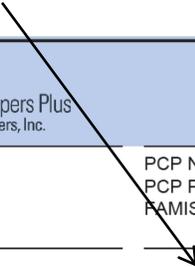




**Anthem HealthKeepers Plus**  
Offered by HealthKeepers, Inc.

**Tabla de copagos disminuidos de FAMIS**

A continuación encontrará su tabla de copagos si es afiliado de FAMIS con un copago de \$2/\$2 detallado en la línea de su PCP/Especialista en su tarjeta de identificación de afiliado:



Anthem HealthKeepers Plus Offered by HealthKeepers, Inc.		FAMIS Family Affiliated with Anthem Health Services	
Member ID		PCP Name	
		PCP Phone	
		FAMIS ID	
Group Number	HKP00200	PCP/Specialist	\$2/\$2
BC/BS Plan	923	Outpatient	\$2
Rx Bin Number	003858	Inpatient	\$15
Rx PCN Number	A4	Emergency	\$2
Rx Group Number	WQWA	Rx	\$2 (up to a 34-day supply)
			\$4 (35 to 90-day supply)

Estos copagos no aplican para usted si:

- su tarjeta de identificación indica \$0 o \$5 en la línea de PCP/Especialista
- su tarjeta de identificación indica \$0/\$0. Si este es su caso, no necesita una tabla de copagos
- su tarjeta de identificación indica \$5/\$5. Si este es su caso, consulte la tabla de copagos de \$5 incluida en este paquete.

Una vez que alcance su límite de copago familiar anual de \$180, no tendrá ningún copago hasta el comienzo del siguiente año calendario.

**¿Tiene alguna pregunta? Estamos a una llamada.**

Si tiene alguna pregunta o si faltan las otras tablas de copago de su paquete nuevo de afiliado, comuníquese con nuestro equipo de Servicios para afiliados al 1-800-901-0020 (TTY 711).

Estamos para ayudarle.

<b>Beneficios</b>	<b>Servicio</b>	<b>Copago</b>
Servicios hospitalarios para pacientes internados		\$15 por visita
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios		\$2 por visita (exento si es admitido)
Servicios de sala de emergencias para casos de emergencia		\$2 por visita (exento si realmente es una emergencia)
Servicios de sala de emergencias para casos que no sean una emergencia		\$10 por visita
Servicios de centro de enfermería especializada		\$15 por visita
Servicios de cuidado de la salud en el hogar		\$2 por visita
PCP	Visita ambulatoria en consultorio u hospital	\$2 por visita
Otros servicios especiales del plan de salud, incluidos los servicios de maternidad		\$0
Cuidado preventivo e inmunizaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita de cuidado prenatal</li> <li>• Visita de cuidado de bebé sano</li> <li>• Inmunizaciones</li> <li>• Examen de Papanicolau anual</li> <li>• Examen y lectura de mamografía</li> <li>• Análisis de detección de plomo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0</li> <li>• \$0</li> <li>• \$0</li> <li>• \$0</li> <li>• \$0</li> <li>• \$0</li> </ul>
Servicios de planificación familiar		\$2 por visita
Terapia física/del habla/ocupacional		\$2 por visita (\$15 si es una visita para un paciente internado)
Pruebas de diagnóstico, radiografías y servicios de laboratorio		\$2 por visita
Equipos médicos duraderos (incluyendo órtesis y prótesis)		\$2 por artículo
Servicios de ambulancia		\$2 por transporte

<b>Beneficios</b>	<b>Servicio</b>	<b>Copago</b>
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (genérico obligatorio)	Suministro de hasta 31 días	\$2 por receta
Servicios de la vista	<i>Una vez cada 24 meses:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de la vista de rutina</li> <li>Marcos de anteojos (un par de marcos)</li> <li>Lentes de anteojos (un par) <i>unifocales</i> <i>bifocales</i> <i>trifocales</i></li> <li>Lentes de contacto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$2 por visita</li> <li>Reembolso de \$25</li> </ul> <i>Reembolso de \$35</i> <i>Reembolso de \$50</i> <i>Reembolso de \$88.5</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reembolso de \$100</li> </ul>
Audífonos		\$2 por audífono
Servicios quiroprácticos		\$2 por visita
Servicios de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visita ambulatoria</li> <li>Para pacientes internados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$2 por visita</li> <li>\$15 por visita</li> </ul>
Servicios para abuso de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> <li>Hospitalización y días parciales de cuidado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$2 por visita</li> <li>\$15 por visita</li> </ul>
Servicios privados de enfermería		\$2 por visita
Servicios de terapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diálisis renal</li> <li>Quimioterapia</li> <li>Terapia de radiación</li> <li>Terapia intravenosa</li> <li>Terapia de inhalación</li> </ul>	\$2 por visita (para pacientes ambulatorios) \$15 por visita (para pacientes internados)
Límite anual de copago		\$180 por familia

No se cobrarán copagos para los miembros que sean Indios americanos y nativos de Alaska.

Documentos adjuntos: Obtenga ayuda en otro idioma  
Aviso de no discriminación

[www.anthem.com/vamedicaid](http://www.anthem.com/vamedicaid)

HealthKeepers, Inc. es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.