

# Western 1800: UN PLAN COMPATIBLE CON HSA

RESUMEN DE COPAGOS — Una matriz uniforme de beneficios y cobertura de plan de seguro médico



**ESTA MATRIZ TIENE LA FINALIDAD DE SER UTILIZADA PARA AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES TAN SÓLO UN RESUMEN. DEBE CONSULTAR LA CONSTANCIA DE COBERTURA Y CONTRATO DEL PLAN PARA UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA.**

## OBLIGACIONES DEL MIEMBRO (GASTOS DE BOLSILLO)

### DEDUCIBLE ANUAL

Cantidad si está inscrito solamente como Miembro Individual	\$1,800
Cantidad si está inscrito como Familia	\$3,600

El *deducible anual* es la cantidad de dinero que un miembro o una familia debe pagar por servicios cubiertos antes de que WHA comience a cubrir esos servicios. El deducible se aplica tanto a gastos médicos como farmacéuticos. Como se explica a continuación, el deducible no se aplica a Servicios de Atención Preventiva. El deducible se aplica cada año natural. Si tiene cobertura familiar, no hay un deducible diferente para cada miembro de la familia; por el contrario, deben satisfacer todo el deducible de la Familia antes de que WHA empiece a asumir responsabilidad por los servicios cubiertos de un miembro particular de la familia. Las cantidades pagadas por servicios no cubiertos no cuentan hacia el deducible de un miembro.

### MÁXIMO GASTO ANUAL DE BOLSILLO

Cantidad si está inscrito solamente como Miembro Individual	\$1,800
Cantidad si está inscrito como Familia	\$3,600

El *máximo gasto de bolsillo* es la cantidad máxima de copagos y deducibles que un miembro de la familia debe pagar por servicios cubiertos durante un año natural. Si tiene cobertura familiar, no hay un máximo gasto de bolsillo diferente para cada miembro de la familia; por el contrario es necesario satisfacer el máximo gasto de bolsillo de toda la Familia para que ya no tenga que pagar ningún copago durante ese año natural. Las cantidades pagadas por servicios no cubiertos no cuentan hacia el máximo gasto de bolsillo.

Máximo por toda la vida	Ninguno
-------------------------	---------

## COSTO AL MIEMBRO HASTA QUE SATISFAGA EL MÁXIMO GASTO DE BOLSILLO

### SERVICIOS PREVENTIVOS (NO SUJETO AL DEDUCIBLE)

Exámenes periódicos, sólo consulta en consultorio	Ninguno
Vacunas, adulto y pediátricas	Ninguno
Atención de maternidad, después del diagnóstico inicial, consultas pre y postnatales	Ninguno
Atención de niño sano, nacimiento hasta dos años	Ninguno
Exámenes de la vista y del oído	Ninguno
Exámenes de detección de cáncer de mama, cuello uterino y próstata	Ninguno

## COSTO AL MIEMBRO DESPUÉS DE SATISFACER EL DEDUCIBLE

### SERVICIOS PROFESIONALES (SUJETO AL DEDUCIBLE)

Consultas en consultorio para cuidados pediátricos y de adultos	Ninguno
Consultas en consultorio o atención por un proveedor no primario cuando haya sido remitido por su médico de atención primaria	Ninguno
Pruebas de alergias	Ninguno
Servicios de planificación familiar	Ninguno

### SERVICIOS A PACIENTE AMBULATORIO (SUJETO AL DEDUCIBLE)

Cirugía de paciente ambulatorio, realizada en consultorio	Ninguno
Cirugía de paciente ambulatorio, centro quirúrgico	Ninguno
Análisis clínicos, radiografías, electrocardiogramas y todos los demás estudios	Ninguno
Inyecciones terapéuticas, incluso vacunas contra alergias	Ninguno
Cualquier otro examen de detección de cáncer	Ninguno



# Western 1800: UN PLAN COMPATIBLE CON HSA

RESUMEN DE COPAGOS — Una matriz uniforme de beneficios y cobertura de plan de seguro médico

**COSTO AL MIEMBRO**  
DESPUÉS DE SATISFACER  
EL DEDUCIBLE

## SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (SUJETO AL DEDUCIBLE)

Cargos de estancia — cuarto semiprivado y servicios hospitalarios para cuidados agudos o intensivos, incluso: . . . . . Ninguno

- Parto (cuarto privado cuando un proveedor participante lo determine médicamente necesario)
- Uso de quirófano y sala de recuperación, anestesia, medicamentos durante la hospitalización, radiografías, análisis clínicos, radioterapia y sala de cuna para recién nacido
- Servicios de transfusión de sangre
- Servicios de rehabilitación

Servicios profesionales para pacientes internados, incluso: . . . . . Ninguno

- Servicios de médicos, incluso cirujanos, anestesiólogos y consultores
- Enfermera privada cuando lo recete un médico participante

## SERVICIOS URGENTES Y DE EMERGENCIA (SUJETO AL DEDUCIBLE)

Atención de paciente ambulatorio para tratar una lesión o el comienzo repentino de una enfermedad aguda dentro o fuera del Área de Servicio de WHA:

- Consultorio médico . . . . . Ninguno
- Centro de cuidados urgentes . . . . . Ninguno
- Sala de emergencias de hospital, se elimina si es internado . . . . . Ninguno
- Servicio de ambulancia según sea médicamente necesario o en una emergencia potencialmente mortal, incluso 911 . . . Ninguno

## COPAGOS DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS CON RECETA MÉDICA (SUJETO AL DEDUCIBLE)

Farmacia de atención al público, suministro de 30 días

- Medicamentos genéricos Preferidos . . . . . Ninguno
- Medicamentos de marca Preferidos . . . . . Ninguno
- Medicamentos No Preferidos . . . . . Ninguno

Pedido por Correo, suministro de 90 días

- Medicamentos genéricos Preferidos . . . . . Ninguno
- Medicamentos de marca Preferidos . . . . . Ninguno
- Medicamentos No Preferidos . . . . . Ninguno

## EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME) (SUJETO AL DEDUCIBLE)

Equipo Médico Duradero (excluidos los dispositivos ortopédicos y protésicos) cuando un médico participante haya determinado que es médicamente necesario y cuando haya sido autorizado por adelantado por WHA . . . . . Ninguno

Dispositivos ortopédicos y protésicos cuando un médico participante haya determinado que son médicamente necesarios y cuando hayan sido autorizados por adelantado por WHA . . . . . Ninguno

## SALUD MENTAL Y FARMACODEPENDENCIA (SUJETO AL DEDUCIBLE)

Salud mental de paciente ambulatorio y uso indebido de sustancias (beneficio combinado):

Servicio ambulatorio para evaluación y atención a corto plazo, hasta 20 consultas por año natural . . . . . Ninguno

Salud mental de paciente internado: servicios de hospital para paciente internado facilitados en un centro de cuidados agudos participante para el tratamiento de trastornos psiquiátricos cuando hayan sido autorizados por adelantado por WHA, hasta 20 días por año natural . . . . . Ninguno

Farmacodependencia de paciente internado: deshabitación a corto plazo de paciente internado solamente, en centro de cuidados agudos de WHA. . . . . Ninguno

## ENFERMEDAD MENTAL AVANZADA (SUJETO AL DEDUCIBLE)

Los copagos y deducibles para Enfermedad Mental Avanzada y Trastorno Emocional Grave Infantil (SED) son los mismos que para cualquier otra enfermedad cuando hayan sido autorizados por WHA. Los diagnósticos de Enfermedad Mental Avanzada incluyen: Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno Generalizado del Desarrollo o Autismo, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno de Pánico, Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Bipolar, Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.

# Western 1800: UN PLAN COMPATIBLE CON HSA

RESUMEN DE COPAGOS — Una matriz uniforme de beneficios y cobertura de plan de seguro médico



**COSTO AL MIEMBRO**  
DESPUÉS DE SATISFACER  
EL DEDUCIBLE

## SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR (SUJETO AL DEDUCIBLE)

Atención médica en el hogar cuando sea prescrita por un médico participante y se haya determinado que es médicamente necesaria, hasta 100 consultas por año natural . . . . . Ninguno

## OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA (SUJETO AL DEDUCIBLE)

Centro de enfermería especializada, cuarto semiprivado cuando sea médicamente necesario y concertado por un Médico de Atención Primaria, incluso medicamentos y servicios auxiliares prescritos, hasta 100 días por año natural . . . . . Ninguno

Servicios de rehabilitación a corto plazo, incluso fisioterapia, logoterapia, terapia ocupacional, cardioterapia y neumoterapia cuando hayan sido autorizados por adelantado por WHA y se haya determinado que dan lugar a mejora continua:

Rehabilitación de paciente ambulatorio . . . . . Ninguno

Rehabilitación de paciente internado . . . . . Ninguno

Materiales autoinyectables en el hogar, hasta un copago máximo de \$100 por suministro de 30 días (las medicinas especializadas autoinyectables que cuestan más de \$500 por un suministro de 30 días se limitan a un suministro de 30 días; la insulina se cubre bajo el beneficio de recetas médicas). . . . . Ninguno

## INFORMACIÓN ADICIONAL

### COPAGOS Y DEDUCIBLES

Cuando sus copagos y pagos de deducibles por los servicios descritos en este Resumen de Copagos hayan llegado al máximo gasto anual de bolsillo, WHA le proporcionará automáticamente un documento que demuestra que usted no tiene que pagar ningún otro copago ni deducible por servicios cubiertos por el resto del año natural.

El deducible y el máximo gasto anual de bolsillo se aplican solamente a los servicios cubiertos que se describen en este Resumen de Copagos. Los copagos y deducibles por cualquier beneficio comprado por separado como cláusula adicional (rider), incluso, entre otros, los beneficios de infertilidad, no se aplican a este deducible ni al máximo gasto anual de bolsillo.

Los deducibles o copagos estructurados como un porcentaje del costo total se basan en las tarifas contractuales que tiene WHA con el proveedor del servicio.

Para ver cuánto ha pagado hacia su deducible anual, visite el sitio web de WHA en [westernhealth.com](http://westernhealth.com). Use su ID de Acceso Personal para entrar. Si no tiene un ID de Acceso Personal, pida uno en el sitio web y le enviarán un NIP por correo. Para conocer su saldo del deducible anual, haga clic en el enlace “Eligibility Information” (Información sobre elegibilidad). Haga clic en “Deductible Balances” (Saldos de deducibles) para ver cuánto se ha aplicado hacia su deducible anual durante el año natural.

Si tiene alguna pregunta acerca de la cantidad que se ha aplicado a su deducible o máximo gasto anual de bolsillo, o si ciertos pagos que ha hecho se aplican al máximo gasto anual de bolsillo, sírvase llamar a Servicios para Miembros de WHA al (916) 563-2250 o gratis al (888) 563-2250.

### COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA

WHA cubrirá los medicamentos con Receta Médica en Farmacias Participantes y recetados en relación con un servicio cubierto.

Independientemente de que sea médicamente necesario o que haya un equivalente Genérico, usted será responsable del copago por el medicamento De Marca (Preferido o No Preferido) cuando le surtan un medicamento De Marca. Si hay un medicamento Genérico y usted pide que le surtan un medicamento De Marca sin indicación de parte del médico que expidió la receta, usted será responsable de la diferencia en costo entre el medicamento Genérico y el De Marca, además del copago correspondiente al medicamento Genérico.

En las farmacias de atención al público, si el costo efectivo del medicamento con receta médica es menos que el copago aplicable, el miembro sólo será responsable de pagar el costo efectivo del medicamento.

### MEDICAMENTOS CUBIERTOS CON RECETA MÉDICA

- Los medicamentos orales que por ley federal o estatal requieren una Receta Médica, recetados por un Médico Participante y surtidos por una Farmacia Participante.
- Los medicamentos cubiertos con Receta Médica surtidos por una Farmacia No Participante fuera del área de servicio de WHA solamente para cuidados urgentes o de emergencia (puede enviarle su recibo a WHA para reembolso).
- Recetas Médicas Compuestas, las cuales contienen por lo menos un ingrediente cuya venta requiere Receta Médica.



# Western 1800: UN PLAN COMPATIBLE CON HSA

RESUMEN DE COPAGOS — *Una matriz uniforme de beneficios y cobertura de plan de seguro médico*

- Insulina, jeringas para insulina con agujas, tabletas y tiras para prueba de glucosa.
- Anticonceptivos orales y diafragmas.
- Vitaminas Prenatales Recetadas o vitaminas combinadas con fluoruro.
- Suministros y dispositivos para asma pediátrica.

## DEFINICIONES DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA

**Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés)** es una lista de medicamentos preferidos creada por el Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) de WHA como los medicamentos preferidos en sus clases respectivas de medicamento Genérico Preferido o medicamento De Marca Preferido.

**Plan de Tres Escalas de Copago** significa que los medicamentos Genéricos Preferidos que aparecen en la PDL tienen cobertura con el copago de la escala más baja, los medicamentos De Marca incluidos en la PDL se suministran con copago de la segunda escala y los medicamentos que no aparecen en la PDL tienen cobertura con copago de la tercera escala. Existe un pequeño grupo de medicamentos que, independientemente de su escala, podrían requerir autorización previa para asegurar el uso apropiado partiendo de los criterios dispuestos por el Comité de P&T de WHA.

*Por favor, tenga en cuenta que la presencia de un medicamento en la PDL de WHA no garantiza que el médico del miembro le recete ese medicamento. Si desea obtener una copia de la PDL, llame a Servicios para Miembros de WHA o consulte el documento correspondiente en el sitio web de WHA en [westernhealth.com](http://westernhealth.com).*

## PARA CONTACTARNOS

Si tiene preguntas, sírvase llamar a Servicios para Miembros de WHA entre las 8 a.m. y las 5 p.m., de lunes a viernes al (916) 563-2250 o gratis al (888) 563-2250.

**Importante:** Las HSA (cuentas de ahorro médico) son productos financieros complejos. WHA recomienda que consulte a su asesor fiscal para determinar si las HSA y este plan de seguro médico de deducible elevado es una buena opción para usted.