

ALL Kids
October 1, 2015

Note: Except in cases of medical emergency or 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.
Individual Case Management	Coordinates care in the event of a catastrophic or lengthy illness or injury. For more information, call 1-800-821-7231.
Disease Management	Coordinates care for chronic conditions such as asthma, diabetes, coronary artery disease, congestive heart failure and chronic obstructive pulmonary disease.
Baby Yourself [®]	A maternity program. For more information, call 1-800-222-4379. You can also enroll online at BeHealthy.com .
OUTPATIENT HOSPITAL FACILITY SERVICES	
Precertification is required for some outpatient hospital benefits and physician-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 physician-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 Physician	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)
PREVENTIVE CARE SERVICES	
Routine Immunizations and Preventive Services	<p>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.</p> <p>See AlabamaBlue.com/preventiveservices for a listing of the specific immunizations and preventive services or call our Customer Service Department for a printed copy.</p>
Additional Routine Lab/Diagnostic Testing	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> Includes Urinalysis and Complete Blood Count.
MENTAL HEALTH DISORDERS AND SUBSTANCE ABUSE	
Inpatient Mental Health Disorder and Substance Abuse Facility	<p>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.</p>
Inpatient Mental Health Disorder and Substance Abuse Physician Services	<p>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.</p>
Outpatient Mental Health Disorder and Substance Abuse Services	<p>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.</p>
Intensive Outpatient Program (IOP) and Partial Hospitalization Program (PHP) Note: Preadmission certification is required. Call 1-800-248-2342 (toll free).	<p>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.</p>
OTHER COVERED SERVICES	
<p>Precertification is required for some other covered services; please see your benefit booklet. If precertification is not obtained, no benefits are available.</p>	
Annual Out-of-Pocket Maximum	<p>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) annually. 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).</p>
Lifetime Maximum	No maximum
Participating Chiropractor Services	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> Limited to the lesser of 12 visits or \$400 per member each calendar year. Limited to one copay per day
Physical Therapy, Speech Therapy and Occupational Therapy	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> Limited to one copay per day <p>Note: Available for 15 visits for each therapy per member each calendar year with no precertification required. Precertification is required after the 15th 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.</p>
Cardiac/Pulmonary Therapy	<p>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.</p>
Durable Medical Equipment and Prosthetic Devices	<p>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.</p>
Ambulance Services	<p>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.</p>
Skilled Nursing Facility	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> Limited to a lifetime maximum of 100 days per member.

BENEFIT	IN-NETWORK (PPO)
Routine Vision (Including Routine Exams, Lenses and Frames and Low Visual Aids)	<p>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.</p> <p><u>Routine Exams:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Limited to one exam per member every 24 months. • Limited to one copay per day for the exam • Limited to \$48 for a new patient and \$37 for an established patient. <p><u>Lenses and Frames:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Limited to one pair of eyeglasses per member every 24 months. • 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	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limited to \$750 per member each ear, once every two calendar years
Preferred Home Health and Hospice	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Home health care only limited to 60 days per member each calendar year.
PRESCRIPTION DRUGS	
Prepaid Drug Card <ul style="list-style-type: none"> • Generic drugs are mandatory when equivalents are available • Some drugs require precertification 	<p>Participating Pharmacy: Prescription drugs covered at 100% subject to the following copays:</p> <p><u>Tier 1 Drugs:</u> No Fee: No copay Low Fee: \$1 copay Fee: \$5 copay</p> <p><u>Tier 2 Drugs:</u> No Fee: No copay Low Fee: \$5 copay Fee: \$25 copay</p> <p><u>Tier 3 Drugs:</u> No Fee: Not covered Low Fee: Not covered Fee: Not covered</p> <p>Non-Participating Pharmacy: No coverage available from a Non-Participating pharmacy.</p>
<p>Note: To view the Generics Plus Prescription Drug Guide, visit our website at AlabamaBlue.com.</p>	

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

ALL Kids

1 de octubre de 2015

Nota: Excepto en los casos de 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.
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.
Administración de casos individuales	Coordina la atención en el caso de una enfermedad o lesión catastróficas o prolongadas. Para obtener más información, llame al 1-800-821-7231.
Manejo de enfermedades	Coordina la atención para afecciones crónicas, como asma, diabetes, enfermedad de las arterias coronarias, insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
Baby Yourself [®]	Es un programa de maternidad. Para obtener más información, llame al 1-800-222-4379. También puede inscribirse en Internet, en BeHealthy.com .
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.
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.

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED (PPO)
Tratamiento de alergia	<p>Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa baja: Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa: Copago de \$12; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p>
SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA	
Vacunas de rutina y servicios de prevención	<p>Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>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.</p>
Pruebas de laboratorio/diagnóstico de rutina	<p>Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <ul style="list-style-type: none"> Incluye análisis de orina y hemograma completo.
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	<p>Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa baja: Copago de \$200 por admisión; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa: Copago de \$200 por admisión; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p>
Servicios de médico de salud mental y de abuso de sustancias intoxicantes para pacientes hospitalizados	<p>Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p>
Servicios de tratamiento de salud mental y de abuso de sustancias intoxicantes para pacientes ambulatorios	<p>Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa baja: Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa: Copago de \$13; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p>
Aviso del Programa intensivo para pacientes ambulatorios (Intensive Outpatient Program, IOP) y Programa de hospitalización parcial (Partial Hospitalization Program, PHP): Se requiere certificación previa a la admisión. Llame al 1-800-248-2342 (llamada gratuita)	<p>Sin tarifa: Sin copago, luego cubierto al 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa baja: Sin copago, luego cubierto al 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa: Sin copago, luego cubierto al 100% de la asignación.</p>
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 ALL Kids) en gastos de bolsillo (primas y copagos) anualmente. 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).
Máximo de por vida	Sin máximo.
Servicios de quiroprácticos participantes	<p>Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa baja: Copago de \$2; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa: Copago de \$5; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitado a 12 visitas o \$400 por miembro cada año calendario, la cantidad que sea menor. Limitado a un copago por día.
Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	<p>Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa baja: Copago de \$3; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa: Copago de \$13; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitado a un copago por día. <p>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 subsiguientes no será cubierto.</p>
Terapia cardíaca/pulmonar	<p>Sin tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa baja: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p> <p>Tarifa: Sin copago; luego, cubierto en un 100% de la asignación.</p>

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED (PPO)
Equipos médicos duraderos y dispositivos protésicos	<p>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.</p>
Servicios de ambulancia	<p>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.</p>
Centro de enfermería especializada	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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)	<p>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.</p> <p>Exámenes de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitado a un examen por miembro cada 24 meses. Limitado a un copago por día por el examen. Limitado a \$48 para un paciente nuevo y a \$37 para un paciente establecido. <p>Lentes y marcos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitado a un par de anteojos por miembro cada 24 meses. 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	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitado a \$750 por miembro, cada oído, una vez cada dos años calendario.
ATENCIÓN DE SALUD DOMICILIARIA Y PARA ENFERMOS TERMINALES	
Atención de salud domiciliaria y para enfermos terminales preferida	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención de salud domiciliaria únicamente limitada a 60 días por miembro cada año calendario.
MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA MÉDICA	
<p>Tarjeta prepaga para medicamentos Productos recetados preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> Los medicamentos genéricos son obligatorios cuando hay equivalentes disponibles Algunos medicamentos necesitan de autorización previa 	<p>Farmacia participante: Medicamentos de venta con receta médica cubiertos en un 100%, sujetos a los siguientes copagos:</p> <p>Medicamentos de nivel 1: Sin tarifa: Sin copago Tarifa baja: Copago de \$1 Tarifa: Copago de \$5</p> <p>Medicamentos de nivel 2: Sin tarifa: Sin copago Tarifa baja: Copago de \$5 Tarifa: Copago de \$25</p> <p>Medicamentos de nivel 3: Sin tarifa: No cubierto Tarifa baja: No cubierto Tarifa: No cubierto</p> <p>Farmacia no participante: Sin cobertura disponible de una farmacia no participante.</p>

Nota: Para ver la Guía actual de medicamentos de venta con receta médica de Generics Plus, visite nuestro sitio web en AlabamaBlue.com.

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

**ALL Kids
Dental Benefits
October 1, 2015**

Note: All services must be rendered by a Preferred Dentist. Services rendered by a non-Preferred Dentist will not be covered.

GENERAL PROVISIONS	
Deductible	No deductible
Maximum	\$1,500 per member each calendar year excluding diagnostic and preventive services
DIAGNOSTIC AND PREVENTIVE (Exams and Cleanings)	
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.	
RESTORATIVE (Fillings and Root Canals)	
No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$5 copay per visit, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$20 copay per visit, then covered at 100% of the allowance.	
SUPPLEMENTAL (Oral Surgery and Anesthesia)	
No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$5 copay per visit, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$20 copay per visit, then covered at 100% of the allowance.	
PROSTHETIC (Crowns and Dentures)	
No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$5 copay per visit, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$20 copay per visit, then covered at 100% of the allowance.	
PERIODONTIC (Gum Disease)	
No Fee: No copay, then covered at 100% of the allowance. Low Fee: \$5 copay per visit, then covered at 100% of the allowance. Fee: \$20 copay per visit, then covered at 100% of the allowance.	

Note: Benefits for orthodontia are covered under the medical plan for certain diagnosed conditions. Refer to your benefit booklet for more information.

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

ALL Kids
Beneficios dentales
1 de octubre de 2015

Nota: Todos los servicios deben ser prestados por un dentista preferido. Los servicios prestados por un dentista no preferido no se cubrirán.

DISPOSICIONES GENERALES	
Deducible	Sin deducible
Máximo	\$1,500 por miembro cada año calendario, excluyendo los servicios de diagnóstico y preventivos.
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN (Exámenes y Limpiezas)	
Sin Cargo: Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo Bajo: Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo: Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación.	
PROCEDIMIENTOS DE RESTAURACIÓN (Empastes y Empastes de las Raíces)	
Sin Cargo: Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo Bajo: Copago de \$5 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo: Copago de \$20 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación.	
PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS (Cirugía y Anestesia Orales)	
Sin Cargo: Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo Bajo: Copago de \$5 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo: Copago de \$20 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación.	
PROCEDIMIENTOS PROTÉSICOS (Coronas y Dentaduras Postizas)	
Sin Cargo: Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo Bajo: Copago de \$5 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo: Copago de \$20 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación.	
PROCEDIMIENTOS PERIODONTALES (Enfermedad Periodontal)	
Sin Cargo: Sin copago, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo Bajo: Copago de \$5 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación. Cargo: Copago de \$20 por consulta, luego se cubre el 100% de la asignación.	

Nota: El plan médico cubre los beneficios relacionados con la ortodoncia correspondientes a algunas condiciones diagnosticadas. Consulte su folleto de beneficios para obtener más información.

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