



Anthem® HealthKeepers Inc.

Su código del contrato: CUSTOM

Su plan: Anthem HealthKeepers POS OA 30 2000/30%/6000 Rx \$10/\$40/\$70/20%W/ RX Ded \$150

Su red: HealthKeepers

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 de gastos de bolsillo	\$6,000 persona / \$12,000 familia	\$15,000 persona / \$30,000 familia
<p>El deducible familiar y el gasto máximo de bolsillo están integrados, lo cual significa que los costos compartidos de un familiar se aplicarán tanto al deducible por persona como al gasto máximo de bolsillo por persona además, los montos para todos los familiares cubiertos se aplican tanto al deducible familiar como al gasto máximo de bolsillo familiar. Ningún miembro deberá pagar más del deducible por persona deducible or per persona o el gasto máximo de bolsillo por.</p> <p>Sus copagos, coseguro y deducibles se tienen en cuenta para los gastos de bolsillo.</p> <p>Los deducibles y los montos máximos de bolsillo dentro y fuera de la red son separados y no se acumulan entre sí.</p>		
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
<p><u>Atención virtual (visitas de Telemedicina/Telehealth)</u></p> <p>Visitas virtuales - visitas en línea con médicos que también prestan servicios presenciales</p> <p>Atención primaria (médico de atención primaria, PCP)</p>	<p><u>PCP preferido</u> \$20 copago por visita médico el deducible no se aplica</p> <p><u>PCP</u></p>	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico

HealthKeepers, Inc. is an 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

VA/LG/Anthem HealthKeepers POS OA 30 2000/30%/6000 Rx \$10/\$40/\$70/20%/6EYE/01-01-2022

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 de la salud mental y por abuso de sustancias</p> <p>Especialista</p>	<p>\$30 copago por visita médico el deducible no se aplica</p> <p>\$30 copago por visita médico el deducible no se aplica</p> <p>\$50 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>Chats con médicos y visitas virtuales (por video) para atención primaria de nuestro proveedor en línea K Health, a través de sus grupos de proveedores afiliados</p>	Sin cargo	
<p>Visitas virtuales de un proveedor en línea de LiveHealth Online en www.livehealthonline.com; nuestra aplicación móvil, sitio web o dispositivo habilitado para Anthem</p> <p>Atención primaria (médico de atención primaria, PCP), y salud mental y abuso de sustancias</p> <p>Atención de especialistas</p>	<p>\$5 copago por visita médico el deducible no se aplica</p> <p>\$50 copago por visita médico el deducible no se aplica</p>	
<p><u>Visitas en un consultorio</u></p> <p>Atención primaria (PCP)</p> <p>Atención de especialistas</p>	<p><u>PCP preferido</u> \$20 copago por visita médico el deducible no se aplica</p> <p><u>PCP</u> \$30 copago por visita médico el deducible no se aplica</p> <p>\$50 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><u>Visitas a otros profesionales de la salud</u></p>		

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
Atención de maternidad de rutina (Atención prenatal y posparto)	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
Clínica médica en establecimientos minoristas	\$30 copago por visita médico el deducible no se aplica	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
Terapia de manipulación <i>La cobertura se limita a 30 visitas por periodo de beneficio.</i>	\$30 copago por visita médico el deducible no se aplica	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
<u>Otros servicios en un consultorio</u>		
Pruebas de alergia	\$20 copago por visita médico el deducible no se aplica	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
Quimio/Radioterapia	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
Diálisis/Hemodiálisis	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
Medicamentos recetados <i>Provistos en el consultorio</i>	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico	30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico
Cirugía	30% 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
<p>Servicios de diagnóstico Laboratorio</p> <p>Consultorio</p> <p>Laboratorio de referencia preferido</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo</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>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p>
<p>Radiografía</p> <p>Consultorio</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</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>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p>
<p>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes por ejemplo: <i>tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética nuclear [MRI], tomografía axial computarizada [CAT]</i></p> <p>Consultorio</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</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>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
<p><u>Atención urgente y de emergencia</u></p> <p>Atención urgente</p> <p>Servicios de la sala de emergencias</p> <p>Servicios médicos de la sala de emergencias y otros servicios</p> <p>Ambulancia</p>	<p>\$50 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>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><u>Atención médica de salud mental y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</u></p> <p>Visita al consultorio médico</p> <p>Visita a un centro</p> <p>Tarifas del centro</p> <p>Servicios médicos</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>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
<p><u>Cirugía para pacientes ambulatorios</u></p> <p>Tarifas del centro</p> <p>Hospital</p> <p>Centro Quirúrgico Independiente</p> <p>Servicios médicos y otros servicios</p> <p>Hospital</p>	<p>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p> <p>\$350 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>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p>
<p><u>Hospital (incluso por maternidad, por atención médica de salud mental y por abuso de sustancias)</u></p> <p>Tarifas del centro</p> <p>Servicios médicos y otros servicios</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>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p>
<p><u>Recuperación y rehabilitación</u></p> <p>Atención médica a domicilio</p> <p><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></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>Los servicios de Rehabilitación</p> <p><i>La cobertura de terapia física y terapia ocupacional combinadas de rehabilitación y para recuperar habilidades tiene un límite de 30 visitas por periodo de beneficio. La cobertura de terapia del habla de rehabilitación y para recuperar habilidades tiene un límite de 30 visitas por periodo de beneficio.</i></p>		

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
<p>Consultorio</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</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>Rehabilitación cardíaca <i>La cobertura se limita a 36 visitas por periodo de beneficio.</i></p> <p>Consultorio</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</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>30% de coseguro después de que se alcanza el deducible médico</p>
<p>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></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>Centro para pacientes internados terminales</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>Equipo Médico Duradero</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>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></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 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	\$150 personas/\$300 Familia	\$150 personas/\$300 Familia
Límite de gastos de bolsillo de farmacia	Combinado con el límite de gastos de bolsillo para atención médica dentro de la red	Combinado con el límite de gastos de bolsillo para atención médica fuera de la red
<p>Cobertura de medicamentos recetados <i>La distribución de costos para los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos de Essential se encuentran a continuación. No se cubrirán los medicamentos que no estén incluidos en la lista de medicamentos de Essential. Su plan utiliza Base Network. Puede recibir un suministro para hasta 90 días de medicamentos en farmacias Retail 90.</i></p>		
<p>Farmacia con entrega a domicilio <i>Los medicamentos de mantenimiento están disponibles a través de la farmacia de entrega a domicilio IngenioRx . Deberá llamarnos al número que se figura en su tarjeta de identificación para inscribirse cuando utilice el servicio por primera vez.</i></p>		
<p>Nivel 1 - Normalmente medicamentos genéricos <i>Por Suministro para 30 días (farmacia minorista y farmacia Retail 90). Por Suministro para 90 días (programa de entrega a domicilio).</i></p>	\$10 copago por receta, el deducible no se aplica (venta minorista) y \$25 copago por receta, el deducible no se aplica (entrega a domicilio)	30% de coseguro, el deducible se aplica (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)
<p>Nivel 2 - Normalmente medicamentos de marca preferidos <i>Por Suministro para 30 días (farmacia minorista y farmacia Retail 90). Por Suministro para 90 días (programa de entrega a domicilio).</i></p>	\$40 copago por receta, el deducible se aplica (venta minorista) y \$100 copago por receta, el deducible se aplica (entrega a domicilio)	30% de coseguro, el deducible se aplica (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)
<p>Nivel 3 - Normalmente medicamentos de marca no preferidos <i>Por Suministro para 30 días (farmacia minorista y farmacia Retail 90). Por Suministro para 90 días (programa de entrega a domicilio).</i></p>	\$70 copago por receta, el deducible se aplica (venta minorista) y \$175 copago por receta, el deducible se aplica (entrega a domicilio)	30% de coseguro, el deducible se aplica (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)
<p>Nivel 4 - Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos) <i>Por Suministro para 30 días (farmacias especializadas).</i></p>	20% de coseguro hasta \$300 por receta, el deducible se aplica	30% de coseguro, el deducible se aplica (venta minorista) y Sin

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
	aplica (venta minorista y entrega a domicilio)	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. Solo los servicios de atención pediátrica de la vista cuentan para su límite de gastos de bolsillo.

<u>Atención de la visión para niños (hasta la edad 19)</u> Deducible por atención de la vista para niños	\$0 persona	\$0 persona
Examen de la visión <i>Se limita a 1 examen por periodo de beneficios.</i>	Sin cargo	Reembolso de hasta \$30
<u>Atención de la vista para adultos (edad 19 y mayores)</u> Deducible por atención de la vista para adultos	\$0 persona	\$0 persona
Examen de la vista <i>Se limita a 1 examen por periodo de beneficios.</i>	\$15 copago	Reembolso de hasta \$30

Notas:

- Las afirmaciones sobre los beneficios que se incluyen en este documento están sujetas a cambios y a la aprobación de la División de Seguros.
- 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.

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 brindar acceso al folleto de inscripción correspondiente de Anthem HealthKeepers Inc. folleto sobre inscripción.

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 զանգահարեք 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.

Language Access Services:

Navajo (Diné): Dii naaltsoos biká'ígíí lahgo bina'idiikidgo ná bohónéedzǎ dóó bee ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehǫ́ bee nił hodoonih t'áadoo bááh ilínígóó. Ata' halne'ígíí la' bich'í' hadeesdzih ninizingo kojí' hodíílnih (833) 592-9956.

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 ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ 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.

It's important we treat you fairly

That's why we follow federal civil rights laws in our health programs and activities. We don't discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability. For people with disabilities, we offer free aids and services. For people whose primary language isn't English, we offer free language assistance services through interpreters and other written languages. Interested in these services? Call the Member Services number on your ID card for help (TTY/TDD: 711). If you think we failed to offer these services or discriminated based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint, also known as a grievance. You can file a complaint with our Compliance Coordinator in writing to Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279. Or you can file a complaint with the 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 or by calling 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) or online at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.