

Anthem Blue Cross and Blue Shield

Anthem KeyCare 30 / \$10/\$30/\$50/20% with \$150 Ded

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Duración de la póliza: 02/01/2017 – 01/31/2018
Cobertura de: Individual + Familiar | Tipo de plan: PPO



Este es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/fi> o llamando al (855) 333-5735.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	\$1,000 por una persona/ \$2,000 por familia para proveedores dentro de la red. No se aplica a consulta con un especialista, atención preventiva, medicamentos recetados y consulta con su médico principal. \$1,500 por una persona/ \$3,000 por familia para proveedores fuera de la red. No se aplica a medicamentos recetados.	Debe pagar todos los costos hasta alcanzar el monto del deducible a fin de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que usted utilice. Consulte su póliza o los documentos del plan para saber la fecha en que comienza el deducible (normalmente, aunque no siempre, el 1.º de enero). Consulte la tabla que comienza en la página 3 para saber cuánto debe pagar por los servicios cubiertos una vez que ha alcanzado el deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí; \$150 por una persona/ \$300 por familia para proveedores para medicamentos recetados. No hay otros deducibles específicos.	Debe pagar todos los costos de estos servicios específicos hasta alcanzar el monto del deducible correspondiente a fin de que este plan comience a pagar por dichos servicios.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ?	Sí; \$4,500 por una persona/ \$9,000 por familia para proveedores dentro de la red. \$6,250 por una persona/ \$12,500 por familia para proveedores fuera de la red.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que le correspondería pagar durante un periodo de cobertura (normalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le permite planificar los gastos de atención médica.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo ?	Multas por no obtener preautorización, primas, cargos correspondientes a saldo de facturación y atención médica que no cubra este plan.	Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el límite de gastos de bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan ?	No.	En la tabla que comienza en la página 3 se describen los límites sobre lo que el plan pagará por servicios cubiertos <i>específicos</i> , por ejemplo, visitas al consultorio.

Preguntas: Llame al (855) 333-5735 o visite www.anthem.com
Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al (855) 333-5735 y pida una copia.

VA/L/F/KC 30 10/30/50/20% WITH DED-PPO/100/NA/01-17

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
<p>¿Tiene este plan una red de proveedores?</p>	<p>Sí, KeyCare. Si desea obtener un listado de proveedores dentro de la red, consulte www.anthem.com o llame al (855) 333-5735. Los beneficios dentales y de la visión pueden tener acceso a una red diferente de proveedores.</p>	<p>Si consulta a un médico u otro proveedor de atención médica dentro de la red, este plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que, para algunos servicios, es posible que su médico u hospital dentro de la red utilicen un proveedor fuera de la red. Los planes utilizan los términos dentro de la red, preferido o participante para hacer referencia a los proveedores que pertenecen a su red. Consulte la tabla que comienza en la página 3 para saber de qué manera este plan paga a los diversos tipos de proveedores.</p>
<p>¿Necesito un referido para ver un especialista?</p>	<p>No; no necesita un referido para consultar a un especialista.</p>	<p>Puede consultar al especialista que usted desee sin necesidad de permiso de este plan.</p>
<p>¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?</p>	<p>Sí.</p>	<p>Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 8. Consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información sobre los servicios excluidos.</p>



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad, o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, si en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 y la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**).
- El plan puede animarlo a que use **proveedores dentro de la red** cobrándole **deducibles, copagos o coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores dentro de la red	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$30 de copago	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Consulta con un especialista	\$50 de copago	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Consulta con otro proveedor de la salud	Terapia de manipulación \$25 de copago Acupuntura Sin cobertura	Terapia de manipulación 40% de coseguro Acupuntura Sin cobertura	Terapia de manipulación La cobertura para proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados tiene un límite de 30 visitas por periodo de beneficios. El deducible no se aplica a proveedores dentro de la red. Acupuntura -----ninguna-----
	Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas	Sin cargo	40% de coseguro	-----ninguna-----
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Análisis clínicos en consultorio 20% de coseguro Radiografías en consultorio 20% de coseguro	Análisis clínicos en consultorio 40% de coseguro Radiografías en consultorio 40% de coseguro	Análisis clínicos en consultorio -----ninguna----- Radiografías en consultorio -----ninguna-----
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores dentro de la red	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red	Limitaciones y excepciones
<p>Si necesita un medicamento</p> <p>Para más información sobre la cobertura de medicamentos, visite http://www.anthem.com/pharmacyinformation/</p>	<p>Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos</p>	<p>\$25 de copago por receta (solo entrega a domicilio) y \$10 de copago por receta (solo venta minorista)</p>	<p>\$25 de copago por receta (solo entrega a domicilio) y \$10 de copago por receta (solo venta minorista)</p>	<p>Cubre hasta un máximo de 30 días de suministro (farmacia minorista). Cubre hasta un máximo de 90 días de suministro (programa de entrega a domicilio). Usted paga los copagos o coseguros adicionales por abastecimientos en farmacias minoristas que excedan los 30 días. Si un miembro elige un medicamento de marca cuando hay un genérico equivalente disponible, se le cobrará el copago por genérico más la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el genérico equivalente. El deducible por medicamentos recetados no se aplica.</p>
	<p>Nivel 2: Normalmente medicamentos de marca/preferidos</p>	<p>\$75 de copago por receta (solo entrega a domicilio) y \$30 de copago por receta (solo venta minorista)</p>	<p>\$75 de copago por receta (solo entrega a domicilio) y \$30 de copago por receta (solo venta minorista)</p>	<p>Cubre hasta un máximo de 30 días de suministro (farmacia minorista). Cubre hasta un máximo de 90 días de suministro (programa de entrega a domicilio). Usted paga los copagos o coseguros adicionales por abastecimientos en farmacias minoristas que excedan los 30 días. Si un miembro elige un medicamento de marca cuando hay un genérico equivalente disponible, se le cobrará el copago por genérico más la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el genérico equivalente.</p>
	<p>Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos/especiales</p>	<p>\$125 de copago por receta (solo entrega a domicilio) y \$50 de copago por receta (solo venta minorista)</p>	<p>\$125 de copago por receta (solo entrega a domicilio) y \$50 de copago por receta (solo venta minorista)</p>	<p>Cubre hasta un máximo de 30 días de suministro (farmacia minorista). Cubre hasta un máximo de 90 días de suministro (programa de entrega a domicilio). Usted paga los copagos o coseguros adicionales por abastecimientos en farmacias minoristas que excedan los 30 días. Si un miembro elige un medicamento de marca cuando hay un genérico equivalente disponible, se le cobrará el copago por genérico más la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el genérico equivalente.</p>

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores dentro de la red	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red	Limitaciones y excepciones
	Nivel 4: Normalmente medicamentos especiales	20% de coseguro hasta un máximo de \$200 por receta (venta minorista y entrega a domicilio)	20% de coseguro (venta minorista y entrega a domicilio)	Cubre hasta un máximo de 30 días de suministro (farmacia minorista y programa de entrega a domicilio). Si un miembro elige un medicamento de marca cuando hay un genérico equivalente disponible, se le cobrará el copago por genérico más la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el genérico equivalente.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Tarifa del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	20% de coseguro	Con cobertura dentro de la red	-----ninguna-----
	Traslado médico de emergencia	20% de coseguro	Con cobertura dentro de la red	-----ninguna-----
	Cuidado urgente	\$30 de copago	40% de coseguro	Los costos pueden variar según el centro que brinda el servicio. El deducible no se aplica a proveedores dentro de la red.
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Tarifa del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	Visita a una institución de salud mental/ conductual \$30 de copago Visita a una institución de salud mental/ conductual - cargos de la institución 20% de coseguro	Visita a una institución de salud mental/ conductual 40% de coseguro Visita a una institución de salud mental/ conductual - cargos de la institución 40% de coseguro	Visita a una institución de salud mental/ conductual El deducible no se aplica a proveedores dentro de la red. Visita a una institución de salud mental/ conductual - cargos de la institución -----ninguna-----
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores dentro de la red	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red	Limitaciones y excepciones
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	Visita a una institución por abuso de sustancias \$30 de copago Visita a una institución por abuso de sustancias - cargos de la institución 20% de coseguro	Visita a una institución por abuso de sustancias 40% de coseguro Visita a una institución por abuso de sustancias - cargos de la institución 40% de coseguro	Visita a una institución por abuso de sustancias El deducible no se aplica a proveedores dentro de la red. Visita a una institución por abuso de sustancias - cargos de la institución -----ninguna-----
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	20% de coseguro	40% de coseguro	Los cargos de su médico por el parto son parte de los cuidados prenatales y post parto.
	Parto y todos los servicios de internación	20% de coseguro	40% de coseguro	Se aplica a pacientes internados en un centro. Se pueden aplicar otras distribuciones de costos según los servicios prestados.
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	20% de coseguro	40% de coseguro	La cobertura para proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados tiene un límite de 100 visitas por periodo de beneficios.
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	40% de coseguro	La cobertura tiene un límite de 30 visitas por periodo de beneficios para terapia física y terapia ocupacional combinadas. La cobertura tiene un límite de 30 visitas por periodo de beneficios para terapia del habla. Se aplica a proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados. El límite no se aplica a los servicios por autismo, si corresponde.
	Servicios de recuperación de las habilidades	20% de coseguro	40% de coseguro	Las visitas para rehabilitación y recuperación de las habilidades se toman en cuenta para alcanzar el límite de rehabilitación.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores dentro de la red	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red	Limitaciones y excepciones
	Cuidado de enfermería especializado	20% de coseguro	40% de coseguro	La cobertura para proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados tiene un límite de 100 días por estadía.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Cuidado de hospicio	Sin cargo	40% de coseguro	El deducible no se aplica a proveedores dentro de la red.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	\$15 de copago	Sin cargo hasta un máximo de \$30 por evento	El deducible no se aplica a proveedores dentro de la red. La cobertura tiene un límite de 1 evento cada 12 meses.
	Anteojos	Sin cobertura	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Consulta dental	Sin cobertura	Sin cobertura	-----ninguna-----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Cuidado dental (adultos)
- Dispositivos para la audición
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención médica a largo plazo
- Cuidado rutinario de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes.
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)

- Atención quiropráctica
- La mayor parte de la cobertura que se brinda fuera de los Estados Unidos. Consulte www.bcbs.com/bluecardworldwide
- Servicios de enfermería privada: Los servicios para pacientes ambulatorios se limitan a 16 horas por miembro por año calendario. Los servicios para pacientes ambulatorios se limitan a 16 horas por miembro por año calendario. Los servicios para pacientes ambulatorios se limitan a 16 horas por miembro por año calendario. Los servicios para pacientes ambulatorios se limitan a 16 horas por miembro por año calendario. Los servicios para pacientes ambulatorios se limitan a 16 horas por miembro por año calendario. Los servicios para pacientes ambulatorios se limitan a 16 horas por miembro por año calendario.
- Atención de la vista de rutina (adultos)
La cobertura tiene un límite de 1 examen de detección. La cobertura tiene un límite de 1 examen de detección. La cobertura tiene un límite de 1 examen de detección. La cobertura tiene un límite de 1 examen de detección. La cobertura tiene un límite de 1 examen de detección. La cobertura tiene un límite de 1 examen de detección. La cobertura tiene un límite de 1 examen de detección.

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si usted pierde la cobertura del plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, es posible que las leyes federales y estatales le ofrezcan protecciones que le permitan mantener su cobertura médica. Tales derechos pueden ser limitados en duración y exigirán el pago de una **prima**, que puede ser notablemente mayor que la prima que usted paga mientras está cubierto por el plan. Es posible, además, que sean aplicables otras limitaciones en sus derechos de continuidad de la cobertura.

Para obtener más información acerca de sus derechos de continuidad de la cobertura, comuníquese con el plan llamando al (855) 333-5735. También puede comunicarse con su departamento de seguros estatal, con la Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. llamando al 1-866-444-3272 o a través de www.dol.gov/ebsa, o bien con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. llamando al 1-877-267-2323, interno 61565, o a través de www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda, comuníquese con:

ATTN: Grievances and Appeals
P.O. Box 27401
Richmond, VA 23279

Administración de Seguridad para los
Beneficios de los Empleados del
Departamento de Trabajo
(866) 444-EBSA (3272)
www.dol.gov/ebsa/healthreform

Virginia Bureau of Insurance
1300 East Main Street
P. O. Box 1157
Richmond, VA 23218
(800) 552-7945

¿Provee cobertura esencial mínima esta cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser “cobertura esencial mínima”. **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

¿Satisface esta cobertura el estándar de valor mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). **Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga \$5,123
- Usted paga \$2,417

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$1,000
Copagos	\$15
Coseguro	\$1,252
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$2,417

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga \$3,692
- Usted paga \$1,708

Ejemplos de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$277
Copagos	\$1,352
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$79
Total	\$1,708

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo periodo de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo, usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También lo ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✘ **No.** Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✘ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✓ **Sí.** Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ **Sí.** Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima**, mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que lo ayudan con los gastos de bolsillo.