulatorios (*atención para pacientes hospitalizados que no sea atención en la sala de emergencias*)

10%

10%

30%

30%

Centros de cirugía ambulatoria

- Cirugía, servicios y suministros para pacientes ambulatorios

10%

30%

Hemodiálisis

- Suministros y servicios para la hemodiálisis de pacientes ambulatorios

10%

30%

Centro de enfermería especializada (*sujeto a revisión de utilización*)

- Habitación semiprivada, servicios y suministros (*se limita a 100 días/año calendario*)

10%

30%

Cuidados de hospicio

- Servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios; servicios de duelo familiar

10%

30%

¹ El copago en porcentaje para servicios que no son de emergencia y que son prestados por proveedores que no son de Anthem Blue Cross PPO se basa en la suma programada.

Servicios cubiertos	PPO: Copago por miembro	No PPO: Copago por miembro ¹
Atención médica a domicilio (<i>sujeta a revisión de utilización</i>)		
➤ Servicios y suministros de una agencia de atención médica a domicilio (<i>se limitan a 100 visitas/año calendario; una visita realizada por un asistente de atención médica a domicilio equivale a cuatro horas o menos; sin cobertura mientras el miembro recibe cuidados de hospicio</i>)	10%	30%
Terapia de infusión en el hogar (<i>sujeta a revisión de utilización</i>)		
➤ Incluye medicamentos, servicios y suministros auxiliares; capacitación del cuidador y visitas por parte del proveedor para supervisar la terapia; equipo médico duradero y servicios de laboratorio	10%	30% (beneficio limitado a \$600/día)
Servicios médicos profesionales		
➤ Visitas al consultorio y a domicilio	\$25/visita ² (sin deducible)	30%
➤ Visitas en el hospital y en el centro de enfermería especializada	10%	30%
➤ Cirujano y asistente quirúrgico; médico anestesiólogo o anestesta	10%	30%
Radiografías y laboratorio de diagnóstico		
➤ Imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (TC), tomografía por emisión de positrones (PET) y ecografía cardíaca nuclear (<i>sujetas a revisión de utilización</i>)	10%	30%
➤ Otros tipos de radiografías y análisis clínicos para diagnóstico	10%	30%
Servicios de atención preventiva		
<i>Servicios de atención preventiva que cumplen con los requisitos de las leyes estatales y federales, incluidas algunas pruebas de detección, vacunaciones y visitas al médico.</i>		
➤ Exámenes físicos de rutina (<i>desde el nacimiento hasta los seis años de edad</i>)	Sin copago/examen (sin deducible)	30%
➤ Vacunaciones (<i>desde el nacimiento hasta los seis años de edad</i>)	Sin copago (sin deducible)	30%
➤ Exámenes físicos de rutina, vacunaciones, radiografías y análisis clínicos de diagnóstico para exámenes físicos de rutina (<i>miembros desde los 7 años de edad en adelante</i>)	Sin copago/examen (sin deducible)	30%
➤ Servicios preventivos para adultos (<i>incluidas mamografías, pruebas de Papanicolaou, pruebas de detección de cáncer de próstata y de detección de cáncer colorrectal</i>)	Sin copago (sin deducible)	30%
Fisioterapia, medicina física y terapia ocupacional incluidos servicios de quiropráctica (<i>se limitan a 24 visitas/año calendario; se pueden autorizar visitas adicionales</i>)	10%	30%
Terapia del habla		
➤ Terapia del habla para pacientes ambulatorios como consecuencia de lesiones o enfermedades orgánicas	10%	30%
Acupuntura		
➤ Servicios para el tratamiento de enfermedades o lesiones (<i>se limitan a 12 visitas/año calendario</i>)	10% ³	30% ³
Trastornos de la articulación temporomandibular		
➤ Tratamiento con férula y tratamiento quirúrgico	10% ⁴	
Atención de embarazo y maternidad		
➤ Visitas al consultorio médico	\$25/visita ² (sin deducible)	30%
➤ Medicamento recetado para aborto optativo (<i>mifepristona</i>) Parto normal, cesárea, complicaciones del embarazo y aborto (<i>cobertura de la atención de rutina para recién nacidos si la madre biológica es la suscriptora o la cónyuge/pareja doméstica de un empleado inscrito</i>)	10%	30%
➤ Servicios del médico a pacientes hospitalizados	10%	30%
➤ Servicios hospitalarios y auxiliares	10%	30%

¹ El copago en porcentaje para servicios que no son de emergencia y que son prestados por proveedores que no son de Anthem Blue Cross PPO se basa en la suma programada.

² El copago en dólares corresponde solo a la visita. Se aplica un copago adicional del 10% para cualquier servicio prestado en el consultorio (es decir, radiografías, análisis de laboratorio, cirugía), después de cualquier deducible correspondiente.

³ Los servicios de acupuntura pueden ser prestados por un acupunturista autorizado (C.A.), un médico (M.D.), un osteópata (D.O.), un podólogo (D.P.M.) o un dentista (D.D.S.).

⁴ Estos proveedores no figuran en la red de PPO de Anthem Blue Cross.

Servicios cubiertos	PPO: Copago por miembro	No PPO: Copago por miembro ¹
Trasplantes de órganos y tejidos (<i>sujetos a revisión de utilización; se aplicará una multa de \$500 por falta de certificación previa; los trasplantes de órganos especificados están cubiertos solamente cuando se realizan en un Centro de Excelencia Médica [CME]</i>)		
➤ Servicios provistos a pacientes hospitalizados en relación con trasplantes de órganos o de tejidos que no tengan como fin la investigación	10%	Sin cobertura
➤ Gastos de transporte por trasplantes autorizados y especificados en un CME (<i>el transporte del receptor y el acompañante se limita a \$10,000 por trasplante</i>)	Sin copago (sin deducible)	
➤ La búsqueda de donantes para trasplante que no sean parientes se limita a \$30,000 por trasplante		
Cirugía bariátrica (<i>sujeta a revisión de utilización; se aplicará una multa de \$500 por falta de certificación previa; cirugía necesaria por motivos médicos para pérdida de peso, solo para obesidad mórbida, está cubierta solo cuando se realiza en un Centro de Excelencia Médica [CME]</i>)		
➤ Servicios provistos a pacientes hospitalizados en relación con una cirugía necesaria por motivos médicos para bajar de peso, solo en caso de obesidad mórbida	10%	Sin copago (sin deducible)
➤ Gastos de viaje para cirugía bariátrica si la vivienda del miembro se encuentra a 50 millas de distancia o más del CME en cirugía bariátrica más cercano (<i>el transporte del miembro hasta y desde el CME se limita a \$130/persona/viaje por 3 viajes [visita prequirúrgica, cirugía inicial y una visita de seguimiento]; el transporte de un acompañante hacia y desde el CME se limita a \$130/persona/viaje por 2 viajes [cirugía inicial y una visita de seguimiento]; el hotel para el miembro y un acompañante se limita a una habitación doble y a \$100/día por 2 días/viaje, o bien según sea médicamente necesario, para la visita prequirúrgica y la visita de seguimiento; el hotel para un acompañante se limita a una habitación doble y a \$100/día durante la estadía por cirugía inicial del miembro por un lapso de 4 días; los otros gastos razonables se limitan a \$25/día/persona por 4 días/viaje</i>)		
Cirugía cardíaca, cirugía ortopédica (incluye cirugía de columna, reemplazo de rodilla y cadera) (<i>sujeta a revisión de utilización; se aplicará una multa de \$500 por falta de certificación previa. Se cubren solo cuando se realizan en Centros de Excelencia Médica Blue Distinction Center+ (BDC+).</i>)		
➤ Servicios provistos a pacientes hospitalizados en relación con una cirugía necesaria por motivos médicos	100%	Sin cobertura
Programas de educación sobre la diabetes (<i>requiere supervisión médica</i>)		
➤ Educación para los miembros y sus familias sobre el proceso de la enfermedad, la administración diaria de la terapia contra la diabetes y el entrenamiento de autoadministración	10%	30%
Dispositivos prostéticos		
➤ Cobertura para prótesis mamarias; dispositivos prostéticos para restaurar un método de habla; implantes quirúrgicos; extremidades ortopédicas o prótesis oculares; el primer par de lentes de contacto o de anteojos que sea necesario a raíz de una cirugía ocular; y calzado terapéutico y plantillas para miembros con diabetes (<i>sin límites para prótesis después de una mastectomía o dispositivos protéticos después de la laringectomía</i>)	10% 20% para dispositivos prostéticos facturados por los proveedores	30%
Equipo médico duradero		
➤ Alquiler o compra de equipo médico duradero como dispositivos para la audición, equipos y suministros para diálisis (<i>el beneficio está disponible como un audífono por oído cada tres años</i>)	10%	30%
Suministros y servicios médicos relacionados para pacientes ambulatorios		
➤ Transporte por ambulancia terrestre o aérea, servicios y suministros descartables		20% ²
➤ Transfusiones sanguíneas, procesamiento de la sangre y costo de sangre y hemoderivados que no hayan sido reemplazados		20% ²
➤ Sangre autóloga (<i>recolección de sangre propia, pruebas, procesamiento y almacenamiento para cirugía planificada</i>)		20% ²

¹ El copago en porcentaje para servicios que no son de emergencia y que son prestados por proveedores que no son de Anthem Blue Cross PPO se basa en la suma programada.

² Estos proveedores no figuran en la red de PPO de Anthem Blue Cross.

Servicios cubiertos	PPO: Copago por miembro	No PPO: Copago por miembro ¹
Atención de emergencia		
➤ Servicios y suministros en sala de emergencias (<i>sin deducible de \$50 si se admite al paciente</i>)	10%	10%
➤ Servicios y suministros hospitalarios para pacientes hospitalizados	10%	10%
➤ Servicios del médico	10%	10%
Trastornos mentales o nerviosos y por abuso de sustancias		
Atención para pacientes hospitalizados		
➤ Atención en un centro (<i>sujeta a revisión de utilización; se aplicará una multa de \$500 por falta de certificación previa; sin cargo para admisiones de emergencia</i>)	10%	30%
➤ Visitas médicas de pacientes hospitalizados	10%	30%
Atención ambulatoria		
➤ Atención en un centro (<i>sujeta a revisión de utilización; sin cargo para admisiones de emergencia</i>)	10% (sin deducible)	10% (sin deducible)
➤ Visitas médicas a pacientes ambulatorios	10% (sin deducible)	10% (sin deducible)

¹ El copago en porcentaje para servicios que no son de emergencia y que son prestados por proveedores que no son de Anthem Blue Cross PPO se basa en la suma programada.

² El copago en dólares corresponde solo a la visita. Se aplica un copago adicional del 10% para cualquier servicio prestado en el consultorio (es decir, radiografías, análisis de laboratorio, cirugía) después de cualquier deducible correspondiente.

Este Resumen de Beneficios es una breve revisión de los beneficios. Una vez inscritos, los miembros recibirán una Descripción Resumida del Plan, que explica en detalle las exclusiones y las limitaciones, así como la variedad completa de servicios cubiertos por el plan.

PPO: exclusiones y limitaciones

No necesario por motivos médicos. Servicios o suministros que no son necesarios por motivos médicos, según se los haya definido.

Experimental o de investigación. Todo procedimiento o medicamento de carácter experimental o de investigación. Sin embargo, si se niegan beneficios al miembro porque se determina que el tratamiento solicitado es experimental o de investigación, puede solicitar una revisión médica independiente, según se describe en la Descripción Resumida del Plan.

Fuera de los Estados Unidos. Los servicios o suministros brindados y facturados por un proveedor fuera de los Estados Unidos, a menos que estos servicios o suministros se brinden en casos de atención de urgencia o de emergencia.

Crimen o energía nuclear. Afecciones producidas por (1) la perpetración de un delito grave o el intento de cometer un delito grave por parte del miembro, siempre que no haya lesiones causadas por una afección médica o un acto de violencia doméstica; o bien por (2) toda liberación de energía nuclear, independientemente de que se produzca como consecuencia de una guerra o no, cuando existan fondos gubernamentales para tratar la enfermedad o lesión que dicha liberación de energía nuclear provoque.

Sin cobertura. Servicios que el miembro recibe antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Servicios recibidos luego de la finalización de la cobertura del miembro, salvo que se los estipule como cubiertos en la Descripción Resumida del Plan.

Sumas excedentes. Todos los montos que superen el gasto cubierto o el monto máximo de por vida.

Relacionado con el trabajo. Afecciones relacionadas con el trabajo, si los beneficios se recuperan o se pueden recuperar, ya sea por fallo, liquidación o de alguna otra forma, de acuerdo con cualquier ley de compensación para trabajadores, ley de responsabilidad del empleador o ley de enfermedades laborales, independientemente de si el miembro reclama dichos beneficios. Si existe una disputa de incertidumbre sustancial respecto a la posibilidad de recuperar los beneficios por las afecciones conforme a la compensación del trabajador, los beneficios de este plan para esas afecciones se brindan de acuerdo con el derecho de recuperación y reembolso según el Código de Trabajo de California, Sección 4903, según se los estipule como cubiertos en la Descripción Resumida del Plan.

Tratamiento a cargo del gobierno. Todo servicio que el miembro haya recibido realmente por una agencia del gobierno municipal, estatal o federal, excepto cuando la ley federal o estatal exija expresamente el pago conforme a este plan. No cubriremos el pago de estos servicios si el miembro no está obligado a pagarlos o si se proporcionan a la persona asegurada en forma gratuita.

Servicios por parte de familiares. Servicios profesionales recibidos de una persona que habite en el hogar del miembro o que esté relacionada con el miembro mediante vínculo consanguíneo o matrimonial, excepto en la medida en que se especifiquen como cubiertos en la Descripción Resumida del Plan.

Pago voluntario. Servicios que el miembro no esté legalmente obligado a pagar o por los cuales no se cobrarían cargos si no existiera cobertura de seguro u otra cobertura de plan de salud, excepto los servicios recibidos en un hospital benéfico de investigación que no pertenezca al gobierno. Un hospital de tales características debe cumplir las siguientes pautas:

1. Se lo debe reconocer en el ámbito internacional por estar dedicado principalmente a la investigación médica.
2. Debe invertir por lo menos el 10% de su presupuesto anual en investigación no relacionada directamente con la atención de pacientes.
3. Debe obtener por lo menos la tercera parte de sus ingresos brutos de donaciones o subsidios que no sean obsequios o pagos por atención de pacientes.
4. Debe aceptar pacientes que no puedan pagar.
5. Dos tercios de sus pacientes deben sufrir afecciones relacionadas directamente con las investigaciones que realiza el hospital.

Servicios sin especificar. Servicios que el plan no indica específicamente como servicios cubiertos.

Contratos privados. Servicios o suministros proporcionados conforme a un contrato privado celebrado entre el miembro y un proveedor, para los cuales está prohibido el reembolso según el programa Medicare, tal como se especifica en la Sección 1802 (42 U.S.C. 1395a) del Título XVIII de la Ley del Seguro Social.

Pruebas de diagnóstico para pacientes hospitalizados. Cargos por comida y alojamiento relacionados con la hospitalización, principalmente en el caso de pruebas de diagnóstico que podrían haberse realizado de manera segura en forma ambulatoria.

Trastornos mentales o nerviosos. Pruebas de índole académica o educativa, procedimientos de asesoramiento y recuperación. Trastornos mentales o nerviosos o alcoholismo o drogadicción, que incluye atención de rehabilitación relacionada con estas afecciones, excepto en la medida en que se hayan especificado como cubiertos en la Descripción Resumida del Plan.

Ortodoncia. Frenos y otros aparatos o servicios de ortodoncia.

Servicios o suministros dentales. Placas dentales, puentes, coronas, fundas u otras prótesis dentales, implantes dentales, servicios dentales, extracción de piezas dentarias, tratamiento de dientes o encías, o tratamiento de cualquier trastorno de la articulación temporomandibular (de la mandíbula), salvo que se los estipule como cubiertos en la Descripción Resumida del Plan. Cirugía dental cosmética u otros servicios dentales para embellecimiento.

Servicios o suministros optométricos. Servicios optométricos y ejercicios oculares, incluida la ortóptica. Exploraciones oculares de rutina y refracciones oculares de rutina, anteojos o lentes de contacto, excepto en la medida en que se hayan especificado como cubiertos en la Descripción Resumida del Plan.

Terapia ocupacional para pacientes ambulatorios. Terapia ocupacional para pacientes ambulatorios, salvo cuando sea provista por una agencia de atención médica a domicilio, un centro de hospicio o un proveedor de terapia de infusión, según se la estipule como cubierta en la Descripción Resumida del Plan.

Terapia del habla para pacientes ambulatorios. Terapia del habla para pacientes ambulatorios, excepto en la medida en que se haya especificado como cubierto en la Descripción Resumida del Plan.

Cirugía cosmética. Cirugía cosmética u otros servicios realizados exclusivamente con objetivos de embellecimiento o para alterar o reformar las estructuras o los tejidos normales (incluido el envejecimiento) del cuerpo para mejorar el aspecto. Esta exclusión no se aplica a la cirugía reconstructiva (es decir, la cirugía que se realiza para corregir malformaciones causadas por lesiones, enfermedades o anomalías congénitas o en el desarrollo, o que tienen por objeto mejorar el funcionamiento del cuerpo o la sintomatología o crear un aspecto normal), incluidas las cirugías realizadas para restaurar la simetría luego de una mastectomía. La cirugía cosmética no adquiere carácter de cirugía reconstructiva por motivos psicológicos o psiquiátricos.

Programas comerciales para perder peso. Programas para perder peso, aunque la participación se realice bajo la supervisión médica o de un *médico*, salvo que se mencionen como cubiertos específicamente en este *plan*.

Esta exclusión incluye, entre otros, los programas comerciales para perder peso (Weight Watchers, Jenny Craig, LA Weight Loss) y los programas de ayuno.

Esta exclusión no se aplica a los tratamientos *necesarios por motivos médicos* para la obesidad mórbida ni a la evaluación o el asesoramiento nutricional, tampoco se aplica a los programas de modificación del comportamiento para el tratamiento de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa. El tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida está cubierto, según se describe en la Descripción Resumida del Plan.

Reversión de la esterilización.

Tratamiento de la infertilidad. Todos los servicios o suministros proporcionados en relación con el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad que incluyen, entre otros, pruebas de diagnóstico, medicamentos, cirugía, inseminación artificial, fertilización in vitro, reversión de la esterilización y transferencia intratubárica de gametos.

Servicios de alquiler de vientre. Todos los servicios y suministros que se proporcionen a una persona que no esté cubierta por el plan en relación con un alquiler de vientre (que incluye, entre otros, una mujer que da a luz a un niño para una pareja infértil).

Artículos ortopédicos. Artículos ortopédicos, calzado ortopédico (que no sea el calzado unido a los aparatos ortopédicos) o plantillas de botas para yeso o moldeadas que no se fabriquen a medida, excepto los zapatos y las plantillas terapéuticas para la prevención y el tratamiento de las complicaciones del pie relacionadas con la diabetes, en la medida en que se hayan especificado como cubiertos en la Descripción Resumida del Plan.

Acondicionadores de aire. Purificadores de aire, equipos de aire acondicionado o humidificadores.

Atención de custodia o curaciones a base de reposo. Cargos de habitación y alimentos para pacientes hospitalizados en relación con una hospitalización realizada principalmente para cambiar el entorno o para recibir fisioterapia. Servicios prestados por un hogar de descanso, hogar para personas mayores, un hogar de ancianos o cualquier otro centro similar. Servicios proporcionados por un centro de enfermería especializada, atención de custodia o curas de descanso, salvo que se los estipule como cubiertos en la Descripción Resumida del Plan.

Dolor crónico. Tratamiento del dolor crónico, excepto en la medida en que se especifique como cubierto en la Descripción Resumida del Plan.

Membresías de centros de entrenamiento. Membresías de centros de entrenamiento, equipo para realizar ejercicios, los cargos de un instructor físico o de un entrenador personal, o todo otro cargo por actividades, equipo o centros que se utilizan normalmente para desarrollar o mantener un buen estado físico, incluso cuando los recete un médico. Esta exclusión también se aplica a los spas.

Artículos personales. Todo suministro para fines de comodidad, higiene o embellecimiento.

Educación o asesoramiento. Servicios educativos o asesoramiento nutricional, excepto en la medida en que se especifiquen como cubiertos en la Descripción Resumida del Plan. Esta exclusión no se aplica al asesoramiento brindado para el tratamiento de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa.

Suplementos dietéticos o alimenticios. Suplementos dietéticos o nutricionales, excepto según se estipula en este *plan* o requerido por ley. Esta exclusión incluye, entre otras, las fórmulas nutricionales y los suplementos dietéticos de venta libre, cuya adquisición no requiere por ley una receta escrita ni que los dispense un farmacéutico autorizado.

Exámenes o pruebas de rutina. Las pruebas o los exámenes físicos de rutina que no traten directamente una enfermedad, lesión o afección reales, incluidos aquellos exigidos para el empleo o por autoridades gubernamentales, salvo que se los estipule como cubiertos en la Descripción Resumida del Plan.

Cirugía ocular para corregir defectos de refracción. Toda cirugía ocular con el único o principal propósito de corregir los defectos refractivos de los ojos, tales como visión corta (miopía) y/o astigmatismo. Lentes de contacto y anteojos requeridos como consecuencia de esta cirugía.

Fisioterapia o medicina física. Servicios de un médico para fisioterapia o medicina física, salvo cuando se proporcionen durante una hospitalización cubierta o si se los estipula como cubiertos en la Descripción Resumida del Plan.

Fármacos y medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Medicamentos o medicaciones, e insulina recetados para pacientes ambulatorios, salvo que se los estipule como cubiertos en la Descripción Resumida del Plan. Todo medicamento o fármaco original o patentado de venta libre sin receta. Cosméticos, accesorios de salud o de belleza.

Dispositivos anticonceptivos. Dispositivos anticonceptivos recetados para el control de la natalidad según lo estipule como cubiertos en la Descripción Resumida del Plan.

Suministros para diabéticos. Suministros recetados y sin receta para personas con diabetes, salvo que se los estipule como cubiertos en la Descripción Resumida del Plan.

Servicios de enfermería privada. Servicios de enfermería privada para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Programas de estilo de vida. Programas que modifican el estilo de vida del individuo, que pueden incluir, entre otras cosas, dieta, ejercicio, imagen o nutrición. Esta exclusión no se aplicará a los programas de rehabilitación cardíaca aprobados por nosotros.

Responsabilidad de terceros. Anthem Blue Cross tiene derecho a reembolsar los beneficios pagados si usted se recupera de daños causados por una tercera parte legalmente responsable.

Coordinación de beneficios. Los beneficios de este plan pueden reducirse si el miembro posee otra cobertura grupal dental o de salud, de manera que los servicios recibidos de todas las coberturas grupales no superen el 100% del gasto cubierto.

Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Licenciataria independiente de Blue Cross Association. © ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. El nombre y el símbolo de Blue Cross son marcas registradas de Blue Cross Association.