

Su Resumen de Beneficios



Anthem® Blue Cross and Blue Shield

Su código del contrato: BVAS

Su plan: XKIG: Anthem KeyCare

Su red: KeyCare

Visitas con proveedores de atención virtual únicamente	Costo través de nuestra aplicación móvil y nuestro sitio web
Atención primaria y servicios médicos de urgencia/agudos	Sin cargo
Servicios para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias	Sin cargo
Atención de especialistas	\$30 copago por visita médico el deducible no se aplica

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
Deducible general	\$2,000 persona / \$4,000 familia	\$4,000 persona / \$8,000 familia
Límite general de gastos de bolsillo	\$5,000 persona / \$10,000 familia	\$10,000 persona / \$20,000 familia
<p>El deducible por familia y el límite de gastos de bolsillo están integrados, lo que significa que los costos compartidos de un familiar se aplicarán al deducible por persona y al límite de gastos de bolsillo por persona; además, los montos para todos los familiares cubiertos se aplican tanto al deducible por familia como al límite de gastos de bolsillo por familia. Ningún miembro pagará más del deducible por persona o el límite de gastos de bolsillo por persona.</p> <p>Todos los deducibles, copagos y coseguros médicos y para medicamentos recetados se cuentan para alcanzar el límite de gastos de bolsillo (excepto los servicios de terapia celular y genética y servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos (HOTT) fuera de la red).</p> <p>Los deducibles y los montos de límite de gastos de bolsillo dentro de la red y fuera de la red son independientes y no se acumulan entre sí.</p>		
Visitas al médico (virtuales y en el consultorio) <i>Le recomendamos que seleccione un médico de atención primaria (PCP).</i>		
PCP preferido <i>virtual y en el consultorio</i> (Proveedores que figuran en nuestra herramienta FindCare de la siguiente manera: EPHC Providers)	\$10 copago por visita médico el deducible no se aplica	Sin cobertura

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
<p>Atención primaria (médico de atención primaria, PCP) <i>virtual y en el consultorio</i></p> <p>Servicios de trastornos de salud mental y uso de sustancias <i>virtual y en el consultorio</i></p> <p>Atención de especialistas <i>virtual y en el consultorio</i></p>	<p>\$15 copago por visita médico el deducible no se aplica</p> <p>\$15 copago por visita médico el deducible no se aplica</p> <p>\$30 copago por visita médico el deducible no se aplica</p>	<p>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p> <p>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p> <p>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p>
<p><u>Visitas a otros profesionales de la salud</u></p> <p>Servicios de médico por maternidad (atención prenatal/posnatal y parto)</p> <p>Clínica médica en establecimientos minoristas para atención de rutina y tratamiento de enfermedades comunes; por lo general, se encuentran en las principales farmacias o tiendas minoristas.</p> <p>Terapia de manipulación <i>La cobertura se limita a 30 visitas por periodo de beneficio.</i></p>	<p>20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p> <p>\$15 copago por visita médico el deducible no se aplica</p> <p>\$15 copago por visita médico el deducible no se aplica</p>	<p>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p> <p>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p> <p>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p>
<p><u>Otros servicios en un consultorio</u></p> <p>Pruebas de alergia</p> <p>Medicamentos recetados <i>Provistos en el consultorio</i></p> <p>Cirugía</p>	<p>\$10 copago por visita médico el deducible no se aplica</p> <p>20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p> <p>20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p>	<p>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p> <p>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p> <p>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p>

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
Servicios preventivos / chequeos / inmunizaciones	Sin cargo	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
Atención preventiva para afecciones crónicas según las pautas del Servicio de Rentas Internas (IRS)	Sin cargo	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
<u>Servicios de diagnóstico</u> Laboratorio Consultorio Laboratorio de referencia Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Sin cargo Sin cargo 20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico 30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico 30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
Radiografía Consultorio Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico 20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico 30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes por ejemplo: tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética nuclear (MRI), tomografía axial computarizada (CAT) Consultorio	20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
<p><u>Atención urgente y de emergencia</u></p> <p>Atención urgente incluye servicios del médico. Es posible que se apliquen cargos adicionales según la atención brindada.</p> <p>Servicios de la sala de emergencias</p> <p>Servicios médicos de la sala de emergencias y otros servicios</p> <p>Ambulancia Los servicios de ambulancia fuera de la red y que no sean de emergencia se limitan a un pago máximo de Anthem de \$50,000 por viaje. El límite de \$50,000 no aplica a servicios de ambulancia aérea.</p>	<p>\$60 copago por visita médica el deducible no se aplica</p> <p>20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p> <p>20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p> <p>20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p>	<p>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p> <p>Cubierto dentro de la red</p> <p>Cubierto dentro de la red</p> <p>Cubierto dentro de la red</p>
<p>Servicios para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios en un centro</p> <p>Tarifas del centro</p> <p>Servicios médicos</p>	<p>20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p> <p>20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p>	<p>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p> <p>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p>
<p><u>Cirugía para pacientes ambulatorios</u></p> <p>Tarifas del centro</p> <p>Hospital</p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio</p>	<p>20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p> <p>20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p>	<p>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p> <p>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p>

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
Médico y otros servicios que incluyen tarifas del cirujano Hospital	20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
<u>Hospital (Incluidos los servicios de maternidad y para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias)</u> Tarifas del centro Médico y otros servicios que incluyen tarifas del cirujano	20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico 20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico 30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
Atención médica a domicilio <i>La cobertura se limita a 100 visitas por periodo de beneficio. Los límites se combinan para todos los servicios de atención médica a domicilio.</i>	20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
Servicios de rehabilitación y recuperación de las habilidades <i>incluidas terapias física, ocupacional y del habla.</i> <i>La cobertura para fisioterapia y terapia ocupacional tiene un límite de 30 visitas combinados por periodo de beneficio. La cobertura para terapia del habla tiene un límite de 30 visitas por periodo de beneficio.</i> Consultorio Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$15 copago por visita médico el deducible no se aplica 20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico 30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
Rehabilitación pulmonar servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio	20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
Rehabilitación cardíaca <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i> <i>La cobertura se limita a 36 visitas por periodo de beneficio.</i>	20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
Diálisis/Hemodiálisis <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i>	20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
Quimio/Radioterapia <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i>	20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
Atención de enfermería especializada (en un centro) <i>La cobertura para los servicios de rehabilitación para pacientes internados y los servicios de enfermería especializada se limita a 150 días combinados por periodo de beneficio.</i>	20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
Centro para pacientes internados terminales	20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
Equipo Médico Duradero	20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
Dispositivos prostéticos <i>La cobertura de para pelucas tiene un límite de 1 artículo después del tratamiento contra el cáncer por periodo de beneficio.</i>	20% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible medico
Audífonos <i>La cobertura se limita a 1 artículo por oído cada 24 meses para niños de 18 años o menos. Máximo de \$1,500 por audifono.</i>	Sin cargo	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible medico
Beneficios de Medicamentos Recetados Cubiertos	Sus costos si usted usa una Farmacia Dentro de la Red	Sus costos si usted usa una Farmacia Fuera de la Red
Deducible de farmacia	No se aplica	No se aplica
Límite de gastos de bolsillo de farmacia	Combinado con el límite de gastos de bolsillo para atención	Combinado con el límite de gastos de bolsillo para atención

Beneficios de Medicamentos Recetados Cubiertos		Sus costos si usted usa una Farmacia Dentro de la Red	Sus costos si usted usa una Farmacia Fuera de la Red
		médica dentro de la red	médica fuera de la red
Cobertura de medicamentos recetados La red: Base Network Lista de medicamentos: <i>National</i> Si selecciona un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible, se pueden aplicar costos compartidos adicionales.			
Límites en cuanto a los días de suministro: Farmacia minorista suministro para 30 días en (las distribuciones de costos se indican a continuación) Farmacia Retail 90 suministro para 90 días (se aplica 3 veces los costos compartidos del suministro para 30 días que se cobran en las farmacias minoristas de Dentro de la red indicadas a continuación). Farmacia con entrega a domicilio Suministro para 90 días (a continuación, se indican los costos compartidos máximos). Los medicamentos de mantenimiento están disponibles a través de nuestra farmacia con entrega a domicilio. Deberá llamarnos al número que se figura en su tarjeta de identificación para inscribirse cuando utilice el servicio por primera vez. Farmacias de especialidades Suministro para 30 días (se aplican los costos compartidos que se indican a continuación para venta minorista y entrega a domicilio) Es posible que solicitemos que nuestra farmacia especializada designada lleve ciertos medicamentos que requieran un manejo especial, coordinación con el proveedor o información del paciente.			
Nivel 1 - Normalmente medicamentos genéricos		\$5 copago por receta (venta minorista) y \$13 copago por receta (entrega a domicilio)	30% de coseguro (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)
Nivel 2 - Normalmente medicamentos de marca preferidos		\$50 copago por receta (venta minorista) y \$125 copago por receta (entrega a domicilio)	30% de coseguro (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)
Nivel 3 - Normalmente medicamentos de marca no preferidos		\$100 copago por receta (venta minorista) y \$250 copago por receta (entrega a domicilio)	30% de coseguro (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)
Nivel 4 - Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos)		20% de coseguro hasta \$250 por receta (venta minorista y entrega a domicilio)	30% de coseguro (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)
Beneficios de la vista cubiertos		Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
Este documento es una breve descripción de la cobertura de la atención de la vista. Para recibir el beneficio Dentro de la red, usted debe ir a un Proveedor de Blue View Vision. Solo los servicios de atención pediátrica de la vista cuentan para su límite de gastos de bolsillo.			

Beneficios de la vista cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
Examen de la vista para niños (hasta la edad 19) <i>Se limita a 1 examen por periodo de beneficios.</i>	Sin cargo	Copago de \$0 hasta alcanzar la cantidad máxima aprobada.
Examen de la vista para adultos (edad 19 y mayores) <i>Se limita a 1 examen por periodo de beneficios.</i>	\$15 copago	Reembolso de hasta \$30

Notas:

- Si tiene una visita al consultorio de su médico de atención primaria o especialista en un centro para pacientes ambulatorios (por ejemplo, un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio), los beneficios de los Servicios cubiertos se pagarán según los “Servicios prestados en un centro para pacientes ambulatorios”.
- Los costos pueden variar según el centro que brinda el servicio. Se puede aplicar otra distribución de costos según los servicios prestados. Consulte su Certificado de cobertura para obtener más detalles.
- Los límites para la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla, si los hubiera para este plan, no se aplicarán si recibe atención como parte del beneficio para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias.
- Las afirmaciones sobre los beneficios que se incluyen en este documento están sujetas a cambios y a la aprobación de la Virginia Bureau of Insurance (BOI).

Este resumen de beneficios es una breve descripción de la cobertura, diseñado para ayudarlo en el proceso de selección. Esta póliza tiene exclusiones y limitaciones respecto de los beneficios, además de términos y condiciones en virtud de los cuales la póliza puede continuar en vigencia o discontinuarse. Para obtener información acerca de los costos y detalles completos de la cobertura, comuníquese con nosotros o con su agente de seguros. Si hubiese alguna diferencia entre este resumen y el contrato de cobertura, prevalecerá el contrato de cobertura.

Este resumen de beneficios no debe distribuirse sin proporcionar acceso a las limitaciones y exclusiones que se aplican a nuestros planes médicos. Visite <https://www.anthemplancomparison.com/va> para acceder a esta información.

Anthem Health Plans of Virginia, Inc. trades as Anthem Blue Cross and Blue Shield in Virginia, and its service area is all of Virginia except for the City of Fairfax, the Town of Vienna, and the area east of State Route 123. Independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. ® ANTHEM is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc. The Blue Cross and Blue Shield names and symbols are registered marks of the Blue Cross and Blue Shield Association.

Preguntas: (833) 592-9956 o visite www.anthem.com

Se ha dejado en blanco
intencionalmente

Get help in your language

Curious to know what all this says? We would be too. Here's the English version:

If you have any questions about this document, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call (833) 592-9956

Separate from our language assistance program, we make documents available in alternate formats for members with visual impairments. If you need a copy of this document in an alternate format, please call the customer service telephone number on the back of your ID card.

(TTY/TDD: 711)

Arabic (العربية): إذا كان لديك أي استفسارات بشأن هذا المستند، فيحق لك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون مقابل. للتحدث إلى مترجم، اتصل على (833) 592-9956.

Armenian (հայերեն). Եթե այս փաստաթղթի հետ կապված հարցեր ունեք, դուք իրավունք ունեք անվճար ստանալ օգնություն և տեղեկատվություն ձեր լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար գանգահարեք հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (833) 592-9956:

Chinese(中文): 如果您對本文件有任何疑問，您有權使用您的語言免費獲得協助和資訊。如需與譯員通話，請致電(833) 592-9956。

Farsi (فارسی): در صورتی که سؤالی پیرامون این سند دارید، این حق را دارید که اطلاعات و کمک را بدون هیچ هزینه ای به زبان مادریتان دریافت کنید. برای گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره (833) 592-9956 تماس بگیرید.

French (Français): Si vous avez des questions sur ce document, vous avez la possibilité d'accéder gratuitement à ces informations et à une aide dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le (833) 592-9956.

Haitian Creole (Kreyòl Ayisyen): Si ou gen nenpòt kesyon sou dokiman sa a, ou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou gratis. Pou pale ak yon entèprèt, rele (833) 592-9956.

Italian (Italiano): In caso di eventuali domande sul presente documento, ha il diritto di ricevere assistenza e informazioni nella sua lingua senza alcun costo aggiuntivo. Per parlare con un interprete, chiami il numero (833) 592-9956.

Japanese (日本語): この文書についてなにかご不明な点があれば、あなたにはあなたの言語で無料で支援を受け情報を得る権利があります。通訳と話すには、(833) 592-9956 にお電話ください。

Korean (한국어): 본 문서에 대해 어떠한 문의사항이라도 있을 경우, 귀하에게는 귀하가 사용하는 언어로 무료 도움 및 정보를 얻을 권리가 있습니다. 통역사와 이야기하려면(833) 592-9956로 문의하십시오.

Navajo (Diné): Dii naaltsoos biká'ígíí lahgo bina'ídiikidgo ná bohónéedzá dóó bee ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehj bee nił hodoonih t'áadoo bááh ilínígóó. Ata' halne'ígíí la' bich'i' hadeesdzih nínízingo kojí' hodiilnih (833) 592-9956.

Language Access Services:

Polish (polski): W przypadku jakichkolwiek pytań związanych z niniejszym dokumentem masz prawo do bezpłatnego uzyskania pomocy oraz informacji w swoim języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer: (833) 592-9956.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਦੁਬਾਰੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, (833) 592-9956 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian (Русский): если у вас есть какие-либо вопросы в отношении данного документа, вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Чтобы связаться с устным переводчиком, позвоните по тел. (833) 592-9956.

Spanish (Español): Si tiene preguntas acerca de este documento, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma, sin costos. Para hablar con un intérprete, llame al (833) 592-9956.

Tagalog (Tagalog): Kung mayroon kang anumang katanungan tungkol sa dokumentong ito, may karapatan kang humingi ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Makipag-usap sa isang tagapagpaliwanag, tawagan ang (833) 592-9956.

Vietnamese (Tiếng Việt): Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về tài liệu này, quý vị có quyền nhận sự trợ giúp và thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị hoàn toàn miễn phí. Để trao đổi với một thông dịch viên, hãy gọi (833) 592-9956.

Es importante que lo tratemos de manera justa

Esta es la razón por la cual aplicamos las leyes federales sobre derechos civiles en todos nuestros programas y actividades de atención de la salud. No discriminamos, no excluimos a las personas, ni tampoco las tratamos diferente por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. En el caso de personas con algún tipo de discapacidad, ofrecemos servicios de asistencia gratuitos. En el caso de personas cuyo idioma nativo no es el inglés, ofrecemos servicios gratuitos de asistencia con el idioma a través de intérpretes y documentos escritos en otros idiomas. ¿Está interesado en estos servicios? Llame al número de Servicios para Miembros que aparece en su tarjeta de identificación para obtener ayuda (TTY/TDD: 711). Si considera que no hemos logrado ofrecer estos servicios adecuadamente o ha sido discriminado(a) por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación, a la que también se conoce como “queja formal”. Para presentar su reclamación ante nuestro Coordinador de Cumplimiento (Compliance Coordinator), escríbanos a Compliance Coordinator P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279. O bien, puede presentar una reclamación ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 o llamando por teléfono al 1-800-368-1019 (TDD: 1- 800-537-7697) o por Internet a través de <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.