



A nonprofit corporation and independent licensee  
of the Blue Cross and Blue Shield Association

## SCHUPAN & SONS

0070147300005 - 0983L

Fecha de entrada en vigencia: 01/01/2024

Este documento está diseñado para ser un resumen fácil de leer y proporciona solo una descripción general de sus beneficios. No es un contrato. Pueden aplicarse limitaciones y exclusiones adicionales. Los montos de pago están basados en el monto aprobado de BCBSM, menos cualquier deducible o copago aplicables. Para obtener una descripción completa de los beneficios, consulte los certificados y los anexos aplicables de BCBSM si su grupo está suscrito. Si su grupo está autofinanciado, consulte cualquier otro documento del plan que use su grupo. Si existe una discrepancia entre esta descripción general de beneficios y cualquier documento del plan aplicable, regirá el documento del plan.

**Autorización previa para servicios de especialidades:** los servicios que figuran en esta descripción general de beneficios están cubiertos cuando se suministran en conformidad con los requisitos del certificado y, de ser necesario, cuando están autorizados previamente o aprobados por BCBSM, excepto en una emergencia.

**Nota:** puede encontrar en línea una lista de servicios que requieren aprobación **antes** de que sean suministrados en [bcbsm.com/importantinfo](https://bcbsm.com/importantinfo). Seleccione **Aprobación de servicios cubiertos**.

Para obtener información sobre los precios de diversos procedimientos proporcionados por proveedores dentro de la red, llame al número de servicio de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de BCBSM y proporcione el código del procedimiento. Si usted lo solicita, su proveedor también puede brindarle esta información.

**Autorización previa para medicamentos farmacéuticos de especialidad:** BCBSM pagará los medicamentos farmacéuticos de especialidad aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) que cumplen con los criterios de la póliza médica de BCBSM para el tratamiento de la afección. El médico que los receta debe comunicarse con BCBSM para solicitar la autorización previa de los medicamentos. **Si no se intenta conseguir autorización previa, BCBSM rechazará la reclamación y todos los cargos serán responsabilidad del miembro.**

Los medicamentos de especialidad son medicamentos biotecnológicos que incluyen medicamentos de costo elevado para infusión, inyectables o administración oral y otros medicamentos relacionados con categorías de enfermedades especiales u otras categorías. BCBSM determina cuáles son los medicamentos específicos pagaderos. Esto puede incluir medicamentos para tratar el asma, la artritis reumatoide, la esclerosis múltiple y muchas otras enfermedades, así como los medicamentos de quimioterapia utilizados en el tratamiento del cáncer, pero excluye a la insulina inyectable.

Blue Cross solo proporciona servicios de reclamaciones administrativas. Su empleador o patrocinador del plan es financieramente responsable de las reclamaciones.

ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9123 MED;ASCMOD 9519 MED;DHSAD2KIN4KON A;HSAOPM3KIN6KONA;NFAX-3 ASC;SB-HSA-AMB ASC;SBD HSA ASC;SBD HSA OLV ASC;SBDHSAOCSM24ASC;SBHSAPREVRX100A;SP10408015%25%A

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Están cubiertos al nivel de beneficios dentro de la red los servicios de un proveedor que no pertenezca a una red de organizaciones de proveedores preferidos (PPO) de Michigan así como los servicios de un proveedor fuera de la red en una zona geográfica de Michigan que BCBSM considere un "área de escaso acceso" para la especialidad de ese proveedor en particular. Si recibe atención de un proveedor no participante, aun cuando haya sido derivado, es posible que le cobren la diferencia entre nuestro monto aprobado y el cargo del proveedor.

## Información sobre la elegibilidad

Miembro	Criterios de elegibilidad
Dependientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cónyuge legítimo del suscriptor</li> <li><b>Hijos dependientes:</b> relacionados por nacimiento, matrimonio, adopción legal o tutela legal; elegibles para cobertura hasta el final del año en que cumplen 26 años.</li> </ul>
Accidentes vehiculares sin culpa, opción 3	<p>Clarifica cómo se coordinará el pago para servicios médicos entre BCBSM y la compañía aseguradora de automóviles de un miembro cuando un miembro está involucrado en un accidente vehicular. En todos los casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>BCBSM será el plan secundario al pagar beneficios por lesiones que son el resultado directo o indirecto de un accidente vehicular, más allá de las disposiciones comprendidas en la póliza de seguro para vehículo automotor sin culpa del miembro, y</li> <li>BCBSM no duplicará los beneficios disponibles bajo la póliza de seguro para vehículo automotor sin culpa del miembro.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> el pago de BCBSM, cuando se combina con cualquier pago que recibe un miembro según la póliza de seguro para vehículo automotor sin culpa, no será de más del 100 por ciento del monto aprobado por BCBSM para los servicios cubiertos.</p>

## Responsabilidad del miembro (deducibles, copagos, coseguros y montos máximos en dólares)

**Nota:** Si un proveedor dentro de la red lo deriva a un proveedor fuera de la red, todos los servicios cubiertos obtenidos de ese proveedor fuera de la red estarán sujetos a los costos compartidos fuera de la red aplicables.

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducibles</b>  <b>Nota:</b> su deducible combina montos de deducible pagados por su cobertura médica de Simply Blue HSA y su cobertura de medicamentos recetados de Simply Blue.  <b>Nota:</b> El deducible familiar completo debe cumplirse en un contrato de dos personas o familiar antes de que se paguen los beneficios para cualquiera de las personas en el contrato.	\$2,000 para un contrato de una sola persona \$4,000 para un contrato familiar (dos miembros o más) cada año calendario <b>(sin traspaso del cuarto trimestre)</b>	\$4,000 para un contrato de una persona u \$8,000 para un contrato familiar (dos o más miembros) cada año calendario <b>(sin traspaso del cuarto trimestre)</b>
<b>Copagos fijos en dólares</b>	Consulte la sección "Medicamentos recetados"	Consulte la sección "Medicamentos recetados"
<b>Montos de coseguro (copagos en porcentaje)</b>  <b>Nota:</b> los montos de coseguro se aplican una vez que se alcanzó el deducible.	20% del monto aprobado para la mayoría de los servicios cubiertos	40% del monto aprobado para la mayoría de los servicios cubiertos
<b>Montos máximos anuales a su cargo:</b> se aplica a los deducibles y montos de coseguro para todos los servicios cubiertos, incluidos los montos de costos compartidos para los medicamentos recetados	\$3,000 para un contrato de una sola persona \$6,000 para un contrato familiar (dos miembros o más) cada año calendario	\$6,000 para un contrato de una sola persona \$12,000 para un contrato familiar (dos miembros o más) cada año calendario
<b>Monto máximo en dólares vitalicio</b>	Ninguna	

ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9123 MED;ASCMOD 9519 MED;DHSAD2KIN4KON A;HSAOPM3KIN6KONA;NFAX-3 ASC;SB-HSA-AMB ASC;SBD HSA ASC;SBD HSA OLV ASC;SBDHSAOCSM24ASC;SBHSAPREVRX100A;SP10408015%25%A

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Están cubiertos al nivel de beneficios dentro de la red los servicios de un proveedor que no pertenezca a una red de organizaciones de proveedores preferidos (PPO) de Michigan así como los servicios de un proveedor fuera de la red en una zona geográfica de Michigan que BCBSM considere un "área de escaso acceso" para la especialidad de ese proveedor en particular. Si recibe atención de un proveedor no participante, aun cuando haya sido derivado, es posible que le cobren la diferencia entre nuestro monto aprobado y el cargo del proveedor.

## Servicios de atención preventiva

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen de mantenimiento de la salud: incluye radiografía de tórax, electrocardiograma, pruebas de detección del colesterol y otros procedimientos determinados de laboratorio	100% (sin deducible ni copago/ coseguro), uno por miembro por año calendario  <b>Nota:</b> se pueden permitir visitas adicionales de mujeres sanas según la necesidad médica.	Sin cobertura
Examen ginecológico	100% (sin deducible ni copago/ coseguro), dos por miembro por año calendario  <b>Nota:</b> se pueden permitir visitas adicionales de mujeres sanas según la necesidad médica.	Sin cobertura
Prueba de Papanicolaou: servicios de laboratorio y patología	100% (sin deducible ni copago/ coseguro), uno por miembro por año calendario	Sin cobertura
Esterilización voluntaria de órganos reproductores femeninos	100% (sin deducible ni copago/ coseguro)	60% después del deducible fuera de la red
Dispositivos anticonceptivos recetados: incluyen la inserción y el retiro de un dispositivo intrauterino por un médico certificado	100% (sin deducible ni copago/ coseguro)	60% después del deducible fuera de la red
Inyecciones anticonceptivas	100% (sin deducible ni copago/ coseguro)	60% después del deducible fuera de la red
Visitas para bebés y niños sanos	100% (sin deducible ni copago/ coseguro) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 visitas, desde el nacimiento hasta los 12 meses</li> <li>• 6 visitas, desde los 13 meses hasta los 23 meses</li> <li>• 6 visitas, desde los 24 meses hasta los 35 meses</li> <li>• 2 visitas, desde los 36 meses hasta los 47 meses</li> <li>• Las visitas posteriores a los 47 meses están limitadas a una por miembro por año calendario según el beneficio de examen de mantenimiento de la salud</li> </ul>	Sin cobertura
Vacunas y servicios preventivos para adultos y niños según lo recomiendan el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización (ACIP), la Administración de Servicios y Recursos Médicos (HRSA) u otras fuentes que admita BCBSM que cumplan con las disposiciones de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio	100% (sin deducible ni copago/ coseguro)	Sin cobertura
Análisis de sangre oculta en materia fecal	100% (sin deducible ni copago/ coseguro), uno por miembro por año calendario	Sin cobertura
Sigmoidoscopia flexible	100% (sin deducible ni copago/ coseguro), uno por miembro por año calendario	Sin cobertura
Prueba del antígeno prostático específico (PSA)	100% (sin deducible ni copago/ coseguro), uno por miembro por año calendario	Sin cobertura

**ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9123 MED;ASCMOD 9519 MED;DHSAD2KIN4KON A;HSAOPM3KIN6KONA;NFAX-3 ASC;SB-HSA-AMB ASC;SBD HSA ASC;SBD HSA OLV ASC;SBDHSAOCSM24ASC;SBHSAPREVRX100A;SP10408015%25%A**

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Están cubiertos al nivel de beneficios dentro de la red los servicios de un proveedor que no pertenezca a una red de organizaciones de proveedores preferidos (PPO) de Michigan así como los servicios de un proveedor fuera de la red en una zona geográfica de Michigan que BCBSM considere un "área de escaso acceso" para la especialidad de ese proveedor en particular. Si recibe atención de un proveedor no participante, aun cuando haya sido derivado, es posible que le cobren la diferencia entre nuestro monto aprobado y el cargo del proveedor.

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Mamografía de rutina y lectura relacionada	100% (sin deducible ni copago/ coseguro)  <b>Nota:</b> las mamografías subsiguientes médicamente necesarias realizadas durante el mismo año calendario están sujetas a su deducible y coseguro, si correspondiera.	60% después del deducible fuera de la red  <b>Nota:</b> las lecturas e interpretaciones fuera de la red son pagaderas solo cuando la mamografía en sí es realizada por un proveedor dentro de la red.
Una por miembro por año calendario		
Colonoscopia: de rutina o médicamente necesaria	100% (sin deducible ni copago/ coseguro) para la colonoscopia de rutina  <b>Nota:</b> las colonoscopias médicamente necesarias realizadas durante el mismo año calendario están sujetas a su deducible y coseguro, si correspondiera.	60% después del deducible fuera de la red
Una colonoscopia de rutina por miembro por año calendario		

Servicios en el consultorio del médico		
Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Visitas al consultorio: deben ser médicamente necesarias	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red
Visitas en línea: con un médico, deben ser médicamente necesarias  <b>Nota:</b> las visitas en línea con un proveedor seleccionado que no sea de BCBSM no están cubiertas. No todos los servicios prestados virtualmente se consideran una visita en línea, pero pueden considerarse telemedicina. Los servicios de telemedicina estarán sujetos al costo compartido aplicable asociado con el servicio brindado.	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red
Visitas de atención médica domiciliaria y para pacientes ambulatorios: deben ser médicamente necesarias	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red
Consultas en el consultorio: deben ser médicamente necesarias	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red
Visitas de atención urgente: deben ser médicamente necesarias	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red

Atención médica de emergencia		
Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Sala de emergencias del hospital	80% después del deducible dentro de la red	80% después del deducible dentro de la red
Servicios de ambulancia: deben ser médicamente necesarios	80% después del deducible dentro de la red	80% después del deducible dentro de la red

Servicios de diagnóstico		
Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de laboratorio y patología	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red
Pruebas diagnósticas y radiografías	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red
Radiología terapéutica	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red

ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9123 MED;ASCMOD 9519 MED;DHSAD2KIN4KON A;HSAOPM3KIN6KONA;NFAX-3 ASC;SB-HSA-AMB ASC;SBD HSA ASC;SBD HSA OLV ASC;SBDHSAOCM24ASC;SBHSAPREVRX100A;SP10408015%25%A

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Están cubiertos al nivel de beneficios dentro de la red los servicios de un proveedor que no pertenezca a una red de organizaciones de proveedores preferidos (PPO) de Michigan así como los servicios de un proveedor fuera de la red en una zona geográfica de Michigan que BCBSM considere un "área de escaso acceso" para la especialidad de ese proveedor en particular. Si recibe atención de un proveedor no participante, aun cuando haya sido derivado, es posible que le cobren la diferencia entre nuestro monto aprobado y el cargo del proveedor.

## Servicios de maternidad provistos por un médico o por una enfermera partera certificada

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Visitas de atención prenatal	100% (sin deducible ni copago/ coseguro)	60% después del deducible fuera de la red
Atención posnatal	100% (sin deducible ni copago/ coseguro)	60% después del deducible fuera de la red
Atención en el parto y en la sala de recién nacidos	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red

## Atención hospitalaria

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Habitación semiprivada, atención de médicos para pacientes hospitalizados, atención de enfermería general, servicios y suministros hospitalarios	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red
Días ilimitados		
Consultas para pacientes hospitalizados	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red
Quimioterapia	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red

## Alternativas a la atención hospitalaria

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención de enfermería especializada: debe proporcionarse en un centro de enfermería especializada participante	80% después del deducible dentro de la red	80% después del deducible dentro de la red
Límite de un máximo de 90 días por miembro por año calendario		
Cuidados paliativos	80% después del deducible dentro de la red	80% después del deducible dentro de la red
Hasta 28 visitas de asesoramiento previas al cuidado paliativo antes de elegir los servicios de cuidados paliativos; una vez elegidos, cuatro períodos de 90 días, provistos <b>únicamente</b> a través de un programa de cuidados paliativos <b>participante</b> ; limitados a un monto máximo en dólares que se revisa y se ajusta periódicamente (después de alcanzar el monto máximo en dólares, el miembro pasa a la administración de casos individuales).		
Atención médica en el hogar: <ul style="list-style-type: none"> <li>debe ser médicamente necesaria</li> <li>debe ser provista por una agencia de atención médica en el hogar <b>participante</b></li> </ul>	80% después del deducible dentro de la red	80% después del deducible dentro de la red
Terapia de infusión: <ul style="list-style-type: none"> <li>debe ser médicamente necesaria</li> <li>debe ser provista por un proveedor <b>participante</b> de terapia de infusión en el hogar (HIT) o en un Centro de infusión ambulatorio (AIC) independiente <b>participante</b></li> <li>puede utilizar medicamentos que requieran autorización previa, consúltelo con su médico</li> </ul>	80% después del deducible dentro de la red	80% después del deducible dentro de la red

## Servicios quirúrgicos

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Cirugía: incluye servicios quirúrgicos relacionados y servicios en el centro médicamente necesarios proporcionados por un centro de cirugía ambulatoria <b>participante</b> .	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red
Consultas prequirúrgicas	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red

ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9123 MED;ASCMOD 9519 MED;DHSAD2KIN4KON A;HSAOPM3KIN6KONA;NFAX-3 ASC;SB-HSA-AMB ASC;SBD HSA ASC;SBD HSA OLV ASC;SBDHSAOCMSM24ASC;SBHSAPREVRX100A;SP10408015%25%A

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Están cubiertos al nivel de beneficios dentro de la red los servicios de un proveedor que no pertenezca a una red de organizaciones de proveedores preferidos (PPO) de Michigan así como los servicios de un proveedor fuera de la red en una zona geográfica de Michigan que BCBSM considere un "área de escaso acceso" para la especialidad de ese proveedor en particular. Si recibe atención de un proveedor no participante, aun cuando haya sido derivado, es posible que le cobren la diferencia entre nuestro monto aprobado y el cargo del proveedor.

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Esterilización voluntaria de órganos reproductores masculinos	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red
<b>Nota:</b> para la esterilización voluntaria de los órganos reproductores femeninos, consulte “ <b>Servicios de atención preventiva</b> ”.		
Abortos voluntarios	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red

Trasplantes de órganos humanos		
Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Trasplantes de órganos humanos especificados: deben realizarse en el centro <b>designado</b> y deben ser coordinados a través del programa de trasplante de órganos humanos de BCBSM (1-800-242-3504).	80% después del deducible dentro de la red	80% después del deducible dentro de la red, en centros designados <b>únicamente</b>
Trasplantes de médula ósea: deben ser coordinados a través del Programa de Trasplantes de Órganos Humanos de BCBSM (1-800-242-3504)	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red
Ensayos clínicos de oncología especificados	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red
<b>Nota:</b> BCBSM cubre los ensayos clínicos de acuerdo con la ley PPACA.		
Trasplantes de riñón, córnea y piel	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios:		
• centro y clínica	80% después del deducible dentro de la red	80% después del deducible dentro de la red en centros participantes únicamente
• visitas en línea	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red
<b>Nota:</b> las visitas en línea con un proveedor seleccionado que no sea de BCBSM no están cubiertas.		
• consultorio del médico	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red
Tratamiento para trastornos por el consumo de sustancias para pacientes ambulatorios: en centros aprobados únicamente	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red (se aplicará el costo compartido dentro de la red si no hay una red PPO)

Diagnósticos y tratamiento de trastornos del espectro autista		
Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Tratamiento de análisis conductual aplicado (ABA): cuando lo presta un analista conductual certificado aprobado, sujeto a autorización previa	80% después del deducible dentro de la red	80% después del deducible dentro de la red
<b>Nota:</b> antes de buscar tratamiento ABA, el miembro debe ser evaluado por un equipo interdisciplinario que incluye, entre otros, un médico, un especialista en salud conductual y un especialista del habla y el lenguaje para que los servicios se autoricen. Esta evaluación interdisciplinaria se puede realizar en un centro de evaluación de autismo aprobado (AAEC).		
Fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y asesoramiento nutricional para pacientes ambulatorios con trastornos del espectro autista	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red
La fisioterapia, terapia del habla y ocupacional con un diagnóstico de autismo son ilimitadas.		
Otros servicios cubiertos, incluidos servicios de salud mental, para trastornos del espectro autista	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red

ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9123 MED;ASCMOD 9519 MED;DHSAD2KIN4KON A;HSAOPM3KIN6KONA;NFAX-3 ASC;SB-HSA-AMB ASC;SBD HSA ASC;SBD HSA OLV ASC;SBDHSAOCMS24ASC;SBHSAPREVRX100A;SP10408015%25%A

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Están cubiertos al nivel de beneficios dentro de la red los servicios de un proveedor que no pertenezca a una red de organizaciones de proveedores preferidos (PPO) de Michigan así como los servicios de un proveedor fuera de la red en una zona geográfica de Michigan que BCBSM considere un “área de escaso acceso” para la especialidad de ese proveedor en particular. Si recibe atención de un proveedor no participante, aun cuando haya sido derivado, es posible que le cobren la diferencia entre nuestro monto aprobado y el cargo del proveedor.

## Otros servicios cubiertos

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Programa para el control de la diabetes en pacientes ambulatorios (ODMP)  <b>Nota:</b> los servicios de detección exigidos en las disposiciones de la ley PPACA están cubiertos al 100% del monto aprobado sin costo compartido dentro de la red cuando los presta un proveedor dentro de la red.  <b>Nota:</b> cuando compre sus suministros para la diabetes a través del pedido por correo, disminuirán los costos a su cargo.	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red
Pruebas y tratamiento para la alergia	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red
Manipulación espinal quiropráctica y terapia de manipulación osteopática	80% después del deducible dentro de la red  Limitado a un máximo <b>combinado</b> de 24 visitas por miembro por año calendario	60% después del deducible fuera de la red
Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios: proporcionadas para rehabilitación	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red  <b>Nota:</b> no están cubiertos los servicios en centros de fisioterapia ambulatoria no participantes.  Limitado a un máximo <b>combinado</b> de 30 visitas por miembro por año calendario
Equipo médico duradero  <b>Nota:</b> los artículos que componen el equipo médico duradero (DME) exigidos en las disposiciones de beneficios preventivos de la ley PPACA están cubiertos al 100% del monto aprobado sin costo compartido dentro de la red cuando los presta un proveedor dentro de la red. Para obtener una lista de los artículos que componen el equipo médico duradero preventivo que las disposiciones de la ley PPACA exigen que esté cubierto al 100%, llame a BCBSM.	80% después del deducible dentro de la red	80% después del deducible dentro de la red
Dispositivos protésicos y ortopédicos	80% después del deducible dentro de la red	80% después del deducible dentro de la red
Atención de enfermería privada	80% después del deducible dentro de la red	60% después del deducible fuera de la red

ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9123 MED;ASCMOD 9519 MED;DHSAD2KIN4KON A;HSAOPM3KIN6KONA;NFAX-3 ASC;SB-HSA-AMB ASC;SBD HSA ASC;SBD HSA OLV ASC;SBDHSAOCSM24ASC;SBHSAPREVRX100A;SP10408015%25%A

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Están cubiertos al nivel de beneficios dentro de la red los servicios de un proveedor que no pertenezca a una red de organizaciones de proveedores preferidos (PPO) de Michigan así como los servicios de un proveedor fuera de la red en una zona geográfica de Michigan que BCBSM considere un "área de escaso acceso" para la especialidad de ese proveedor en particular. Si recibe atención de un proveedor no participante, aun cuando haya sido derivado, es posible que le cobren la diferencia entre nuestro monto aprobado y el cargo del proveedor.

## Simply Blue<sup>SM</sup> HSA PPO con Rx ASC

Este documento está diseñado para ser un resumen fácil de leer y proporciona solo una descripción general de sus beneficios. No es un contrato. Pueden aplicarse limitaciones y exclusiones adicionales. Los montos de pago están basados en el monto aprobado de BCBSM, menos cualquier deducible o copago/coseguro aplicables. Para obtener una descripción completa de los beneficios, consulte los certificados y los anexos aplicables de BCBSM si su grupo está suscrito o cualquier otro documento que su grupo utilice, si su grupo está autofinanciado. Si existe una discrepancia entre esta descripción general de beneficios y cualquier documento del plan aplicable, regirá el documento del plan.

**Medicamentos farmacéuticos de especialidad:** la farmacia para solicitar **medicamentos de especialidad** es AllianceRx Walgreens Pharmacy, una compañía independiente. Se utilizan medicamentos de especialidades recetados (como Enbrel® y Humira®) para tratar afecciones complejas, como la artritis reumatoide, la esclerosis múltiple y el cáncer. Estos medicamentos requieren una gestión, administración o control especial. También puede obtener medicamentos de especialidad en farmacias minoristas de Walgreens, siempre que el medicamento esté disponible en la sucursal en la que lo solicite. Le recomendamos que llame antes para confirmar la disponibilidad del medicamento en dicha sucursal. **Si acude a una farmacia que no sea AllianceRx Walgreens Pharmacy, es posible que deba hacerse cargo del 100% del costo del medicamento de especialidad.** La lista de medicamentos de especialidad está disponible en nuestro sitio web en [bcbsm.com/pharmacy](http://bcbsm.com/pharmacy). Si tiene alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de AllianceRx Walgreens Pharmacy al 1-866-515-1355.

No pagaremos un suministro de más de 30 días de un medicamento recetado cubierto que BCBSM define como un "producto farmacéutico especializado". Es posible que hagamos excepciones si el miembro requiere un suministro para más de 30 días. BCBSM se reserva el derecho de limitar la cantidad de medicamentos de especialidad selectos a no más de 15 días de suministro por cada surtido. Su copago/coseguro se reducirá a la mitad para cada surtido una vez que se alcancen los deducibles aplicables.

**Medicamentos selectos del tipo sustancias controladas:** BCBSM limitará el surtido inicial de sustancias controladas selectas a un suministro de 5 días. Los surtidos adicionales de estos medicamentos estarán limitados a no más de 30 días de suministro. Las sustancias controladas afectadas por este requisito de medicamentos recetados están disponibles en línea, en [bcbsm.com/pharmacy](http://bcbsm.com/pharmacy).

## Responsabilidad del miembro (copagos y montos de coseguros)

Sus beneficios de medicamentos recetados de Simply Blue HSA, incluidos los medicamentos de pedido por correo, están sujetos al **mismo deducible y al mismo monto máximo anual a su cargo exigidos conforme a su cobertura médica de Simply Blue HSA**. Los beneficios no son pagaderos sino hasta que haya alcanzado el deducible anual de Simply Blue HSA. Una vez que haya cumplido con el deducible, debe pagar los montos de copagos y coseguros correspondientes por los medicamentos recetados que están sujetos a los montos máximos anuales a su cargo.

**Nota:** los gastos por medicamentos recetados que aparecen a continuación no se aplicarán al monto máximo anual a su cargo o al deducible de Simply Blue HSA:

- cualquier diferencia entre el costo máximo admisible y el monto aprobado de BCBSM para un medicamento de marca cubierto
- la responsabilidad del miembro del 20% de los medicamentos cubiertos obtenidos de una farmacia fuera de la red

Beneficios		Farmacia minorista de la red para 90 días	* Proveedor de pedidos por correo dentro de la red	Farmacia dentro de la red (no forma parte de la red minorista de 90 días)	Farmacia fuera de la red
<b>Medicamentos genéricos o medicamentos selectos de venta libre recetados</b>	Período de 1 a 30 días	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$10.	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$10.	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$10.	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$10 más un 20% adicional del monto aprobado por BCBSM.
	Período de 31 a 83 días	Sin cobertura	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$20.	Sin cobertura	Sin cobertura
	Período de 84 a 90 días	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$20.	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$20.	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Medicamentos de marca preferidos</b>	Período de 1 a 30 días	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$40.	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$40.	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$40.	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$40 más un 20% adicional del monto aprobado por BCBSM.
	Período de 31 a 83 días	Sin cobertura	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$80.	Sin cobertura	Sin cobertura
	Período de 84 a 90 días	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$80.	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$80.	Sin cobertura	Sin cobertura

ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9123 MED;ASCMOD 9519 MED;DHSAD2KIN4KON A;HSAOPM3KIN6KONA;NFAX-3 ASC;SB-HSA-AMB ASC;SBD HSA ASC;SBD HSA OLV ASC;SBDHSAOCMS24ASC;SBHSAAPREVRX100A;SP10408015%25%A

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Beneficios		Farmacia minorista de la red para 90 días	* Proveedor de pedidos por correo dentro de la red	Farmacia dentro de la red (no forma parte de la red minorista de 90 días)	Farmacia fuera de la red
<b>Medicamentos de marca no preferidos</b>	Período de 1 a 30 días	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$80.	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$80.	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$80.	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$80 más un 20% adicional del monto aprobado por BCBSM.
	Período de 31 a 83 días	Sin cobertura	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$160.	Sin cobertura	Sin cobertura
	Período de 84 a 90 días	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$160.	Después de que se alcanza el deducible, usted paga un copago de \$160.	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Medicamentos de especialidad de marca preferidos y genéricos</b>	Período de 1 a 30 días	Una vez que se alcanza el deducible, usted paga el 20% del monto aprobado, pero no más de \$150	Una vez que se alcanza el deducible, usted paga el 20% del monto aprobado, pero no más de \$150	Una vez que se alcanza el deducible, usted paga el 20% del monto aprobado, pero no más de \$150	Una vez que se alcanza el deducible, usted paga el 20% del monto aprobado, pero no más de \$150 más un 20% adicional del monto aprobado por BCBSM para el medicamento
	Período de 31 a 83 días	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Período de 84 a 90 días	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Medicamentos de especialidad de marca no preferidos</b>	Período de 1 a 30 días	Una vez que se alcanza el deducible, usted paga el 20% del monto aprobado, pero no más de \$250	Una vez que se alcanza el deducible, usted paga el 20% del monto aprobado, pero no más de \$250	Una vez que se alcanza el deducible, usted paga el 20% del monto aprobado, pero no más de \$250	Una vez que se alcanza el deducible, usted paga el 20% del monto aprobado, pero no más de \$250 más un 20% adicional del monto aprobado por BCBSM para el medicamento
	Período de 31 a 83 días	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Período de 84 a 90 días	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

**Nota:** los medicamentos de venta libre (OTC) no requieren una receta según la ley federal. Están identificados por BCBSM como medicamentos recetados selectos. Se requiere una receta realizada por el médico del miembro para el medicamento OTC selecto. En algunos casos, puede ser necesario que se prueben los medicamentos de venta libre antes de que BCBSM apruebe el uso de otros medicamentos.

\* BCBSM no pagará los medicamentos obtenidos de proveedores de pedidos por correo fuera de la red, incluidos proveedores por Internet.

## Servicios cubiertos

Beneficios	Farmacia minorista de la red para 90 días	* Proveedor de pedidos por correo dentro de la red	Farmacia dentro de la red (no forma parte de la red minorista de 90 días)	Farmacia fuera de la red
Medicamentos aprobados por la FDA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA más un 20% adicional de multa por surtir el medicamento recetado fuera de la red
Medicamentos de venta libre recetados: cuando están cubiertos por BCBSM	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA más un 20% adicional de multa por surtir el medicamento recetado fuera de la red

ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9123 MED;ASCMOD 9519 MED;DHSAD2KIN4KON A;HSAOPM3KIN6KONA;NFAX-3 ASC;SB-HSA-AMB ASC;SBD HSA ASC;SBD HSA OLV ASC;SBDHSAOCMSM24ASC;SBHSAPREVRX100A;SP10408015%25%A

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

<b>Beneficios</b>	<b>Farmacia minorista de la red para 90 días</b>	<b>* Proveedor de pedidos por correo dentro de la red</b>	<b>Farmacia dentro de la red (no forma parte de la red minorista de 90 días)</b>	<b>Farmacia fuera de la red</b>
Medicamentos controlados por el estado	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA más un 20% adicional de multa por surtir el medicamento recetado fuera de la red
Suplementos, vitaminas y medicamentos preventivos recetados <b>genéricos y de marca selectos</b> aprobados por la FDA, según lo requiere la ley PPACA	100% del monto aprobado	100% del monto aprobado	100% del monto aprobado	80% del monto aprobado
Otros suplementos, vitaminas y medicamentos preventivos recetados <b>de marca</b> aprobados por la FDA, según lo requiere la ley PPACA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA más un 20% adicional de multa por surtir el medicamento recetado fuera de la red
Vacunas preventivas selectas para adultos y niños según lo recomiendan el USPSTF, el ACIP, la HRSA u otras fuentes que admita BCBSM que cumplan con las disposiciones de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio	100% del monto aprobado	Sin cobertura	100% del monto aprobado	80% del monto aprobado
Medicamentos anticonceptivos recetados <b>genéricos y de marca selectos</b> aprobados por la FDA (los medicamentos que no son autoadministrados no están cubiertos)	100% del monto aprobado	100% del monto aprobado	100% del monto aprobado	80% del monto aprobado
Otros medicamentos anticonceptivos recetados <b>de marca</b> aprobados por la FDA (los medicamentos que no son autoadministrados no están cubiertos)	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA más un 20% adicional de multa por surtir el medicamento recetado fuera de la red
Agujas y jeringas desechables: cuando se dispensan con insulina u otros medicamentos recetados inyectables cubiertos	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA para la insulina u otros medicamentos recetados inyectables cubiertos	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA para la insulina u otros medicamentos recetados inyectables cubiertos	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA para la insulina u otros medicamentos recetados inyectables cubiertos	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA <b>más</b> un 20% adicional de multa por surtir el medicamento recetado fuera de la red para la insulina u otros medicamentos inyectables con receta cubiertos
<b>Nota:</b> las agujas y jeringas no tienen copago/coseguro.				

ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9123 MED;ASCMOD 9519 MED;DHSAD2KIN4KON A;HSAOPM3KIN6KONA;NFAX-3 ASC;SB-HSA-AMB ASC;SBD HSA ASC;SBD HSA OLV ASC;SBDHSAOCMSM24ASC;SBHSAPREVRX100A;SP10408015%25%A

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Beneficios	Farmacia minorista de la red para 90 días	* Proveedor de pedidos por correo dentro de la red	Farmacia dentro de la red (no forma parte de la red minorista de 90 días)	Farmacia fuera de la red
<p>Suministros y dispositivos selectos para diabéticos (tiras reactivas, lancetas y glucómetros)</p> <p>Para obtener una lista de los suministros para diabéticos disponibles en virtud del beneficio de farmacia, consulte su lista de medicamentos de BCBSM en <a href="http://BCBSM.com/pharmacy">BCBSM.com/pharmacy</a>.</p>	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA	Sujeto al deducible médico y copago/coseguro de medicamento recetado de Simply Blue HSA más un 20% adicional de multa por surtir el medicamento recetado fuera de la red

\* BCBSM no pagará los medicamentos obtenidos de proveedores de pedidos por correo fuera de la red, incluidos proveedores por Internet.

## Características de su plan de medicamentos recetados

Lista de medicamentos específicos	<p>Una lista que se actualiza constantemente de medicamentos aprobados por la FDA que representan cada clase terapéutica. El Comité de Farmacia y Terapéutica de BCBSM elige los medicamentos que están en la lista por su eficacia, seguridad, singularidad y rentabilidad. El objetivo de la lista de medicamentos es proporcionar a los miembros el mayor valor terapéutico al menor costo posible.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nivel de medicamentos genéricos:</b> este nivel incluye los medicamentos genéricos elaborados con los mismos ingredientes activos, disponibles en las mismas concentraciones y presentaciones, y administrados de la misma manera que los medicamentos de marca equivalentes. Además, requieren el copago/coseguro más bajo, lo que los transforma en la opción más económica para el tratamiento.</li> <li>• <b>Nivel de medicamentos de marca preferidos:</b> este nivel incluye medicamentos de marca preferidos que no son de especialidad. Estos medicamentos son más caros que los genéricos y los miembros pagan más por ellos.</li> <li>• <b>Nivel de medicamentos de marca no preferidos:</b> este nivel incluye medicamentos de marca que no son de especialidad para los que existe una alternativa genérica o un medicamento de marca preferido más rentable disponible. Los miembros pagan más por estos medicamentos de marca no preferidos.</li> <li>• <b>Nivel de medicamentos de especialidad genéricos y preferidos:</b> este nivel incluye medicamentos de especialidad genéricos y de marca preferidos que se usan para tratar afecciones médicas difíciles. Estos medicamentos generalmente son más rentables que los medicamentos de especialidad no preferidos.</li> <li>• <b>Nivel de medicamentos de especialidad no preferidos:</b> este nivel incluye medicamentos de especialidad de marca no preferidos que se usan para tratar afecciones médicas difíciles. Los miembros pagan más por los medicamentos de especialidad no preferidos porque hay medicamentos genéricos o preferidos rentables disponibles.</li> </ul>
Autorización previa/terapia escalonada	<p>Es un proceso por el cual el médico debe obtener aprobación de BCBSM <b>antes</b> de que se cubran determinados medicamentos recetados (identificados por BCBSM como medicamentos que requieren autorización previa). La <b>terapia escalonada</b>, un paso inicial en el proceso de autorización previa, aplica criterios para determinados medicamentos a fin de establecer si un medicamento recetado menos costoso se puede usar para el mismo tratamiento farmacológico. Algunos medicamentos de venta libre pueden estar cubiertos según las pautas de terapia escalonada. Lo mismo se aplica a los medicamentos de pedido por correo. Las reclamaciones que no cumplen los criterios de la terapia escalonada requieren autorización previa. Puede encontrar detalles sobre qué medicamentos requieren autorización previa o terapia escalonada en línea en <a href="http://bcbsm.com/pharmacy">bcbsm.com/pharmacy</a>.</p>
Medicamentos de costo máximo admisible	<p>Cuando recibe un medicamento genérico de costo máximo admisible (MAC) de una farmacia que pertenece a la red, usted paga su parte de los costos compartidos según se establece en su cobertura.</p> <p>Sin embargo, si solicita un medicamento de marca y el médico no escribió "Dispense as Written" (Dispensar tal como está escrito) o "DAW" en la receta, deberá pagar la diferencia entre el costo máximo admisible y el monto aprobado por Blue Cross Blue Shield of Michigan para el medicamento de marca, además de su copago.</p> <p>Si el médico escribió "Dispensar tal como está escrito" o "DAW" en la receta, pagaremos a la farmacia el monto aprobado para el medicamento de marca, después de deducir su copago.</p>
Límites de cantidad	<p>Para mantener la conformidad con el etiquetado aprobado de la FDA para los medicamentos, es posible que algunos medicamentos tengan límites de cantidad.</p>

ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9123 MED;ASCMOD 9519 MED;DHSAD2KIN4KON A;HSAOPM3KIN6KONA;NFAX-3 ASC;SB-HSA-AMB ASC;SBD HSA ASC;SBD HSA OLV ASC;SBDHSAOCMS24ASC;SBHSAPREVRX100A;SP10408015%25%A

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

## Características de su plan de medicamentos recetados

Medicamentos para la disfunción eréctil	No más de 30 dosis por período de 30 días si se obtienen de una farmacia minorista dentro de la red o del proveedor de pedido por correo aprobado por BCBSM.  No más de 90 dosis en un período de 31-90 días si se obtienen de un proveedor de pedido por correo aprobado por BCBSM.  No más de 90 dosis en un período de 84-90 días si se obtienen de una farmacia minorista de la red para 90 días; el suministro para un período de 31-83 días no tiene cobertura en esta ubicación.
Medicamentos recetados para prevención, HSA	Usted tiene cobertura de medicamentos recetados para prevención en la Lista de medicamentos recetados para prevención de BCBSM HSA cuando se surten en farmacias de la red, pagaderos al 100% (sin deducible ni copago/ coseguro). Si la solicita, puede obtener una lista de los medicamentos preventivos comúnmente recetados. Si desean averiguar acerca de un medicamento en particular, los miembros también pueden llamar a Servicio de atención al cliente, al número que aparece al dorso de su tarjeta de identificación.

ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9123 MED;ASCMOD 9519 MED;DHSAD2KIN4KON A;HSAOPM3KIN6KONA;NFAX-3 ASC;SB-HSA-AMB ASC;SBD HSA ASC;SBD HSA OLV ASC;SBDHSAOCM24ASC;SBHSAPREVRX100A;SP10408015%25%A

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.