Anthem Blue Cross and Blue Shield
Anthem Silver Pathway X HMO 4250/30% S06 = A

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

Duración de la póliza: 01/01/2016 – 12/31/2016

Cobertura de: Individual + Familiar | **Tipo de plan:** HMO

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 www.anthem.com/sbc o llamando al (855) 738-6671.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	**$200** por una persona/ **$400** por familia para proveedores dentro de la red. No se aplica a medicamentos recetados, servicios preventivos, consulta con su médico principal, consulta con un especialista y atención dental para niños.	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 dentro de la red para medicamentos recetados de nivel 2, nivel 3 y nivel 4. 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; **$600** por una persona/ **$1,200** por familia para proveedores dentro 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?	Primas, cargos correspondientes a facturación del saldo 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 *específicos*; por ejemplo, visitas al consultorio.

Preguntas: Llame al (855) 738-6671 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) 738-6671 y pida una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Tiene este plan una red de proveedores?	Sí, Pathway X HMO. Si desea obtener una lista de los proveedores dentro de la red, visite www.anthem.com o llame al **(855) 738-6671**. Los beneficios dentales y de la visión pueden tener acceso a una red diferente de proveedores.	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**.
¿Necesito un referido para ver un especialista?	No; no necesita un referido para consultar a un especialista.	Puede consultar al **especialista** que usted desee sin necesidad de permiso de este plan.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 9. Consulte la póliza o los documentos del plan para obtener más información sobre los **servicios excluidos**.

- **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	$15 de copago por visita	Sin cobertura	--------ninguna--------
	Consulta con un especialista	$30 de copago por visita	Sin cobertura	--------ninguna--------
	Consulta con otro proveedor de la salud	Manipulación vertebral 30% de coseguro Acupuntura Sin cobertura	Manipulación vertebral Sin cobertura Acupuntura Sin cobertura	Manipulación vertebral La cobertura para proveedores dentro de la red está limitada a 12 visitas por periodo de beneficios. Acupuntura --------ninguna--------
	Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	--------ninguna--------
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Análisis clínicos en consultorio – 30% de coseguro Radiografías en consultorio – 30% de coseguro	Análisis clínicos en consultorio – Sin cobertura Radiografías en consultorio – Sin cobertura	Análisis clínicos en consultorio – --------ninguna-------- Radiografías en consultorio – --------ninguna--------
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	30% de coseguro	Sin cobertura	--------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
Si necesita un medicamento Para más información sobre la **cobertura de medicamentos**, visite http://www.anthem.com/pharmacyinformation/ Lista de medicamentos selectos de Anthem	Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	$10 de copago por receta (solo venta minorista) y $20 de copago por receta (solo entrega a domicilio)	Sin cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (farmacia minorista). Cubre hasta 90 días de suministro (programa de pedido por correo). La cobertura se limita a los Medicamentos que se enumeran en Nuestra Lista de medicamentos recetados (formulario). Si está tomando un medicamento de mantenimiento, puede obtener el primer suministro para 30 días más un reabastecimiento adicional para 30 días del mismo medicamento en su farmacia minorista local. Luego, deberá utilizar una Farmacia de pedido por correo.
	Nivel 2: Normalmente medicamentos de marca/ preferidos	$30 de copago por receta (solo venta minorista) y $75 de copago por receta (solo entrega a domicilio)	Sin cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (farmacia minorista). Cubre hasta 90 días de suministro (programa de pedido por correo). La cobertura se limita a los Medicamentos que se enumeran en Nuestra Lista de medicamentos recetados (formulario). Si está

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
				tomando un medicamento de mantenimiento, puede obtener el primer suministro para 30 días más un reabastecimiento adicional para 30 días del mismo medicamento en su farmacia minorista local. Luego, deberá utilizar una Farmacia de pedido por correo.
	Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos/especiales	50% de coseguro (venta minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (farmacia minorista). Cubre hasta 90 días de suministro (programa de pedido por correo). La cobertura se limita a los Medicamentos que se enumeran en Nuestra Lista de medicamentos recetados (formulario). Si está tomando un medicamento de mantenimiento, puede obtener el primer suministro para 30 días más un reabastecimiento adicional para 30 días del mismo medicamento en su farmacia minorista local. Luego, deberá utilizar una Farmacia de pedido por correo.

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	50% de coseguro (venta minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (farmacia minorista). Cubre hasta 30 días de suministro (programa de pedido por correo). La cobertura se limita a los Medicamentos que se enumeran en Nuestra Lista de medicamentos recetados (formulario). Los medicamentos especiales están cubiertos únicamente cuando se los adquiere de un proveedor de especialidad preferido.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	30% de coseguro	Sin cobertura	--------ninguna--------
	Tarifa del médico/cirujano	30% de coseguro	Sin cobertura	--------ninguna--------
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	30% de coseguro	30% de coseguro	--------ninguna--------
	Traslado médico de emergencia	30% de coseguro	30% de coseguro	El servicio de transporte/ ambulancia que no es de emergencia fuera de la red no está cubierto, a menos que se autorice. El servicio autorizado fuera de la red se limita a $50,000 por evento.
	Cuidado urgente	$90 de copago por visita	$90 de copago por visita	--------ninguna--------
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	$150 de copago por admisión; luego, 30% de coseguro	Sin cobertura	--------ninguna--------
	Tarifa del médico/cirujano	30% de coseguro	Sin cobertura	--------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
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 $15 de copago por visita	Visita a una institución de salud mental/ conductual Sin cobertura	Visita a una institución de salud mental/conductual --------ninguna--------
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	$150 de copago por admisión; luego, 30% de coseguro	Sin cobertura	--------ninguna--------
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	Visita a una institución por abuso de sustancias $15 de copago por visita	Visita a una institución por abuso de sustancias Sin cobertura	Visita a una institución por abuso de sustancias --------ninguna--------
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	$150 de copago por admisión; luego, 30% de coseguro	Sin cobertura	--------ninguna--------
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	30% de coseguro	Sin cobertura	--------ninguna--------
	Parto y todos los servicios de internación	$150 de copago por admisión; luego, 30% de coseguro	Sin cobertura	Se aplica a pacientes internadas 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	30% de coseguro	Sin cobertura	La cobertura para proveedores dentro de la red está limitada a 100 visitas por periodo de beneficios.
	Servicios de rehabilitación	Terapia del habla 30% de coseguro Terapia física/terapia ocupacional $15 de copago por visita	Terapia del habla Sin cobertura Terapia física/terapia ocupacional Sin cobertura	La cobertura para rehabilitación pulmonar tiene un límite de 20 visitas por periodo de beneficios, la terapia del habla tiene un límite de 20 visitas por periodo de beneficios, la

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
				terapia ocupacional tiene un límite de 20 visitas por periodo de beneficios y la terapia física tiene un límite de 20 visitas por periodo de beneficios. Se aplica a proveedores dentro de la red.
	Servicios de recuperación de las habilidades	Terapia del habla 30% de coseguro Terapia física/terapia ocupacional $15 de copago por visita	Terapia del habla Sin cobertura Terapia física/terapia ocupacional Sin cobertura	Las visitas para rehabilitación y recuperación de las habilidades se toman en cuenta para alcanzar el límite para recuperar sus habilidades.
	Cuidado de enfermería especializado	30% de coseguro	Sin cobertura	La cobertura para proveedores dentro de la red está limitada a 90 días por periodo de beneficios.
	Equipo médico duradero	30% de coseguro	Sin cobertura	--------ninguna--------
	Cuidado de hospicio	Sin cargo	Sin cargo	--------ninguna--------
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura para proveedores dentro de la red está limitada a 1 examen por periodo de beneficios.
	Anteojos	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura para proveedores dentro de la red tiene un límite de 1 unidad por periodo de beneficios y 1 unidad adicional en caso de ser médicamente necesario.
	Consulta dental	10% de coseguro	Sin cobertura	Limitado a 2 visitas por año.

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
- Servicios cubiertos prestados por Proveedores ubicados fuera del Commonwealth de KY, a menos que los servicios sean por atención de emergencia, atención urgente y servicios de ambulancia, o los servicios sean aprobados previamente por Anthem.
- Cuidado dental (adultos)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- La mayor parte de la cobertura que se brinda fuera de los Estados Unidos. Consulte www.bcbs.com/bluecardworldwide
- Medicamentos no incluidos en el formulario
- Atención de rutina de la vista (adultos)
- Cuidado rutinario de los pies
- 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 cobertura tiene un límite de 12 visitas por periodo de beneficios.
- Dispositivos para la audición: La cobertura para el oído izquierdo tiene un límite de 1 unidad cada 36 meses y para el oído derecho tiene un límite de 1 unidad cada 36 meses.
- Servicios de enfermería privada: La cobertura tiene un límite de 2,000 horas por periodo de beneficios.

Su derecho para continuar con la cobertura:

Las leyes federales y estatales pueden ofrecer protecciones que le permitan mantener esta cobertura de seguro médico siempre y cuando usted pague la **prima** correspondiente. Sin embargo, existen excepciones, por ejemplo si:

- Comete fraude
- El asegurador deja de ofrecer servicios en ese estado en particular
- Usted se muda fuera del área de cobertura

Para obtener más información acerca de sus derechos de continuidad de la cobertura, comuníquese con el asegurador llamando al (855) 738-6671. También puede comunicarse con su departamento de seguros estatal a:

Department of Insurance
215 West Main Street
Frankfort, Kentucky 40601
(502) 564-3630
(800) 595-6053
(800) 648-6056

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 105568
Atlanta GA 30348-5568

Department of Insurance
215 West Main Street
Frankfort, Kentucky 40601
(502) 564-3630
(800) 595-6053
(800) 648-6056

¿Esta cobertura proporciona una cobertura esencial mínima?

La Ley de Atención Asequible (Affordable Care Act) requiere que la mayor parte de las personas cuenten con una cobertura de atención médica que califique como "cobertura esencial mínima". **Este plan o póliza proporciona una cobertura esencial mínima.**

Servicios en diversos idiomas para lograr acceso:

如果您是非會員並需要中文協助，請聯絡您的銷售代表或小組管理員。如果您已參保，則請使用您 ID 卡上的號碼聯絡客戶服務人員。

Doo bee a'tah ni'liigoo eí dooda'í, shikáa adoołwoł íínízinigo t'áá diné k'éjíígo, t'áá shoodí ba na'ałníhí ya sidáhí bich'į naabídíílkiid. Eí doo biigha daago ni ba'nija'go ho'aałagíí bich'į hodiilní. Hai'dąą iini'taago eíya, t'áá shoodí diné ya atáh halne'ígíí ní béésh bee hane'í wólta' bi'ki si'niilígíí bi'kéhgo bich'į hodiilní.

Si no es miembro todavía y necesita ayuda en idioma español, le suplicamos que se ponga en contacto con su agente de ventas o con el administrador de su grupo. Si ya está inscrito, le rogamos que llame al número de servicio de atención al cliente que aparece en su tarjeta de identificación.

Kung hindi ka pa miyembro at kailangan ng tulong sa wikang Tagalog, mangyaring makipag-ugnayan sa iyong sales representative o administrator ng iyong pangkat. Kung naka-enroll ka na, mangyaring makipag-ugnayan sa serbisyo para sa customer gamit ang numero sa iyong ID card.

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** $6,900
- **Usted paga** $640

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	$200
Copagos	$40
Coseguro	$400
Límites o exclusiones	$0
Total	$640

Control de la diabetes
(control rutinario de la enfermedad)

- **El proveedor cobra:** $5,400
- **El plan paga** $4,480
- **Usted paga** $920

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	$400
Copagos	$200
Coseguro	$20
Límites o exclusiones	$300
Total	$920

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.