



Plan Benefits



Effective October 1, 2025
Fecha de entrada en vigencia:
1.º de octubre de 2025

Visit our website:
AlabamaBlue.com



**BlueCross BlueShield
of Alabama**

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

ALL Kids / ALL Babies

October 1, 2025

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)
INPATIENT HOSPITAL AND RESIDENTIAL TREATMENT FACILITY SERVICES	
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	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$200 copay per admission, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$200 copay per admission, then covered at 100% of the allowance. The \$200 copay will be waived for all maternity delivery admissions.
OUTPATIENT HOSPITAL FACILITY SERVICES	
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	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$6 copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$100 copay, then covered at 100% of the allowance.
Medical Emergency / Accidental Injury	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$6 copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$60 copay, then covered at 100% of the allowance.
Diagnostic X-ray	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$6 copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$65 copay, then covered at 100% of the allowance.
Diagnostic Lab, Hemodialysis, IV Therapy, Chemotherapy and Radiation Therapy	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance.
PHYSICIAN SERVICES	
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	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$3 copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$13 copay, then covered at 100% of the allowance.
Emergency Room	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance.
Surgery and Anesthesia	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance.
Inpatient Visits and Consultations	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance.
Maternity	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance.
Diagnostic X-ray and Lab Exam, Chemotherapy and Radiation Therapy	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance.
Allergy Testing	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$6 copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$17 copay, then covered at 100% of the allowance.
Allergy Treatment	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$3 copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$12 copay, then covered at 100% of the allowance.

BENEFIT	IN-NETWORK (PPO)
Applied Behavioral Analysis (ABA) Therapy Limited to ages 0-18, for autism spectrum disorders	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$3 copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$13 copay, then covered at 100% of the allowance.
TELEHEALTH SERVICES	
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.	
PREVENTIVE CARE SERVICES	
Routine Immunizations and Preventive Services	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. See AlabamaBlue.com/preventiveservices 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 AlabamaBlue.com/VaccineNetworkDrugList for more information.
Additional Routine Lab/Diagnostic Testing	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Includes Urinalysis and Complete Blood Count.
Note: Blue Cross and Blue Shield of Alabama will process these claims as required by Section 1557 of the Affordable Care Act.	
MENTAL HEALTH DISORDERS AND SUBSTANCE ABUSE	
Inpatient Mental Health Disorder and Substance Abuse Facility	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$200 copay per admission, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$200 copay per admission, then covered at 100% of the allowance.
Inpatient Mental Health Disorder and Substance Abuse Physician Services	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance.
Outpatient Mental Health Disorder and Substance Abuse Services	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$3 copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$13 copay, then covered at 100% of the allowance.
Intensive Outpatient Program (IOP) and Partial Hospitalization Program (PHP)	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Note: Preadmission certification is required. Call 1-800-248-2342 (toll free).
OTHER COVERED SERVICES	
Precertification is required for some other covered services; please see your benefit booklet. If precertification is not obtained, no benefits are available.	
Annual Out-of-Pocket Maximum	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 ALLKids/ALLBabies) in out-of-pocket expenses of premiums and copays per benefit period. Should a family's annual out-of-pocket expenses of premiums and copays approach this maximum, the family should send the receipts for these expenses to the ALLKids/ALLBabies 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 ALLKids/ALLBabies) in order to stop cost-sharing during the benefit period.
Lifetime Maximum	No maximum.
Participating Chiropractor Services	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$2 copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$5 copay, then covered at 100% of the allowance. - Limited to the lesser of 12 visits or \$400 per member each calendar year. - Limited to one copay per day.
Rehabilitative Occupational, Physical and Speech Therapy	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$3 copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$13 copay, then covered at 100% of the allowance. Limited to one copay per day. Note: Available for 15 visits for each therapy per member each calendar year with no precertification required. Precertification is required after the 15 th visit to determine the medical necessity for continued therapy. If precertification is not obtained, any services associated with the 16 th visit and subsequent visits will not be covered.
Habilitative Occupational, Physical and Speech Therapy	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$3 copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$13 copay, then covered at 100% of the allowance. Limited to one copay per day. Note: Available for 15 visits for each therapy per member each calendar year with no precertification required. Precertification is required after the 15 th visit to determine the medical necessity for continued therapy. If precertification is not obtained, any services associated with the 16 th visit and subsequent visits will not be covered.

BENEFIT	IN-NETWORK (PPO)
Occupational, Physical and Speech Therapy for Autism Spectrum Disorders ages 0-18	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$3 copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$13 copay, then covered at 100% of the allowance. Limited to one copay per day.
Cardiac/Pulmonary Therapy	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance.
Durable Medical Equipment and Prosthetic Devices	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance.
Ambulance Services	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$6 copay per trip, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$100 copay per trip, then covered at 100% of the allowance.
Skilled Nursing Facility	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Limited to a lifetime maximum of 100 days per member.
Routine Vision (Including Routine Exams, Lenses, Frames and Low Visual Aids)	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$3 copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$13 copay, then covered at 100% of the allowance. <u>Routine Exams:</u> - Limited to one exam per member per calendar year. - Limited to one copay per day for the exam. - Limited to \$48 for a new patient and \$37 for an established patient. <u>Lenses and Frames:</u> - Limited to one pair of eyeglasses per member per calendar year. - Limited to one copay per day for lenses and/or frames. - Limited to a maximum payment of \$180 for single vision, \$230 for bifocal, \$250 for trifocal or progressive. - No coverage for contact lenses.
Routine Hearing Exams and Hearing Aids	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Limited to \$750 per member each ear, once every two calendar years.
Preferred Home Health and Hospice	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Home health care only limited to 60 days per member each calendar year.
Home Infusion	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance.
Vaccine Counseling	No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$3 copay, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$13 copay, then covered at 100% of the allowance.
PRESCRIPTION DRUGS	
Precertification is required for some drugs; if no precertification is obtained, no benefits are available.	
Prepaid Drug Card Generic drugs are mandatory when equivalents are available	Participating Pharmacy: Prescription drugs covered at 100% subject to the following copays: <u>Tier 1 Drugs:</u> No Fee: No copay Low Fee: \$1 copay Fee: \$5 copay <u>Tier 2 Drugs:</u> No Fee: No copay Low Fee: \$5 copay Fee: \$25 copay <u>Tier 3 Drugs:</u> No Fee: Not covered Low Fee: Not covered Fee: Not covered Non-Participating Pharmacy: No coverage available from a Non-Participating pharmacy.

BENEFIT	IN-NETWORK (PPO)
Select Generic Specialty and Biosimilar drugs 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. • View the Select Generic Specialty and Biosimilar Drug List that applies to the plan at AlabamaBlue.com/SelectGenericSpecialtyandBiosimilarDrugList.	Participating Pharmacy: No copay, then covered at 100% of the allowance. Non-Participating Pharmacy: No coverage available from a Non-Participating pharmacy.
Note: To view the Generics Plus Prescription Drug Guide, visit our website at AlabamaBlue.com/GenericPlusDrugList.	
HEALTH MANAGEMENT BENEFITS	
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 AlabamaBlue.com/BabyYourself.

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

ALL Kids / ALL Babies

1 de octubre de 2025

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)	
SERVICIOS DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO EN EL HOGAR Y HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS			
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.			
Copago	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Copago de \$200 por admisión; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Copago de \$200 por admisión; luego, cubierto en un 100% de la asignación. No se aplicará el copago de \$200 a las admisiones por parto.		
Certificación de preadmisión	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.		
SERVICIOS DEL HOSPITAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS			
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.			
Cirugía	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Copago de \$6; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Copago de \$100; luego, cubierto en un 100% de la asignación.		
Emergencia médica/Lesión en caso de accidente	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Copago de \$6; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Copago de \$60; luego, cubierto en un 100% de la asignación.		
Radiografía de diagnóstico	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Copago de \$6; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Copago de \$65; luego, cubierto en un 100% de la asignación.		
Laboratorio de diagnóstico, hemodiálisis, terapia IV, quimioterapia y radioterapia	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.		
SERVICIOS DE MÉDICO			
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.			
Visitas al consultorio y consultas para pacientes ambulatorios	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Copago de \$13; luego, cubierto en un 100% de la asignación.		
Médico de sala de emergencias	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.		
Cirugía y anestesia	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.		
Visitas y consultas para pacientes hospitalizados	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.		
Maternidad	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.		
Radiografía de diagnóstico y examen de laboratorio, quimioterapia y radioterapia	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.		

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED (PPO)
Pruebas de alergia	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Copago de \$6; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Copago de \$17; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
Tratamiento de alergia	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Copago de \$12; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
Análisis conductual aplicado (Applied Behavioral Analysis, ABA)	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Copago de \$13; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Limitado a las edades de 0-18 para trastornos del espectro de autismo
SERVICIOS DE TELESALUD	
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.	
SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA	
Vacunas de rutina y servicios de prevención	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Consulte AlabamaBlue.com/preventiveservices 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 AlabamaBlue.com/VaccineNetworkDrugList para más información.
Pruebas de laboratorio/diagnóstico de rutina	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Incluye análisis de orina y hemograma completo.
Nota: Blue Cross and Blue Shield of Alabama procesará estos reclamos según el Artículo 1557 de la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio.	
SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS INTOXICANTES	
Centro de servicios de tratamiento de salud mental y de abuso de sustancias intoxicantes para pacientes hospitalizados	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Copago de \$200 por admisión; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Copago de \$200 por admisión; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
Servicios de médico de salud mental y de abuso de sustancias intoxicantes para pacientes hospitalizados	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
Servicios de tratamiento de salud mental y de abuso de sustancias intoxicantes para pacientes ambulatorios	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Copago de \$13; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
Aviso del Programa intensivo para pacientes ambulatorios (Intensive Outpatient Program, IOP) y Programa de hospitalización parcial (Partial Hospitalization Program, PHP)	Sin tarifa: Sin copago, luego cubierto al 100% de la asignación. Tarifa baja: Sin copago, luego cubierto al 100% de la asignación. Tarifa: Sin copago, luego cubierto al 100% de la asignación. Se requiere certificación previa a la admisión. Llame al 1-800- 248-2342 (llamada gratuita)

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED (PPO)
OTROS SERVICIOS CUBIERTOS	
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.	
Máximo anual de gastos de bolsillo	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 ALLKids/ALLBabies) 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 ALLKids/ALLBabies 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 ALLKids/ALLBabies) con el fin de dejar de compartir los costos durante el período de beneficios.
Máximo de por vida	Sin máximo.
Servicios de quiroprácticos participantes	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Copago de \$2; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Copago de \$5; luego, cubierto en un 100% de la asignación. - Limitado a 12 visitas o \$400 por miembro cada año calendario, la cantidad que sea menor. - Limitado a un copago por día.
Terapia ocupacional, del habla y fisioterapia de rehabilitación	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Copago de \$13; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Limitado a un copago por día. Nota: 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.
Terapia ocupacional, del habla y fisioterapia para la recuperación de las habilidades	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Copago de \$13; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Limitado a un copago por día. Nota: 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.
Terapia ocupacional, física y del habla para trastornos del espectro de autismo, edades de 0-18	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Copago de \$13; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Limitado a un copago por día.
Terapia cardíaca/pulmonar	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
Equipos médicos duraderos y dispositivos protésicos	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
Servicios de ambulancia	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Copago de \$6 por viaje; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Copago de \$100 por viaje; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
Centro de enfermería especializada	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Limitado a un máximo de por vida de 100 días por miembro.
Servicios de la vista de rutina (incluidos exámenes de rutina, lentes, marcos y ayudas para baja visión)	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Copago de \$13; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Exámenes de rutina: - Limitado a un examen por miembro por año calendario. - Limitado a un copago por día por el examen. - Limitado a \$48 para un paciente nuevo y a \$37 para un paciente establecido. Lentes y marcos: - Limitado a un par de anteojos por miembro por año calendario. - Limitado a un copago por día por lentes y/o aros. - Limitado a un pago máximo de \$180 para monofocales; \$230 para bifocales; \$250 para trifocales o progresivos. - Sin cobertura para lentes de contacto.
Exámenes de oído de rutina y audífonos	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Limitado a \$750 por miembro, cada oído, una vez cada dos años calendario.

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED (PPO)
ATENCIÓN DE SALUD DOMICILIARIA Y PARA ENFERMOS TERMINALES	
Atención de salud domiciliaria y para enfermos terminales preferida	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Atención de salud domiciliaria únicamente limitada a 60 días por miembro cada año calendario.
Infusión casera	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
Asesoramiento sobre vacunas	Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa baja: Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Tarifa: Copago de \$13; luego, cubierto en un 100% de la asignación.
MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA MÉDICA	
Se exige certificación previa para algunos medicamentos; si no obtiene la certificación previa, los beneficios no estarán disponibles	
Tarjeta prepaga para medicamentos <i>Productos recetados preferidos</i> Los medicamentos genéricos son obligatorios cuando hay equivalentes disponibles	Farmacia participante: Medicamentos de venta con receta médica cubiertos en un 100%, sujetos a los siguientes copagos: <u>Medicamentos de nivel 1:</u> Sin tarifa: Sin copago Tarifa baja: Copago de \$1 Tarifa: Copago de \$5 <u>Medicamentos de nivel 2:</u> Sin tarifa: Sin copago Tarifa baja: Copago de \$5 Tarifa: Copago de \$25 <u>Medicamentos de nivel 3:</u> Sin tarifa: No cubierto Tarifa baja: No cubierto Tarifa: No cubierto Farmacia no participante: Sin cobertura disponible de una farmacia no participante.
Seleccione Medicamentos genéricos especializados y biosimilares 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. Consulte la Lista de medicamentos genéricos especializados y biosimilares que se aplica al plan en AlabamaBlue.com/SelectGenericSpecialtyandBiosimilarDrugList.	Farmacia participante: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación. Farmacia no participante: Sin cobertura disponible de una farmacia no participante.
Nota: Para ver la Guía actual de medicamentos de venta con receta médica de Generics Plus, visite nuestro sitio web en AlabamaBlue.com/GenericPlusDrugList .	

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED (PPO)
BENEFICIOS DE ADMINISTRACIÓN MÉDICA	
Administración de casos individuales	Coordina la atención en caso de una enfermedad o lesión catastrófica o prolongada.
Control de condiciones crónicas	Coordina la atención de pacientes con condiciones crónicas, como asma, diabetes, enfermedades de las arterias coronarias, insuficiencia cardíaca congestiva, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras condiciones de especialidad.
Baby Yourself®	Ofrece acceso gratuito a una enfermera personal, información sobre lactancia materna y una aplicación gratuita para hacer seguimiento de su embarazo. Para inscribirse o para obtener más información, llame al 1-800-222-4379. También puede inscribirse en línea en AlabamaBlue.com/BabyYourself .

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

Group 05000

Notice of Nondiscrimination

Discrimination is Against the Law

Blue Cross and Blue Shield of Alabama, an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association, complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (consistent with the scope of sex discrimination described in 45 CFR § 92.101(a)(2)). We do not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Blue Cross and Blue Shield of Alabama:

- Provides reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact our 1557 Compliance Coordinator. If you believe that we have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance in person or by mail, fax, or email at: Blue Cross and Blue Shield of Alabama, Compliance Office, 450 Riverchase Parkway East, Birmingham, Alabama 35244, Attn: 1557 Compliance Coordinator, 1-855-216-3144, 711 (TTY), 1-205-220-2984 (fax), 1557Grievance@bcbsal.org (email). If you need help filing a grievance, our 1557 Compliance Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English: ATTENTION: Free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-855-216-3144 (TTY: 711) or call Customer Service.

Arabic: انتباه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات الإضافية المناسبة لتوفير المعلومات بتيسقات بيسل الوصول إليها مجانًا. اتصل بالرقم 1-855-216-3144 (الهاتف النصي: 711) أو الاتصال بخدمة العملاء.

Chinese: 请注意: 如果您说普通话, 我们可免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以易读格式向您提供信息。请拨打 1-855-216-3144 (TTY 用户请拨 711) 或致电客户服务部。

French: À NOTER : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1 855 216 3144 (TTY : 711) ou contactez le service client.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Bereitstellung von Informationen in zugänglichen Formaten sind ebenfalls kostenlos erhältlich. Rufen Sie +1 855 216 3144 (Durchwahl: 711) oder den Kundendienst an.

Gujarati: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો તમારા માટે નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પ્રદાન કરવા માટેની યોગ્ય સહાય અને સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-855-216-3144 (TTY: 711) પર અથવા ગ્રાહક સેવા પર કોલ કરો.

Hindi: ध्यान दें: अगर आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। आसानी प्रारूप में सूचना उपलब्ध कराने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-216-3144 (TTY: 711) पर कॉल करें या ग्राहक सेवा को कॉल करें।

Japanese: ご案内: 日本語を話される方には、無料の言語アシスタントサービスをご用意しております。アクセシブルな形式で情報を提供するため、補助器具や支援サービスも無料で提供しております。1-855-216-3144 (TTY: 711) もしくは、カスタマーサービスにお電話でお問合せください。

Korean: 주의: 한국어(를) 하시면 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구와 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-216-3144(TTY: 711)로 전화하거나 고객센터에 문의하세요.

Lao: ເຂົ້າໃຈໃສ່: ຖ້າເຈົ້າເວົ້າ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາພຣີແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານ. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການທີ່ເໝາະສົມໃນການສະໜອງຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແມ່ນຍັງສາມາດໃຊ້ໄດ້ໃດໆບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ 1-855-216-3144 (TTY: 711) ຫຼື ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າ.

Portuguese: ATENÇÃO: Se você falar português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Também estão disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-855-216-3144 (TTY: 711) ou ligue para o Atendimento ao Cliente.

Russian: ВНИМАНИЕ. Если ваш язык русский язык, к вашим услугам бесплатная языковая помощь. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-855-216-3144 (TTY: 711) или обратитесь в службу поддержки клиентов.

Spanish: ATENCIÓN: Si usted habla español, hay disponibles servicios gratuitos de asistencia lingüística. También hay disponibles, de forma gratuita, ayudas y servicios auxiliares adecuados para dar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-216-3144 (TTY: 711) o llame a Servicio al cliente.

Tagalog: ATTENTION: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Available rin ang naaangkop na mga pantulong na tulong at serbisyo nang walang bayad para magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-855-216-3144 (TTY: 711) o tumawag sa Serbisyo sa Customer.

Turkish: DİKKAT: Konuşmanız durumunda Türkçe, ücretsiz dil yardımı hizmetlerinden yararlanabilirsiniz. Erişilebilir formatlarda bilgi sağlamak için uygun yardımcı araçlar ve hizmetler de ücretsiz olarak sunulmaktadır. 1-855-216-3144 (TTY: 711) nolu telefonu veya Müşteri Hizmetlerini arayın.

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng việt thì dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho quý vị. Chúng tôi cũng có các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận. Vui lòng gọi số 1-855-216-3144 (TTY: 711) hoặc gọi Dịch Vụ Khách Hàng.