



**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 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
Recetas Médicas (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 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. . . . .	
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) . . . . .	\$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
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: . . . . .	\$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, 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, anesthesiólogos y consultores</li> <li>• Enfermera privada cuando lo recete un médico participante</li> </ul>	



## SERVICIOS URGENTES Y DE EMERGENCIA

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

## COSTO AL MIEMBRO

## COBERTURA DE RECETAS MÉDICAS “PRESCRIPTION W”

(Vea el Resumen de Copagos Prescription W para obtener la información completa)

Farmacia de venta al público (suministro de 30 días)	
• Escala 1 – Medicamento genérico Preferido . . . . .	\$10*
• Escala 2 – Medicamento de marca Preferido . . . . .	\$30 después del deducible**
• Escala 3 – Medicamento No Preferido . . . . .	\$50 después del deducible**

## COSTO AL MIEMBRO

## EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME)

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

## COSTO AL MIEMBRO

## SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

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 . . . . .	\$500 por día después del deducible*
Centro de tratamiento residencial u hospitalización parcial . . . . .	\$125 por día después del deducible*
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 . . . . .	\$500 por día después del deducible*
La rehabilitación para la farmacodependencia no se cubre en base a un paciente ambulatorio o internado.	

## COSTO AL MIEMBRO

## OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

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. . . . .	\$500 por día después del deducible*
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 . . . . .	\$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).*	

## COSTO AL MIEMBRO

+ 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 y el deducible de medicamentos con receta médica 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.