



**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.**

**OBLIGACIONES DEL MIEMBRO  
(GASTOS DE BOLSILLO)**

**DEDUCIBLE ANUAL**

Cantidad por Individuo o.....	\$2,800
Cantidad por Familia .....	\$5,600

El *deducible anual* es la cantidad de dinero que un miembro o una familia debe pagar por servicios cubiertos antes de que WHA comience a cubrir esos servicios. Después de que se alcanza el deducible, se aplicaran los copagos correspondientes. El deducible se aplica tanto a gastos médicos como farmacéuticos. Como se explica a continuación, el deducible no se aplica a Servicios de Atención Preventiva. El deducible se aplica cada año natural. Cada miembro de la familia en la unidad Familiar deberá alcanzar la cantidad Individual antes de que WHA se haga responsable de proporcionar servicios cubiertos para ese individuo en la familia, a menos de que la familia alcance la cantidad por Familia primero. Las cantidades pagadas por servicios no cubiertos no cuentan hacia el deducible de un miembro.

**MÁXIMO GASTO ANUAL DE BOLSILLO**

Cantidad por Individuo o.....	\$4,000
Cantidad por Familia .....	\$8,000

El *máximo gasto de bolsillo* es la cantidad máxima de copagos y deducibles que un miembro de la familia debe pagar por servicios cubiertos durante un año natural. Cada miembro de la familia en la unidad Familiar deberá alcanzar la cantidad Individual antes de que tenga que pagar otros copagos o deducibles para ese año natural, a menos de que la familia alcance la cantidad por Familia primero. Las cantidades pagadas por servicios no cubiertos no cuentan hacia el máximo gasto de bolsillo.

Máximo por toda la vida .....	Ninguno
-------------------------------	---------

**COSTO AL MIEMBRO**

**SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA (NO SUJETO AL DEDUCIBLE)**

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.	
Exámenes de la vista y del oído.....	\$40 por consulta

**COSTO AL MIEMBRO  
DESPUÉS DE SATISFACER  
EL DEDUCIBLE**

**SERVICIOS PROFESIONALES (SUJETO AL DEDUCIBLE)**

Consultas en consultorio, médico de atención primaria o especialista.....	\$40 por consulta
Servicios de planificación familiar .....	\$40 por consulta

**SERVICIOS A PACIENTE AMBULATORIO (SUJETO AL DEDUCIBLE)**

Cirugía de paciente ambulatorio (realizada en consultorio).....	\$40 por consulta
Cirugía de paciente ambulatorio (centro quirúrgico) .....	\$250 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



# Western 2800B: UN PLAN COMPATIBLE CON HSA

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

**COSTO AL MIEMBRO**  
DESPUÉS DE SATISFACER  
EL DEDUCIBLE

## SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (SUJETO AL DEDUCIBLE)

Cargos de estancia — cuarto semiprivado y servicios hospitalarios para cuidados agudos o intensivos, incluso: . . . . . \$500 por día

- 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

## SERVICIOS URGENTES Y DE EMERGENCIA (SUJETO AL DEDUCIBLE)

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 . . . . . \$40 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

## COPAGOS DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS CON RECETA MÉDICA (SUJETO AL DEDUCIBLE)

Farmacia de atención al público, suministro de hasta 30 días

- Escala 1 – Medicamento genérico Preferido . . . . . \$10
- Escala 2 – Medicamento de marca Preferido . . . . . \$30
- Escala 3 – Medicamento No Preferido . . . . . \$50

Pedido por Correo, suministro de hasta 90 días

- Escala 1 – Medicamento genérico Preferido . . . . . \$25
- Escala 2 – Medicamento de marca Preferido . . . . . \$75
- Escala 3 – Medicamento No Preferido . . . . . \$125

## EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME) (SUJETO AL DEDUCIBLE)

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 . . . . . \$40

## SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL (SUJETO AL DEDUCIBLE)

Servicios ambulatorios para trastornos de salud mental y farmacodependencia . . . . . \$40 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  
 Centro de tratamiento residencial u hospitalización parcial . . . . . \$125 por día

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

La rehabilitación para la farmacodependencia no se cubre en base a un paciente ambulatorio o internado.



**COSTO AL MIEMBRO**  
DESPUÉS DE SATISFACER  
EL DEDUCIBLE

### OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA (SUJETO AL DEDUCIBLE)

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
Servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio, incluso: . . . . .	\$40 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
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%

### INFORMACIÓN ADICIONAL

#### COPAGOS Y DEDUCIBLES

Cuando sus copagos y pagos de deducibles por los servicios descritos en este Resumen de Copagos hayan llegado al máximo gasto anual de bolsillo, WHA le proporcionará automáticamente un documento que demuestra que usted no tiene que pagar ningún otro copago ni deducible por servicios cubiertos por el resto del año natural.

El deducible y el máximo gasto anual de bolsillo se aplican solamente a los servicios cubiertos que se describen en este Resumen de Copagos. Los copagos y deducibles por cualquier beneficio comprado por separado como cláusula adicional, incluso, entre otros, los beneficios de infertilidad, no se aplican a este deducible ni al máximo gasto anual de bolsillo.

Los deducibles o copagos estructurados como un porcentaje del costo total se basan en las tarifas contractuales que tiene WHA con el proveedor del servicio.

Para ver cuánto ha pagado hacia su deducible anual, visite el sitio web de WHA en [westernhealth.com](http://westernhealth.com). Use su ID de Acceso Personal para entrar. Si no tiene un ID de Acceso Personal, pida uno en el sitio web y le enviarán un NIP por correo. Para conocer su saldo del deducible anual, haga clic en el enlace “Eligibility Information” (Información sobre Elegibilidad). Haga clic en “Deductible Balances” (SalDOS de Deducibles) para ver cuánto se ha aplicado hacia su deducible anual durante el año natural.

Si tiene alguna pregunta acerca de la cantidad que se ha aplicado a su deducible o máximo gasto anual de bolsillo, o si ciertos pagos que ha hecho se aplican al máximo gasto anual de bolsillo, llame, por favor, a Servicios para Miembros de WHA al (916) 563-2250 o gratis al (888) 563-2250.

#### COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA

WHA cubrirá los medicamentos con Receta Médica en Farmacias Participantes y recetados en relación con un servicio cubierto.

Independientemente de que sea médicamente necesario o que haya un equivalente Genérico, usted será responsable del copago aplicable cuando le surtan un medicamento de Escala 2 o Escala 3. Si hay un medicamento de Escala 1 y usted pide que le surtan un medicamento de Escala 2 o Escala 3 sin indicación de parte del médico que expidió la receta, usted será responsable de la diferencia en costo entre el medicamento de Escala 1 y el medicamento comprado, además del copago correspondiente de Escala 1.

Los siguientes medicamentos con receta médica están cubiertos sin costo para el miembro (genéricos solamente): vitaminas prenatales, ácido fólico, fluoruro para niños en edad preescolar y medicamentos para dejar de fumar.

En las farmacias de atención al público, si el costo efectivo del medicamento con receta médica es menos que el copago aplicable, el miembro sólo será responsable de pagar el costo efectivo del medicamento.



# Western 2800B: UN PLAN COMPATIBLE CON HSA

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

## MEDICAMENTOS CUBIERTOS CON RECETA MÉDICA

- Los medicamentos orales que por ley federal o estatal requieren una Receta Médica, recetados por un Médico Participante y surtidos por una Farmacia Participante.
- Los medicamentos cubiertos con Receta Médica surtidos por una Farmacia No Participante fuera del área de servicio de WHA solamente para cuidados urgentes o de emergencia (puede enviarle su recibo a WHA para reembolso).
- Medicamentos con Receta Médica Compuestos, para los cuales no existe una alternativa aprobada por la FDA, que contienen por lo menos un ingrediente que requiere Receta Médica.
- Insulina, jeringas para insulina con agujas, tabletas y tiras para prueba de glucosa.
- Anticonceptivos orales y diafragmas.
- Suministros y dispositivos para asma pediátrica.

## DEFINICIONES DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA

**Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés)** es una lista de medicamentos preferidos creada por el Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) de WHA como los medicamentos preferidos en sus clases respectivas de medicamento genérico Preferido o medicamento de marca Preferido. Por favor, tenga en cuenta que la presencia de un medicamento en la PDL de WHA no garantiza que el médico del miembro le recete ese medicamento. Los miembros pueden obtener una copia de la PDL llamando a Servicios para Miembros de WHA o consultar el documento correspondiente en el sitio web de WHA en [westernhealth.com](http://westernhealth.com).

**Plan de Tres Escalas de Copago** significa que los medicamentos genéricos Preferidos incluidos en la PDL tienen cobertura con el copago de la escala más baja, los medicamentos de marca incluidos en la PDL se suministran con copago de la segunda escala y los medicamentos no incluidos en la PDL (genéricos o de marca) tienen cobertura con copago de la tercera escala. Existe un pequeño grupo de medicamentos que, independientemente de la escala, podrían requerir autorización previa para asegurar el uso apropiado partiendo de los criterios dispuestos por el Comité de P&T de WHA.

## PARA CONTACTARNOS

Si tiene preguntas, llame, por favor, a Servicios para Miembros de WHA entre las 8 a.m. y las 5 p.m., de lunes a viernes al (916) 563-2250 o gratis al (888) 563-2250.

*Importante:* Las HSA (cuentas de ahorro médico) son productos financieros complejos. WHA recomienda que consulte a su asesor fiscal para determinar si las HSA y este plan de seguro médico de deducible elevado es una buena opción para usted.