

# Premier Medicare Supplement 10

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.**

<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 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
-------------------------------	---------

<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 .....	\$10 por consulta
--	-------------------

Exámenes de la vista y del oído .....	\$10 por consulta
---------------------------------------	-------------------

Servicios de planificación familiar .....	\$10 por consulta
---	-------------------

<b>SERVICIOS A PACIENTE AMBULATORIO</b>	<b>COSTO AL MIEMBRO</b>
---	-------------------------

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
--	---------

<b>SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>COSTO AL MIEMBRO</b>
-------------------------------------	-------------------------

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 10

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, solamente para deshabitación, en un centro de cuidados agudos participante. . . . .	Ninguno
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. . . . .	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.