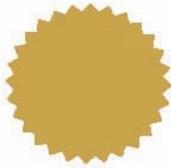


BLUE CROSS  
**PREFERRED  
CARE**



***Plan De Registro Abierto  
Especial De 2003***

**2003 Special  
Open Enrollment Plan**

*Ofrenda Extraordinario  
Disponible Ahora a Personas de  
Alabama sin Seguro Salud  
El septiembre – el noviembre 2003*

One Time Special Offering  
Now Available to Uninsured Alabamians  
September – November 2003



BlueCross BlueShield  
of Alabama

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.

P L A N B E N E F I T S

Visit our web site at [www.bcbsal.com](http://www.bcbsal.com)

## PLAN DE REGISTRO ABIERTO ESPECIAL DE 2003

El siguiente es un resumen de los beneficios del plan de Registro Abierto Especial. Los beneficios son sujetos a todas las condiciones mencionadas en el certificado para este plan. **Favor de estar consciente que la mayoría de los beneficios son limitados a los servicios o provisiones provistos por médicos, hospitales u otros proveedores o facilidades en Alabama con los cuales Blue Cross and Blue Shield de Alabama tiene contrato.** Esto no es un contrato ni un certificado.

### PROVISIONES GENERALES

<b>Deducible Anual*</b>	Los primeros \$1,000 de gastos cubiertos por persona cada año según el calendario; \$3,000 máximo por familia cada año.
<b>Deducible de Recetas Farmaceuticas</b>	Los primeros \$250 de gastos cubiertos por recetas farmaceuticas por persona cada año según el calendario.
<b>Máximos Gastos Personales Anuales **</b>	Máximo \$3,000 de gastos personales incluyendo el deducible de \$1,000 por cada año.
<b>Máximo de una Vida***</b>	\$1,000,000: Máximo por cada miembro cubierto.
<b>Desordenes Mentales y Nerviosos y Abuso de Drogas.</b>	Los beneficios son disponibles solo cuando usa uno de los proveedores de Expanded Psychiatric Services; los detalles de beneficios se encuentran más adelante en este documento.

\* Los deducibles son aplicables para cobro según sean procesados sin importar el orden de que se hayan recibido. Los deducibles no son aplicables a todos los servicios (vease las categorías especiales).

\*\* El Máximo de gastos personales no incluye el pago personal del paciente hospitalizado, pagos personales a PMD Physicians, seguros a proveedores no participantes o no preferidos, deducibles y pagos personales de medicina de receta médica, o gastos no cubiertos. Después del máximo pagos personales está alcanzado, los servicios que son aplicables al máximo de pagos personales serán pagados al 100 % de la suma permitida para el resto del año.

\*\*\* Los \$1,000,000 Máximo de una Vida para cada miembro cubierto es aplicable en todos los servicios.

### BENEFICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

BENEFICIOS	HOSPITALES PARTICIPANTES*	HOSPITALES NO PARTICIPANTES
<b>Cobertura para Pacientes Hospitalizados</b>  365 días de cuidados durante cada hospitalización	\$200 de pago personal por día desde el primer día hasta el quinto día.  100% de cobertura después de haber pagado diariamente por recámara semi-privada, cuidados intensivos, enfermería general, usos generales del hospital**	No tiene cobertura  <b>Excepción: Emergencia Médica, y Accidentes tienen cobertura así:</b> <b>En Alabama:</b> \$10 por día y 75% de auxiliares. <b>Afuera de Alabama:</b> Sujeto a deducción por año de \$1,000 Cobertura del 80% de la cantidad permitida
<b>Certificación de Preadmisión</b>	Se requiere admitir a todos los hospitales, excepto maternidad; Admisión de emergencia se requiere una notificación durante las 48 horas de la admisión. <b>Para precertificación, llame al: 1-800-248-2342 llamada gratuita.</b>	

\* Los hospitales participantes son aquellos que tienen contrato de negocios con Blue Cross and Blue Shield de Alabama.

\*\* Si usted a sido dado de alta del hospital y readmitido al hospital durante 90 días, los días de su estadía en el hospital será aplicado a su máximo de 365 días. Los días de pacientes hospitalizados son limitados con combinación de días con Hospitales Participantes y Hospitales no Participantes.

### BENEFICIOS PARA PACIENTES SIN NECESITAR HOSPITALIZACION\*

Cobro por Facilidades solamente- los cobros de beneficios de médicos y otros cobros de salud pueden ser aplicados en la siguiente sección.

BENEFICIO	FACILIDADES PREFERIDAS PARA PACIENTES SIN HOSPITALIZACION	FACILIDADES NO-PREFERIDAS PARA PACIENTES SIN HOSPITALIZACION
<b>Cirujía, Laboratorio de Diagnostico y Rayos X</b>	Cobertura del 100% de la cantidad permitida, sujeta a pago personal de \$200 para la facilidad.	No tiene cobertura
<b>Dialisis, Terapia de Sueros, Quimioterapia y Radiación</b>	Cobertura del 100% de la cantidad permitida, no necesita pago personal	No tiene cobertura
<b>Accidentes y Emergencias Médicas</b>	Cobertura del 100% de la cantidad permitida, sujeta a pago de \$200 de pago personal para facilidades	Cobertura del 80% de la cantidad permitida, sujeta a la deducible de \$1,000 por año.

\* Los beneficios serán determinados bajo "Beneficios de Salud Mayor" en el Resumen de Beneficios de Salud y Beneficios de Salud de este folleto para (1) servicios en la sala de emergencia si la condición del paciente no clasifica en la defición de Emergencia Médica, y (2) servicios de pacientes sin hospitalización no escrita en esta tabla. Beneficios para pacientes sin hospitalización en Hospitales No-Participantes son disponibles solo en caso de Accidente o Emergencia Médica.

## BENEFICIOS DE MÉDICOS

Beneficio	Doctores de Medicina Preferidos**	Doctores de Medicina No Preferidos
<b>Visitas de Oficina y Consultas a Pacientes sin Hospitalización</b>	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año  Cobertura del 80% de la Cantidad Permitida después de un pago personal de \$30*	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año <b>En Alabama:</b> Cobertura del 50% de la Cantidad Permitida <b>Afuera de Alabama:</b> No tiene cobertura
<b>Consulta Médica en la Sala de Emergencia</b>	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año  Cobertura del 80% de la Cantidad Permitida, después de un pago personal de \$60*	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año <b>En Alabama:</b> Cobertura del 50% de la Cantidad Permitida Afuera de Alabama: Cobertura del 80% de la Cantidad Permitida
<b>Cirujía, y Asistencia a Cirujía</b>  <b>Anestesia</b>  <b>Laboratorio y Patología</b>  <b>Rayos X</b>  <b>Quimioterapia Y Radiación</b>  <b>Segunda Opinion de Cirujía</b>  <b>Consult Média para Pacientes</b>  <b>Hospitalizados</b>  <b>Maternidad</b>	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año  Cobertura del 80% de la Cantidad Permitida	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año <b>En Alabama:</b> Cobertura del 50% de la Cantidad Permitida <b>Afuera de Alabama:</b> No tiene cobertura
<b>Consulta Médica para Pacientes Hospitalizados a causa de Accidente o Emergencia Médica</b>	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año  Cobertura del 80% de la Cantidad Permitida	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año <b>En Alabama:</b> Cobertura del 50% de la Cantidad Permitida <b>Afuera de Alabama:</b> Cobertura del 80% de la Cantidad Permitida

\*Se requiere un pago personal por persona por visita a los Doctores de Medicina Preferidos; esta cantidad no cuenta para su máximo de gastos personales anuales.

\*\* El 20% de su seguro de Doctores de Medicina Preferidos cuenta para su máximo de gastos personales anuales.

\*\*\* La cantidad que debe pagar a un proveedor de Doctores de Medicina No Preferidos no cuenta para su máximo de gastos personales anuales. Si utiliza un proveedor de Docotores de Medicina No Preferidos posiblemente tendrá que entregar su reclamo, y será responsable por las cuentas de exceso de la cantidad permitida, deducible aplicable y seguros.

## BENEFICIOS PREVENTIVOS

Beneficio	Doctores de Medicina Preferidos**	Doctores de Medicina No Preferidos
<b>Visita de Rutina para Niño(a)</b> Incluye 4 visitas durante el primer año de vida del bebé y una visita cada año para edades de 1 a 5 años	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año  Cobertura del 80% de la Cantidad Permitida Sujeto a un pago personal de \$30 por la visita*	No tiene cobertura
<b>Vacunas</b> (Limitaciones de edad son aplicables a ciertas vacunas)	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año  Cobertura del 80% de la Cantidad Permitida	No tiene cobertura
<b>Visitas de Rutina al Hospital para Cuidado del Recien Naciso</b>	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año  Cobertua del 80% de la Cantidad Permitida	No tiene Cobertura
<b>Pagos al Laboratorio para un Papa Nicolau de Rutina</b>	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año  Cobertura del 80% de la Cantidad Permitida	No tiene cobertura

<b>Pagos al Laboratorio para un Mamograma de Rutina</b>	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año  Cobertura del 80% de la Cantidad Permitida, se limita a un exámen de baseline para las edades de 35-39 años y un examen anual para las mayores de 40 años de edad.  Estos limites no se aplican si la persona tiene hitoria familiar de Cancer del seno.	No tiene cobertura
---	---	--------------------

\*Pagos personales requeridos de Doctores de Medicina Preferidos para cada visita médica por persona; pagos personales de Doctores de Medicina Preferidos no cuentan para su máximo de gastos personales anuales.

\*\* El 20% de seguros de Doctores de Medicina Preferidos cuenta para su máximo de gastos personales anuales.

### BENEFICIOS PARA MEDICINA MAYOR\*

Beneficio	Proveedores Preferidos	Proveedores No Preferidos
<b>Servicios de Quiroprático</b>  <b>Se limita a un pago máximo de \$600 por persona por año</b>	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año  Cobertura del 80% de la Cantidad Permitida	No tiene cobertura
<b>Home Health y Hospice Care</b>	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año  Cobertura del 80% de la Cantidad Permitida	NO tiene cobertura
<b>Servicios de Terapia Ocupacional para la mano y/o tratamietno de Lymphedema: Terapia Física</b>  <b>Limitado a una combianción máxima de 15 visitas por persona por año</b>	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año  Cobertura del 80% de la Cantidad Permitida	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año  <b>En Alabama:</b> Cobertura del 50% de la Cantidad Permitida <b>Afuera de Alabama:</b> No tiene cobertura
<b>Equipo Médico Durable</b>	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año  Cobertura del 80% de la Cantidad Permitida	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año  Cobertura del 80% de la Cantidad Permitida
<b>Servicios de Ambulancia</b>	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año  Cobertura del 80% de la Cantidad Permitida	
<b>Exámen y Tratamiento de Alergia</b>  <b>Limitado a una combinación máxima de \$200 por persona por año</b>	Sujeto a una deducción de \$1,000 por año  Cobertura del 80% de la Cantidad Permitida	

\* Cuando visite a un Proveedor Participante, el proveedor nos envia la cuenta y nosotros cancelamos la cuenta directamente al Proveedor. Usted es responsable por las deducciones aplicables, pagos personales y seguros. Si utiliza un proveedor No Participante o No Preferido, usted podría tener que hacer su reclamo, y sería responsable por cuentas de gasots de exceso de la Cantidad Permitida, deducibles aplicables y seguros.

### BENEFICIOS PARA DESORDENES MENTALES Y NERVISOSOS Y ABUSO DE DROGAS

**Nota: Los beneficios son disponibles solamente cuando visite a uno de los Proveedores de Expanded Psychiatric Services. Hay una cantidad limitada de estos proveedores. Los puede encontrar en la página de Internet [www.bcbsal.com](http://www.bcbsal.com) bajo "Alabama Physician Finder" o en la hoja adjunta de Informaciones Importantes en el paquete. También puede llamar al Customer Service para una lista.**

Beneficios	Cantidad Máxima de Beneficios	Deducibles	Pagos Personales
Facilidades de Hospitalizacion para el Tratamiento de Desordenes Mentales y Nerviosos y Abuso de Drogas	Facilidades de Hospitalizacion para el Tratamiento de Desordenes Mentales y Nerviosos y Abuso de Drogas	Cobertura del 100% por un máximo de 30 días de hospitalización cada año cuando se utiliza uno de los proveedores de Expanded Psychiatric Services	No tiene deducible
Tratamiento Médico de Hospitalización para Desordenes Mentales y Nerviosos y Abuso de Drogas	Tratamiento Médico de Hospitalización para Desordenes Mentales y Nerviosos y Abuso de Drogas	Cobertura del 100% por máximo de 30 días de hospitalización por año cuando se utiliza uno de los proveedores de Expanded Psychiatric Services	No tiene deducible
Tratamiento para Pacientes sin Hospitalización para Desordenes Mentales y Nerviosos y Abuso de Droga	Tratamiento para Pacientes sin Hospitalización para Desordenes Mentales y Nerviosos y Abuso de Droga	Cobertura del 100%, no tiene límites de visitas cuando utiliza uno de los proveedores de Expanded Psychiatric Services	No tiene deducible

<b>BENEFICIOS PARA RECETA FARMACEUTICA</b>	
<b>Recetas Farmaceutica</b>	Sujeto a una deducción de \$250 para recetas Farmaceutica por persona por año
Se aplica Pagos Personales por aca 30 días de las recetas farmaceuticas	Pago Personal de \$15 por recetas genéricas, Pago Personal de \$30 por Receta de marca Preferida, Pago Personal de \$50 por Recetas de marca No Preferidas
Pagos Personales son cambiados por algunas recetas para diabetes	No hay beneficios si la receta farmaceutica es adquirida en una Farmacia No Participante o para recetas de marca por las cuales a un equivalente en forma genérica. <b>Nota:</b> Para ver las más recientes marcas Preferidas, visite nuestra página de Internet <a href="http://www.bcbsal.com">www.bcbsal.com</a>
<b>CASO DE MANEJAMIENTO INDIVIDUAL</b>	
<b>Caso de Manejamiento Individual</b>	Cordinas cuidados en eventos catastrofico o enfermedades largas o accidente.

10/10/03

***Esta traducción se ofrece por cortesía y no constituye un contrato. A nuestro conocimiento, la información proporcionada en este documento fue traducida por un traductor certificado y es una traducción verdadera y exacta del documento original. Blue Cross y Blue Shield de Alabama no acepta responsabilidad respecto a cualquier mal entendimiento sobre el lenguaje usado o en los beneficios.***

***Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios, por favor póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente llamando 1-888-215-1832. Solicite simplemente un intérprete de español y se proporcionará uno para que le ayude a entender sus beneficios.***

This translation has been provided as a courtesy and is not a contract. To the best of our knowledge, the information provided in this document was translated by a certified translator and is a true and accurate translation of the original document. Blue Cross and Blue Shield of Alabama does not accept responsibility for misleading interpretations of language or benefits.

If you have questions about your benefits, please contact Customer Service at 1-888-215-1832. Simply request a Spanish translator and one will be provided to assist you in understanding your benefits.

