

**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> |
|------------------------------|-------------------------|
| Cantidad del deducible ..... | Ninguno                 |

| <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 la cantidad de la Familia, lo que se satisfaga primero: |                         |
| Individuo .....   | \$3,000                 |
| Familia .....   | \$5,000                 |
| 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 DE ATENCIÓN PREVENTIVA</b>   | <b>COSTO AL MIEMBRO</b> |
|---|-------------------------|
| Servicios de atención preventiva, incluso análisis clínicos, como se indica en la sección Servicios Preventivos Cubiertos sin Costos Compartidos de la EOC/DF. .... | Ninguno                 |
| Exámenes físicos anuales y atención de niño sano. ....  | Ninguno                 |
| Vacunas, adulto y pediátricas .....   | Ninguno                 |
| Atención de maternidad, después del diagnóstico inicial, consultas pre y postnatales y análisis clínicos .....  | Ninguno                 |
| Exámenes de detección de cáncer de mama, de cuello uterino, de próstata y colo-rectal .....   | Ninguno                 |
| Nota: los procedimientos que resultan de las pruebas de detección no se consideran atención preventiva.   |                         |

| <b>SERVICIOS PROFESIONALES</b>   | <b>COSTO AL MIEMBRO</b> |
|--|-------------------------|
| Consultas en consultorio, médico de atención primaria o especialista. .... | \$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) .....                             | Copago del 30% <sup>++</sup> |
| Análisis clínicos, radiografías, electrocardiogramas y todos los demás estudios ..... | Ninguno                      |
| Inyecciones terapéuticas, incluso vacunas contra alergias .....                       | \$5 por consulta             |
| Cualquier otro examen de detección de cáncer generalmente aceptado .....              | 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: .....   | Copago del 30% <sup>++</sup> |
| <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, servicios de transfusión de sangre, servicios de rehabilitación y sala de cuna para recién nacido</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>  |                              |



## SERVICIOS URGENTES Y DE EMERGENCIA

## COSTO AL MIEMBRO

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 |
| Servicio de ambulancia según sea médicamente necesario o en una emergencia potencialmente mortal (incluso 911) . . . . . | Ninguno            |

## COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA

Se excluyen los medicamentos con receta médica para paciente ambulatorio a menos que el Empleador haya seleccionado una cláusula adicional para medicamentos con receta médica (consulte el Resumen de Copagos del plan de Recetas Médicas, si corresponde).

## EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME)

## COSTO AL MIEMBRO

|   |                 |
|---|-----------------|
| 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            |

## SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

## COSTO AL MIEMBRO

|  |                              |
|--|------------------------------|
| Servicios ambulatorios para trastornos de salud mental y farmacodependencia . . . . .  | \$20 por consulta            |
| Servicios hospitalarios de paciente internado para el tratamiento de trastornos de salud mental, facilitados en un:  |                              |
| Centro de cuidados agudos participante . . . . .   | Copago del 30% <sup>++</sup> |
| Centro de tratamiento residencial u hospitalización parcial. . . . .   | Copago del 30% <sup>++</sup> |
| Trastornos de salud mental quiere decir enfermedades o perturbaciones de las funciones mentales, emocionales o conductuales, incluidos los Trastornos Psíquicos Graves y los Trastornos Emocionales Graves Infantiles (SED, por sus siglas en inglés). |                              |
| Servicios hospitalarios de paciente internado para farmacodependencia, solamente para deshabitación, en un centro de cuidados agudos participante. . . . .   | Copago del 30% <sup>++</sup> |
| La rehabilitación para la farmacodependencia no se cubre en base a un paciente ambulatorio o internado.  |                              |

## OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

## COSTO AL MIEMBRO

|   |                              |
|---|------------------------------|
| 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                      |
| 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. . . . .  | Copago del 30% <sup>++</sup> |
| Servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio, incluso: . . . . .   | \$20 por consulta            |
| • Servicios de terapia física, del habla y ocupacional cuando WHA los haya autorizado por adelantado y determinado que son médicamente necesarios   |                              |
| • Servicios a corto plazo de terapia respiratoria y rehabilitación cardíaca y pulmonar, cuando WHA los haya autorizado por adelantado y determinado que son médicamente necesarios y que produzcan una mejora continua  |                              |
| Rehabilitación de paciente internado . . . . .  | Copago del 30% <sup>++</sup> |
| 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).*   |                              |

<sup>++</sup> Los copagos estructurados como un porcentaje del costo total se basan en la tarifa de contrato de WHA.

\* 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.