

## Plan Anthem KeyCare 500

Servicios dentro de la red	Usted paga
<b>Servicios de atención preventiva</b>	
Servicios de atención preventiva que cumplen con los requisitos de las leyes estatales y federales, incluidas algunas pruebas, vacunaciones y visitas al médico.  * Durante un procedimiento de detección de rutina, es posible identificar anomalías o problemas que requieren intervención inmediata o diagnósticos adicionales. Si esto ocurre y si su proveedor realiza los procedimientos adicionales necesarios, el servicio no se considerará de detección, sino de diagnóstico o quirúrgico, según la reclamación de servicios que presente su proveedor, y el miembro deberá pagar su parte del costo compartido.	<b>Sin cargo*</b>
<b>Atención de la visión de rutina</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>examen ocular anual de rutina</li> </ul> <p><i>Más importantes descuentos en artículos para los ojos</i></p>	<b>\$15 por cada visita</b>
<b>Todos los demás servicios dentro de la red</b>	
<p>Pagará todos los costos relacionados con la atención hasta que haya pagado \$500 en un año calendario o año del plan. Esto se conoce como "suma deducible".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si son dos personas las que están cubiertas por su plan, cada una pagará los primeros \$500 de los costos de atención (\$1,000 en total).</li> <li>Si son tres o más personas las que están cubiertas por su plan, juntas pagarán los primeros \$1,000 de los costos de atención. No obstante, lo máximo que pagará cada miembro de la familia será \$500.</li> </ul> <p><b>Una vez que alcanza la suma deducible, usted paga:</b></p>	
<b>Visitas al médico</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>visitas al consultorio</li> <li>visitas de atención urgente</li> <li>visitas a domicilio</li> <li>visitas prenatales y posparto en el consultorio</li> <li>visitas por abuso de sustancias y salud mental</li> <li>cirugías en el consultorio</li> </ul> <p>* Límite de 30 visitas combinadas por año calendario o año del plan para los servicios de fisioterapia y terapia ocupacional, y 30 visitas separadas por año calendario o año del plan para los servicios de terapia del habla y de manipulación vertebral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>fisioterapia y terapia ocupacional en el consultorio (30 visitas combinadas)*</li> <li>visitas por terapia del habla en el consultorio (limitado a 30 visitas)*</li> <li>visitas para manipulación vertebral y otras intervenciones médicas manuales (30 visit limit)*</li> </ul>
<b>Laboratorio, Radiografías y Otros servicios para pacientes externos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>vacunas e inyecciones terapéuticas</li> <li>aparatos y suministros médicos, y medicamentos, incluidos los medicamentos para infusión</li> <li>equipo médico duradero</li> <li>diálisis</li> <li>servicios de diagnóstico de laboratorio</li> <li>radiografías de diagnóstico</li> <li>servicios profesionales de ambulancia terrestre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>terapia respiratorias</li> <li>quimioterapia (no administrada por vía oral)</li> <li>radioterapia</li> </ul>
<b>Visitas como paciente externo en un hospital o un centro</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>fisioterapia y terapia ocupacional*</li> <li>terapia del habla*</li> <li>sala de emergencias</li> <li>cirugía</li> <li>servicios médicos</li> </ul> <p>* Límite de 30 visitas combinadas por año calendario o año del plan para los servicios de fisioterapia y terapia ocupacional, y 30 visitas por año calendario o año del plan para los servicios de terapia del habla.</p>	<b>20% del monto que los profesionales de la salud dentro de nuestra red han acordado aceptar por sus servicios</b>

Su período de beneficios puede ser un año calendario o un año del plan. Un año calendario significa que su período de beneficios se extiende de enero a diciembre. Por otro lado, un año del plan comienza en la fecha de entrada en vigencia del plan y abarca un período de 12 meses (por ejemplo, desde el 1.º de febrero hasta el 31 de enero o desde el 1.º de julio hasta el 30 de junio). Consulte a su empleador para saber si sus beneficios se calcularán por año calendario o por año del plan.

### Opción 1 10/10

En la mayor parte del estado de Virginia: Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Health Plans of Virginia, Inc. (brinda servicios en Virginia, con excepción de City of Fairfax, Town of Vienna y el área al este de State Route 123). Licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. © ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Los nombres y los símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.

Servicios dentro de la red	Usted paga
<b>Atención a domicilio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ visitas de atención domiciliaria de la salud de un enfermero o un asistente (90 visitas)</li> <li>○ atención en instalaciones para enfermos terminales</li> <li>○ enfermería privada (máximo de \$500)*</li> </ul> <p><b>* Dado que no hay una red para estos servicios, es posible que le cobren la diferencia entre lo que pagamos por este servicio y el monto cobrado por los servicios de enfermería privada.</b></p>	<b>20%</b> del monto que los profesionales de la salud dentro de nuestra red han acordado aceptar por sus servicios
<b>Internaciones en un hospital o un centro dentro de la red</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ habitación semiprivada, cuidados intensivos o unidad similar</li> <li>○ servicios del médico y de enfermería, y otros servicios profesionales médicamente necesarios en el hospital, incluidos los servicios de anestesia, cirugía y parto</li> <li>○ atención en centros de enfermería especializada (100 días por cada admisión)</li> <li>○ programas de tratamiento de medio día por abuso de sustancias y salud mental</li> </ul>	<b>20%</b> del monto que los profesionales de la salud dentro de nuestra red han acordado aceptar por sus servicios

Servicios fuera de la red
<b>Cuando utilice médicos, hospitales y otros profesionales de la salud que no tienen contrato para brindar beneficios</b> <p>Es importante recordar que los profesionales de la salud que no forman parte de nuestra red pueden cobrar lo que deseen por sus servicios. Si lo que cobran es superior al monto que los profesionales de la salud dentro de nuestra red han acordado aceptar por el mismo servicio, es posible que le cobren la diferencia entre los dos montos. Pagará todos los costos relacionados con los servicios cubiertos que se detallan en este documento hasta que haya pagado \$750 en un año calendario o año del plan. Esto se denomina "suma deducible fuera de la red".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si son dos personas las que están cubiertas por su plan, cada una pagará los primeros \$750 de los costos de atención (\$1,500 en total).</li> <li>○ Si son tres o más personas las que están cubiertas por su plan, juntas pagarán los primeros \$1,500 de los costos de atención. No obstante, lo máximo que pagará cada miembro de la familia será \$750.</li> </ul> <p>Una vez que haya alcanzado este monto, cuando reciba los servicios cubiertos pagaremos el 60% de la tarifa que los profesionales de la salud dentro de nuestra red han acordado aceptar por el mismo servicio. Usted pagará el resto, incluida la diferencia entre la tarifa que los profesionales de la salud dentro de nuestra red han acordado aceptar por el mismo servicio y el monto que cobren los profesionales de la salud que no forman parte de nuestra red. Si consulta a un profesional para la atención de los ojos que no forma parte de nuestra red por un examen ocular de rutina, nosotros pagaremos \$30 (haya alcanzado o no la suma deducible fuera de la red de \$750) y usted pagará el resto de lo que el profesional cobre.</p>

Gastos máximos de bolsillo
<b>Lo que pagará por los servicios cubiertos en un año calendario o año del plan</b> <p><b>Cuando utilice profesionales de la red</b></p> <p>Si usted es el único cubierto por su plan, pagará \$2,500 por los servicios cubiertos que se detallan en este documento. Una vez que haya alcanzado este monto, tendrá que pagar \$0 por los servicios cubiertos, excepto por aquellos servicios que se indican a continuación que no cuentan para el gasto máximo anual de bolsillo.*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si son dos personas las que están cubiertas por su plan, cada una pagará \$2,500 (\$5,000 en total).</li> <li>○ Si son tres o más personas las que están cubiertas por su plan, juntas pagarán \$5,000. Sin embargo, ningún miembro de la familia pagará más de \$2,500 para alcanzar el límite.</li> </ul> <p><b>Cuando no utilice profesionales de la red</b></p> <p>Si usted es el único cubierto por su plan, pagará \$3,750 por los servicios cubiertos que se detallan en este documento. Una vez que haya alcanzado este monto, tendrá que pagar \$0 por los servicios cubiertos, excepto por aquellos servicios que se indican a continuación que no cuentan para el gasto máximo anual de bolsillo.*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si son dos personas las que están cubiertas por su plan, cada una pagará \$3,750 (\$7,500 en total).</li> <li>○ Si son tres o más personas las que están cubiertas por su plan, juntas pagarán \$7,500. Sin embargo, ningún miembro de la familia pagará más de \$3,750 para alcanzar el límite.</li> </ul> <p><b>* Lo siguiente no cuenta para el gasto máximo de bolsillo por año calendario o año del plan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ la parte de los costos de los medicamentos recetados y de la atención de la visión de rutina</li> <li>○ el costo de la atención recibida una vez que se hayan alcanzado los límites de los beneficios</li> <li>○ el costo de los servicios y los suministros no cubiertos por su plan Anthem KeyCare 500</li> <li>○ la suma adicional que los profesionales de la salud que no forman parte de nuestra red le cobren cuando su cargo sea superior a lo que nosotros pagamos</li> </ul>

*Este documento de descripción general de beneficios es sólo una parte de su paquete de inscripción.  
Consulte el folleto de inscripción para obtener una lista de las exclusiones y limitaciones del plan, y de los números de formulario de póliza aplicables.*

Este resumen de beneficios ha sido actualizado de conformidad con los requisitos federales y estatales, incluidas las disposiciones aplicables de las leyes federales de reforma de la atención de la salud promulgadas recientemente. A medida que recibimos orientación y explicaciones adicionales sobre las nuevas leyes de reforma de la atención de salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), del Departamento de Trabajo (Department of Labor) y del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service), es posible que debamos realizar otros cambios a este resumen de beneficios.

# Your prescription drug plan

Your Prescription Drug 10-30-50 or 20% Plan	Tier 1 Copay	Tier 2 Copay	Tier 3 Copay
Up to a 30-day medication supply at participating retail pharmacies	\$10	\$30	The greater of \$50 or 20% coinsurance with a \$200 prescription maximum
Up to a 90-day medication supply delivered to your home	\$10	\$60	The greater of \$150 or 20% coinsurance with a \$400 prescription maximum

Under your plan, for third-tier drugs you'll pay the greater of the third-tier copayment or 20 percent coinsurance with a \$200 or \$400 per-prescription maximum. There will also be a \$3,500 per member per benefit year out-of-pocket maximum included with this benefit.

## Retail pharmacy network

Our network includes more than 64,000 pharmacies across the country. That means you have easy access to your prescriptions wherever you are – at work, home or even on vacation. Using pharmacies in the network will help you get the most from your drug plan. When picking up your prescription at the pharmacy, be sure to show your plan ID card.

To make sure your pharmacy's in our network, visit [anthem.com](http://anthem.com).

- Log in and click on "Refill a Prescription." You will be directed to the Express Scripts website.
- Click on "My Prescription Plan" in the left hand column.
- Click on "Find a Pharmacy."

Choosing a non-network pharmacy means you'll pay the full cost of your drug. Then, you may submit a claim form to be repaid. To access the form, visit [anthem.com](http://anthem.com).

- Log in and select the "Refill a Prescription" link. You will be directed to the Express Scripts website.
- Click on "My Prescription Plan" in the left-hand column, then click on "Coverage & Copayments." The claim form is on this page.

## Note about your pharmacy information on the web:

Express Scripts is the company that manages the operations of your drug plan. The first time you're directed to the Express Scripts website, you'll go through a brief registration. The purpose is to set your preferences for communication and privacy. You'll do this only once.

To access your pharmacy information, log on to [anthem.com](http://anthem.com).

## Home Delivery Pharmacy

Home delivery is for people who take medications on an ongoing basis. Our preferred Home Delivery Pharmacy, managed by Express Scripts, sends you the medicine you need, right to your door. As a home delivery customer, you'll also enjoy:

- Free standard shipping
- Access to pharmacists for drug questions
- Safe, accurate prescriptions

# Your prescription drug plan (continued)

## Getting started with home delivery

Switching is simple. You can order by phone, mail or fax.

**By phone:** Call **866-281-4279**, Monday through Friday, 8:30 a.m. to 8 p.m., Eastern time. You'll find out how much your prescription will cost and how much you can save. Have this information handy: *your* prescription, doctor's name, phone number, drug names and strengths and credit card information (including cardholder name, account number and expiration date).

**By mail:** Visit **anthem.com** to get an order form.

- Log in and select "Refill a Prescription." You will be directed to the Express Scripts website.
- Click on "Fill a New Prescription."
- Choose the "Print a Prescription Order Form" link. You can print the form and complete it by hand. Or you can fill out a web-based form and print it.
- Mail your completed form, prescription from your doctor, and payments to:

Home Delivery Pharmacy  
PO Box 66785  
St. Louis MO 63166-6785

**By fax:** Have your doctor fax your prescription information to **800-600-8105**. It must be faxed directly from your doctor's office. If there is a question about your prescription, the pharmacy will contact your doctor.

## Ordering refills

With home delivery, you don't have to worry about running out of medication. That's because the pharmacy will let you know when it's time to order refills. You can easily order by phone, mail or online:

**By phone:** Have your prescription label and credit card ready. Call **866-281-4279** and select "Automated Refill Order Line" option from the menu. Or press zero at any time to speak with a patient care advocate. If you are speech or hearing impaired, call **800-899-2114**. Follow the prompts to place your order.

**By mail:** Fill out an order form you received with a previous order. Affix your label or write the prescription refill number in the space provided. Mail the order form with the proper payment to:

Home Delivery Pharmacy  
PO Box 66785  
St. Louis MO 63166-6785

**Online:** Visit **anthem.com**.

- Log in and select "Refill a Prescription". You will be directed to the Express Scripts website.
- Choose the drugs you want to refill, and click "Add Refills to Cart."
- Review the order, shipping method, payment, medical information and contact information, and make changes if needed.
- Click "Place My Order."

## Specialty Pharmacy

CuraScript, the Express Scripts specialty pharmacy, provides support and medicine for people with complex, long-term conditions. They include (but are not limited to):

- Asthma
- Cancer
- Crohn's Disease

# Your prescription drug plan (continued)

- Gaucher's Disease
- Hemophilia
- Hepatitis C
- HIV/AIDS
- Multiple sclerosis
- Primary immune deficiency
- Psoriasis
- Pulmonary arterial hypertension
- Rheumatoid arthritis
- Respiratory syncytial virus (RSV)
- Transplant

Nurses, pharmacists and patient care advocates work together to help improve your care. Their goal is to help you get the best results from your treatments.

## Ordering specialty drugs

You can place your first order by phone or fax:

**By phone:** Call **800-870-6419**, Monday through Friday, 8 a.m. to 10 p.m., Eastern time. A patient care advocate will help you get started.

**By fax:** Ask your doctor to fax your prescription and a copy of your ID card to **800-824-2642**.

## Ordering refills

**Online:** Visit [anthem.com](http://anthem.com).

- Log in and select "Refill a Prescription." You will be directed to the Express Scripts website.
- Choose the drugs you want to refill, and click "Add refills to Cart."
- Review the order, shipping method, payment, medical information and contact information and make changes if needed.
- Click "Place My Order."

Note: For some drugs, you must call to order a refill.

## Drug list

Our drug list (sometimes called a formulary) is a list of prescription drugs covered by your plan. It's made up of hundreds of brand and generic drugs.

We research drugs and select ones that are safe, work well and offer the best value. That's because we think it's important to cover drugs that help people stay healthy so they can work, go to school, and continue the activities of a busy life.

Sometimes we update the Drug List if new drugs come to market, or if new research becomes available. To view the current list, visit [anthem.com](http://anthem.com). Click on "Customer Care" in the top-right corner. Select your state, then click "Download Forms." You'll find the Drug List on this page.

If you don't have access to a computer, you can check the status of a drug by calling Customer Service at the phone number on your plan ID card.

## Generic drugs

Your plan covers brand and generic (or non-brand) drugs. When you choose a generic, you'll get the same effect as a brand drug – but usually at a lower cost.

Brand and generic drugs have the same active ingredient, strength and dose. And generics must meet the same high standards for safety, quality and purity.

# Your prescription drug plan (continued)

Prescription drugs will always be dispensed as ordered by your physician. If you or your doctor requests a brand name drug when a generic is available, you will pay your usual copayment for the generic drug plus the difference in the allowable charge between the generic and brand name drug.

## Why generics cost less

Developing a new drug is expensive. When a company creates a new drug, it gets a patent for up to 20 years. That means only the company that created it can sell it during that time. Once the patent expires, other companies can make copies of the same drug. These companies avoid the high costs of developing the drug – and that helps lower the price for you.

Talk to your doctor to see if a generic is right for you. Don't switch or stop taking any drugs until you talk to your doctor.

## Prior authorization

Most prescriptions are filled right away when you take them to the pharmacy. But, some drugs need our review and approval before they're covered. This process is called prior authorization. It focuses on drugs that may have:

- Risk of serious side effects
- High potential for incorrect use or abuse
- Better options that may cost you less
- Rules for use with very specific conditions

If your drug needs approval, your pharmacist will let you know. To check in advance, call the Customer Service phone number on your ID plan card.

The Drug List also includes this information. To view it, visit [anthem.com](http://anthem.com). click on "Customer Care" in the top-right corner. Select your state, then click on "Download Forms." You'll find the Drug List on this page.

*Anthem Blue Cross and its HMO affiliate, HealthKeepers, Inc., receives financial credits from drug manufacturers based on total volume of the claims processed for their product utilized by Anthem Blue Cross and Blue Shield and Anthem HealthKeepers members. These credits are retained by Anthem Blue Cross and Blue Shield and HealthKeepers, Inc. as a part of its fee for administering the program for self-funded groups and used to help stabilize rates for fully-insured groups. Reimbursements to pharmacies are not affected by these credits.*

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. Anthem Blue Cross and Blue Shield and its affiliated HMO, HealthKeepers, Inc., are independent licensees 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.

*This benefits overview insert is only one piece of your entire enrollment package. See the enrollment brochure for a list of your plan's exclusions and limitations and applicable policy form numbers.*

This summary of benefits has been updated to comply with federal and state requirements, including applicable provisions of the recently enacted federal health care reform laws. As we receive additional guidance and clarification on the new health care reform laws from the U.S. Department of Health and Human Services, Department of Labor and Internal Revenue Service, we may be required to make additional changes to this summary of benefits.