

Premier Medicare Supplement 10MHP

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.

| DEDUCIBLE | COSTO AL MIEMBRO |
|------------------------------|-------------------------|
| Cantidad del deducible | Ninguno |

| MÁXIMO GASTO ANUAL DE BOLSILLO | COSTO AL MIEMBRO |
|---|-------------------------|
| 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 | \$1,000 |
| Familia | \$2,500 |
| 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 |

| SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA | COSTO AL MIEMBRO |
|---|-------------------------|
| 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. | |

| SERVICIOS PROFESIONALES | COSTO AL MIEMBRO |
|--|-------------------------|
| Consultas en consultorio, médico de atención primaria o especialista | \$10 por consulta |
| Exámenes de la vista y del oído. | \$10 por consulta |
| Servicios de planificación familiar | \$10 por consulta |

| SERVICIOS A PACIENTE AMBULATORIO | COSTO AL MIEMBRO |
|---|-------------------------|
| Cirugía de paciente ambulatorio (realizada en consultorio) | \$10 por consulta |
| Cirugía de paciente ambulatorio (centro quirúrgico) | \$100 por consulta |
| 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 |

| SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN | COSTO AL MIEMBRO |
|---|-------------------------|
| 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, servicios de transfusión de sangre, servicios de rehabilitación y sala de cuna para recién nacido | |
| Servicios profesionales para pacientes internados, incluso: | Ninguno |
| • Servicios de médicos, incluso cirujanos, anestesiólogos y consultores | |
| • Enfermera privada cuando lo recete un médico participante | |

Premier Medicare Supplement 10MHP

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



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 | \$10 por consulta |
| Centro de cuidados urgentes | \$20 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 pacientes ambulatorios, a menos que el Empleador haya seleccionado una cláusula adicional para medicamentos con receta médica (consulte su 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 | \$10 |

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

COSTO AL MIEMBRO

| | |
|--|-------------------|
| Servicios ambulatorios para trastornos de salud mental y farmacodependencia | \$10 por consulta |
| Servicios hospitalarios de paciente internado para el tratamiento de trastornos de salud mental, facilitados en un: | |
| Centro de cuidados agudos participante | Ninguno |
| Centro de tratamiento residencial u hospitalización parcial. | Ninguno |
| 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, incluyendo deshabitación, en un: | |
| Centro de cuidados agudos participante | Ninguno |
| Centro de tratamiento residencial u hospitalización parcial. | Ninguno |

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. | Ninguno |
| Servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio, incluso: | \$10 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 | 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) | 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).* | |

* 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.