

**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.**

<b>DEDUCIBLE</b>	<b>COSTO AL MIEMBRO</b>
En cualquier año natural no cubriremos ciertos servicios hasta que el miembro no satisfaga los siguientes deducibles:	
Médico (incluidos los servicios de paciente internado, cirugía de paciente ambulatorio y servicios de emergencia) . . . . .	\$2,500 para un miembro o \$5,000 para la familia
Farmacia (para medicamentos de marca Preferidos o medicamentos No Preferidos) . . . . .	\$150 por miembro
<b>MÁXIMO GASTO ANUAL DE BOLSILLO</b>	<b>COSTO AL MIEMBRO</b>
El máximo gasto de bolsillo para un Miembro por año natural se limita a la cantidad del Individuo o a la cantidad de la Familia, lo que se satisfaga primero:	
Individuo . . . . .	\$5,000
Familia . . . . .	\$10,000
Todos los copagos que se indican en este Resumen de Copagos que no están marcados con un * aportan al máximo gasto de bolsillo.	
Máximo por toda la vida . . . . .	Ninguno
<b>SERVICIOS PROFESIONALES</b>	<b>COSTO AL MIEMBRO</b>
Consultas en consultorio para cuidados pediátricos y de adultos . . . . .	\$20 por consulta
Atención de niño sano, nacimiento hasta dos años . . . . .	Ninguno
Atención de maternidad, después del diagnóstico inicial, consultas pre y postnatales . . . . .	Ninguno
Vacunas, adulto y pediátricas . . . . .	Ninguno
Exámenes físicos periódicos . . . . .	\$20 por consulta
Consultas en consultorio o atención por un proveedor no primario cuando haya sido remitido por su médico de atención primaria . . . . .	\$20 por consulta
Pruebas de alergias . . . . .	\$20 por consulta
Exámenes de la vista y del oído . . . . .	\$20 por consulta
Servicios de planificación familiar . . . . .	\$20 por consulta
<b>SERVICIOS A PACIENTE AMBULATORIO</b>	<b>COSTO AL MIEMBRO</b>
Cirugía de paciente ambulatorio (realizada en consultorio) . . . . .	\$20 por consulta
Cirugía de paciente ambulatorio (centro quirúrgico) . . . . .	\$250 por consulta después del deducible*
Análisis clínicos, radiografías, electrocardiogramas y todos los demás estudios . . . . .	Ninguno
Inyecciones terapéuticas, incluso vacunas contra alergias . . . . .	\$5 por consulta
Todos los estudios de detección de cáncer generalmente aceptados . . . . .	Ninguno
<b>SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>COSTO AL MIEMBRO</b>
Cargos de estancia — cuarto semiprivado y servicios hospitalarios para cuidados agudos o intensivos, incluso: . . . . .	\$500 por día después del deducible*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto (cuarto privado cuando un proveedor participante lo determine médicamente necesario)</li> <li>• Uso de quirófano y sala de recuperación, anestesia, medicamentos durante la hospitalización, radiografías, análisis clínicos, radioterapia y sala de cuna para recién nacido</li> <li>• Servicios de transfusión de sangre</li> <li>• Servicios de rehabilitación</li> </ul>	
Servicios profesionales para pacientes internados, incluso: . . . . .	Ninguno
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de médicos, incluso cirujanos, anestesiólogos y consultores</li> <li>• Enfermera privada cuando lo recete un médico participante</li> </ul>	



<b>SERVICIOS URGENTES Y DE EMERGENCIA</b>	<b>COSTO AL MIEMBRO</b>
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 . . . . .	\$20 por consulta
Centro de cuidados urgentes . . . . .	\$50 por consulta
Sala de emergencias de hospital (se elimina si es internado) . . . . .	\$100 por consulta después del deducible*
Servicio de ambulancia según sea médicamente necesario o en una emergencia potencialmente mortal, incluso 911 . . . . .	Ninguno
<b>COBERTURA DE RECETAS MÉDICAS “PRESCRIPTION W”*</b> (Vea el Resumen de copagos correspondiente para obtener la información completa)	
Farmacia de venta al público (suministro de 30 días)	
Medicamentos genéricos Preferidos . . . . .	\$10
Medicamentos de marca Preferidos . . . . .	\$30 después del deducible*
Medicamentos No Preferidos . . . . .	\$50 después del deducible*
<b>EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME)</b>	
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 . . . . .	
	Copago del 20%*
Dispositivos ortopédicos y protésicos cuando un médico participante haya determinado que son médicamente necesarios y cuando hayan sido autorizados por adelantado por WHA . . . . .	
	\$20
<b>SALUD MENTAL Y FARMACODEPENDENCIA</b>	
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 . . . . .	\$20 por consulta
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 . . . . .	
	\$500 por día después del deducible*
Farmacodependencia de paciente internado: deshabitación a corto plazo de paciente internado solamente, en centro de cuidados agudos de WHA. . . . .	
	\$500 por día después del deducible*
<b>ENFERMEDAD MENTAL AVANZADA</b>	
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 adelantado 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.	
<b>SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR</b>	
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
<b>OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA</b>	
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 . . . . .	
	\$500 por día después del deducible*
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 . . . . .	\$20 por consulta
Rehabilitación de paciente internado . . . . .	\$500 por día después del deducible*
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) . . . . .	
	Copago del 20%*
Los beneficios de Quiropráctico y Acupuntura se facilitan por medio de Landmark Healthplan of California, Inc., un plan autorizado por California Knox Keene (consulte la información adicional sobre los beneficios).*	

\*Estos dispositivos están sujetos a un Deducible. Tiene que pagar estos servicios cuando los reciba, a menos que satisfaga su Deducible. Los cargos bajo el Deducible se basan en las tarifas de contrato de WHA con el Proveedor.

\*Los copagos no aportan al máximo gasto de bolsillo (a menos que sean requeridos para el control o tratamiento de la diabetes o para suministros y equipos para asma infantil). Los copagos estructurados como un porcentaje del costo total se basan en la tarifa de contrato de WHA.