

*We cover what matters.*



# Plan Benefits

# ALLKids

1.888.373.5437

[alabamapublichealth.gov](http://alabamapublichealth.gov)

Effective January 1, 2024  
Fecha de entrada en vigencia:  
1.º de enero de 2024

Visit our website at  
[AlabamaBlue.com](http://AlabamaBlue.com)



**BlueCross BlueShield  
of Alabama**

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

# ALL Kids

## January 1, 2024

**Note: Except in cases of ambulance services, medical emergency and accidental injury, services rendered by a Non-Network (Non-PPO) provider will not be covered.**

BENEFIT	IN-NETWORK (PPO)
<b>INPATIENT HOSPITAL AND RESIDENTIAL TREATMENT FACILITY SERVICES</b>	
Precertification is required for inpatient admissions (except medical emergency services and maternity); notification within 48 hours for medical emergencies. Generally, if precertification is not obtained, no benefits are available. Call 1-800-248-2342 (toll-free) for precertification.	
Copay	<p><b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Low Fee:</b> \$200 copay per admission, then covered at 100% of the allowance.  <b>Fee:</b> \$200 copay per admission, then covered at 100% of the allowance.</p> <p>The \$200 copay will be waived for all maternity delivery admissions.</p>
Individual Case Management	Coordinates care in the event of a catastrophic or lengthy illness or injury. For more information, call 1-800-821-7231.
Chronic Condition Management	Coordinates care for chronic conditions such as asthma, diabetes, coronary artery disease, congestive heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, and other specialized conditions. For more information, call 1-800-821-7231.
Baby Yourself® Maternity Program	Offers free access to a personal nurse, information on breastfeeding, and a free app to track your pregnancy. To enroll or for more information, call 1-800-222-4379. You can also enroll online at <a href="http://AlabamaBlue.com/BabyYourself">AlabamaBlue.com/BabyYourself</a> .
<b>OUTPATIENT HOSPITAL FACILITY SERVICES</b>	
Precertification is required for some outpatient hospital benefits and provider-administered drugs; please see your benefit booklet. If precertification is not obtained, no benefits are available.	
Surgery	<p><b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Low Fee:</b> \$6 copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Fee:</b> \$100 copay, then covered at 100% of the allowance.</p>
Medical Emergency / Accidental Injury	<p><b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Low Fee:</b> \$6 copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Fee:</b> \$60 copay, then covered at 100% of the allowance.</p>
Diagnostic X-ray	<p><b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Low Fee:</b> \$6 copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Fee:</b> \$65 copay, then covered at 100% of the allowance.</p>
Diagnostic Lab, Hemodialysis, IV Therapy, Chemotherapy and Radiation Therapy	<p><b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Low Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.</p>
<b>PHYSICIAN SERVICES</b>	
Precertification is required for some physician benefits and provider-administered drugs; please see your benefit booklet. If precertification is not obtained, no benefits are available.	
Office Visits and Outpatient Consultations	<p><b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Low Fee:</b> \$3 copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Fee:</b> \$13 copay, then covered at 100% of the allowance.</p>
Emergency Room	<p><b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Low Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.</p>
Surgery and Anesthesia	<p><b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Low Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.</p>
Inpatient Visits and Consultations	<p><b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Low Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.</p>
Maternity	<p><b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Low Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.</p>
Diagnostic X-ray and Lab Exam, Chemotherapy and Radiation Therapy	<p><b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Low Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.</p>
Allergy Testing	<p><b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Low Fee:</b> \$6 copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Fee:</b> \$17 copay, then covered at 100% of the allowance.</p>
Allergy Treatment	<p><b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Low Fee:</b> \$3 copay, then covered at 100% of the allowance.  <b>Fee:</b> \$12 copay, then covered at 100% of the allowance.</p>

BENEFIT	IN-NETWORK (PPO)
<b>Applied Behavioral Analysis (ABA) Therapy</b> Limited to ages 0-18, for autism spectrum disorders	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> \$3 copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> \$13 copay, then covered at 100% of the allowance.
<b>TELEHEALTH SERVICES</b>	
Benefits are provided for Telehealth Services subject to applicable cost-sharing when services rendered are performed within the scope of the health care providers license and deemed medically necessary.	
<b>PREVENTIVE CARE SERVICES</b>	
<b>Routine Immunizations and Preventive Services</b>	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.  See <a href="http://AlabamaBlue.com/preventiveservices">AlabamaBlue.com/preventiveservices</a> for a listing of the specific immunizations and preventive services or call our Customer Service Department for a printed copy at 1-800-760-6851.  Certain Immunizations may also be obtained through the Pharmacy Vaccine Network. See <a href="http://AlabamaBlue.com/VaccineNetworkDrugList">AlabamaBlue.com/VaccineNetworkDrugList</a> for more information.
<b>Additional Routine Lab/Diagnostic Testing</b>	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Includes Urinalysis and Complete Blood Count.</li> </ul>
<b>MENTAL HEALTH DISORDERS AND SUBSTANCE ABUSE</b>	
<b>Inpatient Mental Health Disorder and Substance Abuse Facility</b>	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> \$200 copay per admission, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> \$200 copay per admission, then covered at 100% of the allowance.
<b>Inpatient Mental Health Disorder and Substance Abuse Physician Services</b>	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.
<b>Outpatient Mental Health Disorder and Substance Abuse Services</b>	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> \$3 copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> \$13 copay, then covered at 100% of the allowance.
<b>Intensive Outpatient Program (IOP) and Partial Hospitalization Program (PHP) Note:</b> Preadmission certification is required. Call 1-800-248-2342 (toll free).	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.
<b>OTHER COVERED SERVICES</b>	
<b>Precertification is required for some other covered services; please see your benefit booklet. If precertification is not obtained, no benefits are available.</b>	
<b>Annual Out-of-Pocket Maximum</b>	According to the Alabama Department of Public Health policy, no family will be required to pay more than 5% of their annual income (the income used to determine eligibility for ALL Kids) in out-of-pocket expenses (premiums and copays) per benefit period. Should a family's annual out-of-pocket expenses (premiums and copays) approach this maximum, the family should send the receipts for these expenses to the ALL Kids administrative office with a note explaining that the receipts are for one family during one year's time and total nearly 5% of the family's annual income (the income used to determine eligibility for ALL Kids).
<b>Lifetime Maximum</b>	No maximum.
<b>Participating Chiropractor Services</b>	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> \$2 copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> \$5 copay, then covered at 100% of the allowance. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limited to the lesser of 12 visits or \$400 per member each calendar year.</li> <li>• Limited to one copay per day.</li> </ul>
<b>Rehabilitative Occupational, Physical and Speech Therapy</b>	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> \$3 copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> \$13 copay, then covered at 100% of the allowance. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limited to one copay per day.</li> </ul> <b>Note:</b> Available for 15 visits for each therapy per member each calendar year with no precertification required. Precertification is required after the 15 <sup>th</sup> visit to determine the medical necessity for continued therapy. If precertification is not obtained, any services associated with the 16th visit and subsequent visits will not be covered.
<b>Habilitative Occupational, Physical and Speech Therapy</b>	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> \$3 copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> \$13 copay, then covered at 100% of the allowance. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limited to one copay per day.</li> </ul> <b>Note:</b> Available for 15 visits for each therapy per member each calendar year with no precertification required. Precertification is required after the 15 <sup>th</sup> visit to determine the medical necessity for continued therapy. If precertification is not obtained, any services associated with the 16th visit and subsequent visits will not be covered.

BENEFIT	IN-NETWORK (PPO)
<b>Occupational, Physical and Speech Therapy for Autism Spectrum Disorders ages 0-18</b>	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> \$3 copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> \$13 copay, then covered at 100% of the allowance. <ul style="list-style-type: none"> <li>Limited to one copay per day.</li> </ul>
<b>Cardiac/Pulmonary Therapy</b>	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.
<b>Durable Medical Equipment and Prosthetic Devices</b>	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.
<b>Ambulance Services</b>	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> \$6 copay per trip, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> \$100 copay per trip, then covered at 100% of the allowance.
<b>Skilled Nursing Facility</b>	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <ul style="list-style-type: none"> <li>Limited to a lifetime maximum of 100 days per member.</li> </ul>
<b>Routine Vision (Including Routine Exams, Lenses, Frames and Low Visual Aids)</b>	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> \$3 copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> \$13 copay, then covered at 100% of the allowance. <u><b>Routine Exams:</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Limited to one exam per member per calendar year.</li> <li>Limited to one copay per day for the exam.</li> <li>Limited to \$48 for a new patient and \$37 for an established patient.</li> </ul> <u><b>Lenses and Frames:</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Limited to one pair of eyeglasses per member per calendar year.</li> <li>Limited to one copay per day for lenses and/or frames.</li> <li>Limited to a maximum payment of \$180 for single vision, \$230 for bifocal, \$250 for trifocal or progressive.</li> <li>No coverage for contact lenses.</li> </ul>
<b>Routine Hearing Exams and Hearing Aids</b>	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <ul style="list-style-type: none"> <li>Limited to \$750 per member each ear, once every two calendar years.</li> </ul>
<b>Preferred Home Health and Hospice</b>	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <ul style="list-style-type: none"> <li>Home health care only limited to 60 days per member each calendar year.</li> </ul>
<b>Home Infusion</b>	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.
<b>Vaccine Counseling</b>	<b>No Fee:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Low Fee:</b> \$3 copay, then covered at 100% of the allowance. <b>Fee:</b> \$13 copay, then covered at 100% of the allowance.
<b>PRESCRIPTION DRUGS</b>	
<b>Precertification is required for some drugs; if no precertification is obtained, no benefits are available.</b>	
<b>Prepaid Drug Card</b>  Generic drugs are mandatory when equivalents are available	<b>Participating Pharmacy:</b> Prescription drugs covered at 100% subject to the following copays:  <u><b>Tier 1 Drugs:</b></u> <b>No Fee:</b> No copay <b>Low Fee:</b> \$1 copay <b>Fee:</b> \$5 copay  <u><b>Tier 2 Drugs:</b></u> <b>No Fee:</b> No copay <b>Low Fee:</b> \$5 copay <b>Fee:</b> \$25 copay  <u><b>Tier 3 Drugs:</b></u> <b>No Fee:</b> Not covered <b>Low Fee:</b> Not covered <b>Fee:</b> Not covered  <b>Non-Participating Pharmacy:</b> No coverage available from a Non-Participating pharmacy.

BENEFIT	IN-NETWORK (PPO)
<p><b>Select Generic Specialty and Biosimilar drugs</b></p> <p>Generic specialty and biosimilar drugs can be dispensed for up to a 30-day supply. The only in-network pharmacy for some generic specialty and biosimilar drugs is the Pharmacy Select Network.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• View the Select Generic Specialty and Biosimilar Drug List that applies to the plan at <a href="http://AlabamaBlue.com/SelectGenericSpecialtyandBiosimilarDrugList">AlabamaBlue.com/SelectGenericSpecialtyandBiosimilarDrugList</a>.</li> </ul> <p>Generic specialty and biosimilar drugs are not available through the Home Delivery Network.</p>	<p><b>Participating Pharmacy:</b> No copay, then covered at 100% of the allowance.</p> <p><b>Non-Participating Pharmacy:</b> No coverage available from a Non-Participating pharmacy.</p>
<p><b>Note:</b> To view the Generics Plus Prescription Drug Guide, visit our website at <a href="http://AlabamaBlue.com/GenericPlusDrugList">AlabamaBlue.com/GenericPlusDrugList</a>.</p>	

**This is not a contract. Benefits are subject to the terms, limitations and conditions of the group contract.**

# ALL Kids

1.º de enero de 2024

**Nota: Excepto en los casos de servicios de ambulancia, emergencia médica o lesión en caso de accidente, los servicios brindados por un proveedor fuera de la red (no perteneciente a la PPO) no estarán cubiertos.**

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED (PPO)
<b>SERVICIOS DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO EN EL HOGAR Y HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS</b>	
<b>Se requiere certificación previa para las admisiones de pacientes hospitalizados (excepto los servicios de emergencias médicas y maternidad); en caso de emergencias médicas, la notificación debe efectuarse dentro de las siguientes 48 horas. Usualmente, si no se obtiene la certificación previa, no habrá disponible ningún beneficio. Llame al 1-800-248-2342 (llamada sin costo) para obtener la certificación previa.</b>	
<b>Copago</b>	<p><b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$200 por admisión; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa:</b> Copago de \$200 por admisión; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>No se aplicará el copago de \$200 a las admisiones por parto.</p>
<b>Certificación de preadmisión</b>	Todas las admisiones en el hospital requieren certificación de preadmisión, a excepción de las admisiones por maternidad. Las admisiones por emergencias requieren certificación en el término de las 48 horas de la admisión. Para obtener la certificación de preadmisión, llame al 1-800-248-2342. Si no se obtiene certificación de preadmisión, no estarán disponibles los beneficios.
<b>Administración de casos individuales</b>	Coordina la atención en el caso de una enfermedad o lesión catastróficas o prolongadas. Para obtener más información, llame al 1-800-821-7231.
<b>Control de afecciones crónicas</b>	Coordina la atención de pacientes con afecciones crónicas, como asma, diabetes, enfermedad de las arterias coronarias, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras afecciones de especialidad. Para más información llamar 1-800-821-7231.
<b>Baby Yourself® programa de maternidad</b>	Ofrece acceso gratuito a una enfermera personal, información sobre la lactancia materna y una aplicación gratuita para rastrear su embarazo. Para inscribirse o para obtener más información, llame al 1-800-222-4379. También puede inscribirse en Internet, en <a href="http://AlabamaBlue.com/BabyYourself">AlabamaBlue.com/BabyYourself</a> .
<b>SERVICIOS DEL HOSPITAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b>	
<b>Se requiere la certificación previa para algunos beneficios hospitalarios y medicamentos administrados por médico para pacientes ambulatorios; consulte el folleto de beneficios. Si no se obtiene la certificación previa, no habrá ningún beneficio disponible.</b>	
<b>Cirugía</b>	<p><b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$6; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa:</b> Copago de \$100; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p>
<b>Emergencia médica/Lesión en caso de accidente</b>	<p><b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$6; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa:</b> Copago de \$60; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p>
<b>Radiografía de diagnóstico</b>	<p><b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$6; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa:</b> Copago de \$65; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p>
<b>Laboratorio de diagnóstico, hemodiálisis, terapia IV, quimioterapia y radioterapia</b>	<p><b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa baja:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p>
<b>SERVICIOS DE MÉDICO</b>	
<b>Se requiere la certificación previa para algunos beneficios de médicos y medicamentos administrados por médico; consulte el folleto de beneficios. Si no se obtiene la certificación previa, no habrá ningún beneficio disponible.</b>	
<b>Visitas al consultorio y consultas para pacientes ambulatorios</b>	<p><b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa:</b> Copago de \$13; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p>
<b>Médico de sala de emergencias</b>	<p><b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa baja:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p>
<b>Cirugía y anestesia</b>	<p><b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa baja:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p>
<b>Visitas y consultas para pacientes hospitalizados</b>	<p><b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa baja:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p>
<b>Maternidad</b>	<p><b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa baja:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p>
<b>Radiografía de diagnóstico y examen de laboratorio, quimioterapia y radioterapia</b>	<p><b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa baja:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  <b>Tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p>



BENEFICIO	DENTRO DE LA RED (PPO)
<b>Pruebas de alergia</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$6; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Copago de \$17; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
<b>Tratamiento de alergia</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Copago de \$12; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
<b>Análisis conductual aplicado (Applied Behavioral Analysis, ABA)</b> Limitado a las edades de 0-18 para trastornos del espectro de autismo	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Copago de \$13; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
<b>SERVICIOS DE TELESALUD</b>	
Los beneficios se dan para los servicios de telesalud sujetos a costo compartido aplicable cuando los servicios prestados se hagan dentro del alcance de la licencia de proveedores de atención médica y se consideren médicamente necesarios.	
<b>SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA</b>	
<b>Vacunas de rutina y servicios de prevención</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.  Consulte <a href="http://AlabamaBlue.com/preventiveservices">AlabamaBlue.com/preventiveservices</a> para obtener una lista de las vacunas específicas y servicios de prevención o llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente para obtener una copia impresa. Para obtener más información, llame al 1-800-760-6851.  Ciertas vacunas también pueden obtenerse a través de la red de farmacias de Vacunas. Consulte <a href="http://AlabamaBlue.com/VaccineNetworkDrugList">AlabamaBlue.com/VaccineNetworkDrugList</a> para más información.
<b>Pruebas de laboratorio/diagnóstico de rutina</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluye análisis de orina y hemograma completo.</li> </ul>
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS INTOXICANTES</b>	
<b>Centro de servicios de tratamiento de salud mental y de abuso de sustancias intoxicantes para pacientes hospitalizados</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$200 por admisión; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Copago de \$200 por admisión; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
<b>Servicios de médico de salud mental y de abuso de sustancias intoxicantes para pacientes hospitalizados</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
<b>Servicios de tratamiento de salud mental y de abuso de sustancias intoxicantes para pacientes ambulatorios</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Copago de \$13; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
<b>Aviso del Programa intensivo para pacientes ambulatorios (Intensive Outpatient Program, IOP) y Programa de hospitalización parcial (Partial Hospitalization Program, PHP):</b> Se requiere certificación previa a la admisión. Llame al 1-800-248-2342 (llamada gratuita)	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago, luego cubierto al 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Sin copago, luego cubierto al 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Sin copago, luego cubierto al 100% de la asignación.

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED (PPO)
<b>OTROS SERVICIOS CUBIERTOS</b>	
<b>Se requiere certificación previa para algunos otros servicios cubiertos bajo la póliza; consulte el folleto de beneficios. Si no se obtiene la certificación previa, no habrá ningún beneficio disponible.</b>	
<b>Máximo anual de gastos de bolsillo</b>	De acuerdo con la política del Departamento de Salud Pública de Alabama, no se requerirá que ninguna familia pague más del 5% de sus ingresos anuales (los ingresos utilizados para determinar la elegibilidad para ALL Kids) en gastos de bolsillo (primas y copagos) por período de prestación. Si los gastos (primas y copagos) anuales de bolsillo de una familia se acercan a este máximo, esta familia debe enviar los recibos de estos gastos a la oficina administrativa de ALL Kids con una nota en la que se explique que los recibos son para una familia durante un período de un año y alcanzan un total cercano al 5% de los ingresos anuales de la familia (los ingresos utilizados para determinar la elegibilidad para ALL Kids).
<b>Máximo de por vida</b>	Sin máximo.
<b>Servicios de quiroprácticos participantes</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$2; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Copago de \$5; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitado a 12 visitas o \$400 por miembro cada año calendario, la cantidad que sea menor.</li> <li>• Limitado a un copago por día.</li> </ul>
<b>Terapia ocupacional, del habla y fisioterapia de rehabilitación</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Copago de \$13; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitado a un copago por día.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Disponibles por 15 visitas por cada terapia por miembro, por cada año calendario, sin requerir una precertificación. La precertificación se requiere después de la visita número 15 para determinar la necesidad médica para la continuación de la terapia. Si no se obtiene la precertificación, cualquier servicio asociado con la visita número 16 y las visitas subsecuentes no será cubierto.</p>
<b>Terapia ocupacional, del habla y fisioterapia para la recuperación de las habilidades</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Copago de \$13; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitado a un copago por día.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Disponibles por 15 visitas por cada terapia por miembro, por cada año calendario, sin requerir una precertificación. La precertificación se requiere después de la visita número 15 para determinar la necesidad médica para la continuación de la terapia. Si no se obtiene la precertificación, cualquier servicio asociado con la visita número 16 y las visitas subsecuentes no será cubierto.</p>
<b>Terapia ocupacional, física y del habla para trastornos del espectro de autismo, edades de 0-18</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Copago de \$13; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitado a un copago por día.</li> </ul>
<b>Terapia cardíaca/pulmonar</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
<b>Equipos médicos duraderos y dispositivos protésicos</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
<b>Servicios de ambulancia</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$6 por viaje; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Copago de \$100 por viaje; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
<b>Centro de enfermería especializada</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitado a un máximo de por vida de 100 días por miembro.</li> </ul>
<b>Servicios de la vista de rutina (incluidos exámenes de rutina, lentes, marcos y ayudas para baja visión)</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Copago de \$13; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <u><b>Exámenes de rutina:</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitado a un examen por miembro por año calendario.</li> <li>• Limitado a un copago por día por el examen.</li> <li>• Limitado a \$48 para un paciente nuevo y a \$37 para un paciente establecido.</li> </ul> <u><b>Lentes y marcos:</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitado a un par de anteojos por miembro por año calendario.</li> <li>• Limitado a un copago por día por lentes y/o aros.</li> <li>• Limitado a un pago máximo de \$180 para monofocales; \$230 para bifocales; \$250 para trifocales o progresivos.</li> <li>• Sin cobertura para lentes de contacto.</li> </ul>
<b>Exámenes de oído de rutina y audífonos</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitado a \$750 por miembro, cada oído, una vez cada dos años calendario.</li> </ul>



BENEFICIO	DENTRO DE LA RED (PPO)
<b>ATENCIÓN DE SALUD DOMICILIARIA Y PARA ENFERMOS TERMINALES</b>	
<b>Atención de salud domiciliaria y para enfermos terminales preferida</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de salud domiciliaria únicamente limitada a 60 días por miembro cada año calendario.</li> </ul>
<b>Infusión casera</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
<b>Asesoramiento sobre vacunas</b>	<b>Sin tarifa:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <b>Tarifa:</b> Copago de \$13; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
<b>MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA MÉDICA</b>	
<b>Se exige certificación previa para algunos medicamentos; si no obtiene la certificación previa, los beneficios no estarán disponibles</b>	
<b>Tarjeta prepaga para medicamentos <i>Productos recetados preferidos</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los medicamentos genéricos son obligatorios cuando hay equivalentes disponibles</li> </ul>	<b>Farmacia participante:</b> Medicamentos de venta con receta médica cubiertos en un 100%, sujetos a los siguientes copagos: <p><b>Medicamentos de nivel 1:</b>  <b>Sin tarifa:</b> Sin copago  <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$1  <b>Tarifa:</b> Copago de \$5</p> <p><b>Medicamentos de nivel 2:</b>  <b>Sin tarifa:</b> Sin copago  <b>Tarifa baja:</b> Copago de \$5  <b>Tarifa:</b> Copago de \$25</p> <p><b>Medicamentos de nivel 3:</b>  <b>Sin tarifa:</b> No cubierto  <b>Tarifa baja:</b> No cubierto  <b>Tarifa:</b> No cubierto</p> <b>Farmacia no participante:</b> Sin cobertura disponible de una farmacia no participante.
<b>Seleccione Medicamentos genéricos especializados y biosimilares</b> <p>Los medicamentos genéricos especializados y biosimilares se pueden surtir para 30 días. La única farmacia dentro de la red para algunos medicamentos genéricos especializados y biosimilares es la red Pharmacy Select.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consulte la Lista de medicamentos genéricos especializados y biosimilares que se aplica al plan en <a href="http://AlabamaBlue.com/SelectGenericSpecialtyandBiosimilarDrugList">AlabamaBlue.com/SelectGenericSpecialtyandBiosimilarDrugList</a>.</li> </ul> <p>Los medicamentos genéricos especializados y biosimilares no están disponibles mediante la red Home Delivery.</p>	<b>Farmacia participante:</b> Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. <p><b>Farmacia no participante:</b>  Sin cobertura disponible de una farmacia no participante.</p>
<b>Nota:</b> Para ver la Guía actual de medicamentos de venta con receta médica de Generics Plus, visite nuestro sitio web en <a href="http://AlabamaBlue.com/GenericPlusDrugList">AlabamaBlue.com/GenericPlusDrugList</a> .	

Este documento no constituye un contrato. Los beneficios están sujetos a los términos, las limitaciones y las condiciones del contrato grupal.

Group 05000