

# ADVANTAGE

# WHA SILVER 5100 HDHP HMO

**RESUMEN DE COPAGOS** una matriz de beneficio y cobertura de plan de salud uniforme

ESTA MATRIZ TIENE LA FINALIDAD DE SER UTILIZADA PARA AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES TAN SOLO UN RESUMEN. DEBE CONSULTAR LA CONSTANCIA DE COBERTURA/FORMULARIO DE DIVULGACIÓN Y EL CONTRATO DEL PLAN DONDE ENCONTRARÁ UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA.

## DEDUCIBLE ANUAL

El **deducible anual** es la cantidad de dinero que un miembro o familia debe pagar por ciertos servicios cubierto antes de que WHA sea responsable de esos servicios cubierto. Cada miembro inscrito como familia debe cumplir con el monto de cobertura Individual con Familia o el monto de cobertura Familiar, lo que se cumpla primero. Una vez alcanzado el(los) deducible(s), se aplicará(n) el(los) copago(s) correspondiente(s). Los montos pagados por servicios/medicamentos no cubierto no cuentan para los deducibles del miembro.

responsabilidad del miembro **Deducible médico • AD = después del deducible**

|          |                                |
|----------|--------------------------------|
| \$5.100  | Cobertura propia               |
| \$5.100  | Persona con cobertura familiar |
| \$10.200 | Cobertura familiar             |

## MÁXIMO GASTO ANUAL DE BOLSILLO

El **máximo gasto de bolsillo** es la cantidad más alta que un miembro o familia pagará en un año civil por los servicios/medicamentos cubierto. Una vez que los costos de su deducible y de copagos alcanzan su máximo gasto anual de bolsillo, WHA pagará el 100% de sus servicios/medicamentos cubierto por el resto del año civil. Las cantidades pagadas por servicios/medicamentos no cubierto no se aplican al gasto máximo de bolsillo de un miembro.

responsabilidad del miembro **Máximo gasto de bolsillo**

|          |                                |
|----------|--------------------------------|
| \$5.100  | Cobertura propia               |
| \$5.100  | Persona con cobertura familiar |
| \$10.200 | Cobertura familiar             |
| ninguno  | Máximo por toda la vida        |

## CUBIERTO SIN COSTO COMPARTIDO — NO SUJETO A DEDUCIBLE

**Los servicios de cuidados preventivos** y algunos medicamentos recetados están cubierto sin costo al miembro, como se los explica bajo la sección EOC/DF sobre Servicios Preventivos Cubierto sin Costos Compartidos. Consulte la información adicional sobre los beneficios en [mywha.org/preventive](http://mywha.org/preventive).

- Exámenes físicos anuales y atención del bebé sano
- Vacunas para adultos y pediátricos, incluidas las contra la gripe y el COVID-19
- Servicios preventivos para mujeres
- Atención de rutina prenatal y análisis de laboratorio, y primera consulta postnatal
- Pruebas de cáncer de seno, cervical, próstata, colorrectal y otras pruebas de cáncer generalmente aceptadas
- La planificación familiar, incluyendo procedimientos anticonceptivos y de esterilización aprobados por la FDA, consejería, educación
- Ciertos medicamentos preventivos y suplementos, disponibles con receta y/o sin receta (OTC); consulte la sección Cobertura de medicamentos recetados de este Resumen de copagos para obtener más detalles

NOTA: Para que un servicio se considere "preventivo", su PCP o ginecólogo/obstetra debe haberlo brindado u ordenado, y el propósito principal de la consulta debió haber sido obtener el servicio preventivo. En caso de que reciba servicios adicionales que no forman parte del examen preventivo (por ejemplo, procedimientos o pruebas de laboratorios resultantes de exámenes de detección o en respuesta a su afección o síntomas médicos), usted será responsable del costo de esos servicios como se describe en este Resumen de copago.

**IMPORTANTE:** Las cuentas de ahorro para la salud (HSA) son productos financieros complejos. Este plan es un plan de salud con deducible alto. Si bien no existe la obligación de tener una HSA, Western Health Advantage recomienda que consulte a su asesor fiscal o financiero para analizar los beneficios y determinar si este plan y las HSA son una buena opción para usted.

**CUBIERTO CON COSTOS COMPARTIDOS**

costo para el miembro El deducible se basa en las tarifas contractuales que tiene WHA con el proveedor del servicio

**Servicios profesionales**

- ninguno AD Consultas en consultorio o virtuales, médico de atención primaria y otros no enumerados a continuación
- ninguno AD Consultas médicas presenciales o virtuales, especialista

**Servicios ambulatorios**

Cirugía ambulatoria

- ninguno AD • Realizada en consultorio (copago de atención primaria/especialista aplica)
- ninguno AD • Realizada en un centro — cargos del centro
- ninguno AD • Realizada en un centro — servicios profesionales
- ninguno AD Diálisis, quimioterapia, terapia de infusión y radioterapia
- ninguno AD Análisis de laboratorio
- ninguno AD Radiografías y diagnóstico por imágenes
- ninguno AD Imágenes (CT/PET scans y MRI)
- ninguno AD Inyecciones terapéuticas, incluyendo vacunas contra alergias

**Servicios de hospitalización**

- ninguno AD Cargos de estancia — cuarto semiprivado y alimentación, y servicios hospitalarios para cuidados agudos o intensivos, que incluyen:
  - Parto (cuarto privado cuando un proveedor participante lo determine médicamente necesario)
  - Uso del quirófano y sala de recuperación, anestesia, medicamentos durante la hospitalización, radiografías, laboratorio, radioterapia, servicios de transfusión de sangre, servicios de rehabilitación y sala de cuna para recién nacidos
- ninguno AD Servicios profesionales para pacientes internados, incluidos servicios de médicos, cirujanos, anestesiólogos y consultores

**Servicios de urgencia 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:

- ninguno AD • Consultorio médico o consulta virtual (copago de atención primaria/especialista aplica)
- ninguno AD • Consulta virtual de cuidados urgentes
- ninguno AD • Centro de cuidados urgentes
- ninguno AD • Sala de emergencias — cargos por las instalaciones (no se aplica si es internado)
- ninguno AD • Sala de emergencias — servicios profesionales (no se aplica si es internado)
- ninguno AD • Servicio de ambulancia según sea médicamente necesario o en una emergencia potencialmente mortal (incluyendo el servicio 911)

**Equipo médico duradero (DME)**

- ninguno AD Equipo médico duradero cuando un médico participante haya determinado que son médicamente necesarios y cuando hayan sido autorizados por adelantado por WHA
- ninguno AD Dispositivos ortopédicos y protésicos cuando un médico participante haya determinado que son médicamente necesarios y cuando hayan sido autorizados previamente por WHA

**Servicios de salud del comportamiento**

Trastornos de salud mental y abuso de sustancias

- ninguno AD • Consulta médica presencial o virtual
- ninguno AD • Ambulatorio otros servicios
- ninguno AD • Servicios de hospitalización, incluyendo desintoxicación — proporcionados en un centro participante de cuidados agudos
- ninguno AD • Servicios de hospitalización — proporcionados en un centro de tratamiento residencial
- ninguno AD • Servicios profesionales para pacientes internados, incluidos servicios de médicos

**CUBIERTO CON COSTOS COMPARTIDOS**

costo para el miembro El deducible se basa en las tarifas contractuales que tiene WHA con el proveedor del servicio

**Otros servicios de salud**

- ninguno AD Atención médica en el hogar cuando sea prescrita por un médico participante y se haya determinado que es médicamente necesario, hasta 100 consultas en un año civil
- ninguno AD Centro de enfermería especializada, cuarto semiprivado y alimentación, cuando sea médicamente necesario y concertado por un Médico de Atención Primaria, incluyendo medicamentos y servicios auxiliares prescritos, hasta 100 días por período de beneficio
- ninguno AD Servicios en residencia para enfermos desahuciados
- ninguno AD Servicios de habilitación
- ninguno AD Servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio, que incluyen:
  - Terapia física, del habla y ocupacional cuando WHA las haya autorizado por adelantado y determinado que son médicamente necesarias
  - Terapia respiratoria, terapia cardíaca y pulmonar, cuando WHA los haya autorizado por adelantado y determinado que son médicamente necesarios y que producen una mejora continua
- ninguno AD Rehabilitación de paciente internado
- ninguno AD Aborto y servicios relacionados con el aborto
- ninguno AD Servicios de acupuntura, proporcionados a través de Landmark Healthplan of California, Inc., no requiere una derivación del PCP. Consulte la información adicional sobre los beneficios en [mywha.org](http://mywha.org).

**SERVICIOS DE SALUD ADICIONALES — NO SUJETO A DEDUCIBLE**

- ninguno Exámenes anuales de visión y audición, incluido el examen de visión pediátrico (hasta los 19 años)
- ninguno Anteojos pediátricos por año civil, proporcionados a través de EyeMed, hasta los 19 años, incluyendo uno de los siguientes beneficios:
  - Un par de lentes o lentes de contacto (designados por el proveedor o suministro para 6 meses) cada 12 meses
  - Un par de monturas designadas por el proveedor cada 12 meses
- varía según el servicio Servicios dentales pediátricos, proporcionados a través de DeltaCare® USA, hasta los 19 años, incluyendo los siguientes beneficios:
  - Cuidado dental de diagnóstico y preventivo sin costo
  - Servicios básicos de atención dental
  - Servicios mayores de atención dental
  - Ortodoncia cuando se determina que es médicamente necesario

## COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

En virtud este Plan de medicamentos recetados, Western Health Advantage cubrirá lo siguiente:

- Los medicamentos que requieren receta médica según la ley estatal o federal son recetados por un proveedor participante o un farmacéutico, cuando se prescriben en relación con un servicio cubierto y se surten en una farmacia participante
- Los medicamentos surtidos por una farmacia no participante fuera del área de servicio de WHA solamente para atención urgente o de emergencia (puede enviar su recibo a WHA para obtener un reembolso)
- Medicamentos con receta médica compuestos para los cuales no existe una alternativa aprobada por la FDA y contienen por lo menos un ingrediente
- Insulina, jeringas para insulina con agujas, tabletas y tiras para prueba de glucosa
- Los medicamentos recetados están sujetos a las condiciones, limitaciones y exclusiones establecidas en el Documento combinado de Evidencia de Cobertura y el Formulario de Divulgación (EOC/DF), disponible al iniciar sesión en [mywha.org](http://mywha.org)

Los medicamentos recetados cubierto incluidos en el Plan de medicamentos recetados de un miembro se clasifican como Escala 1, 2, 3 o 4 en la Lista de medicamentos preferidos (PDL) de WHA. Se puede solicitar la PDL de un miembro llamando a Servicios para Miembros de WHA o consultarla en línea en [mywha.org/Rx](http://mywha.org/Rx).

NOTA: Todos los medicamentos incluidos en la PDL se evalúan periódicamente en cuanto a su eficacia, calidad, seguridad, alternativas similares y costo para garantizar un uso racional y rentable de los agentes farmacéuticos. La presencia de un medicamento en la PDL no garantiza que el proveedor participante del miembro recetará el medicamento. Existe un pequeño grupo de medicamentos que, independientemente de la escala, podrían requerir autorización previa para asegurar el uso apropiado según los criterios establecidos por WHA.

**Medicamentos preventivos, suplementos y vacunas:** La aspirina, el ácido fólico, (incluido vitaminas prenatales), el fluoruro para los niños en edad preescolar, los medicamentos para dejar de fumar, los anticonceptivos y las vacunas preventivas, incluidas las de la gripe y la COVID-19, están cubierto sin costo compartido para el miembro; consulte el Apéndice A en su EOC/DF para obtener una lista completa. Se requiere un medicamento genérico si está disponible.

## CUBIERTO CON COSTOS COMPARTIDOS

costo para el miembro El deducible se basa en las tarifas contractuales que tiene WHA con el proveedor del servicio

### Farmacia minorista (costo por suministro de 30 días)

- ninguno AD • Escala 1: medicamentos genéricos preferidos y ciertos medicamentos de marca preferidos
- ninguno AD • Escala 2: medicamentos de marca preferidos y ciertos medicamentos genéricos no preferidos
- ninguno AD • Escala 3: medicamentos no preferidos (genéricos o de marca)

Las farmacias minoristas participantes permiten un suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento. El copago de la farmacia minorista se aplica para cada suministro de 30 días.

### Farmacia con entrega a domicilio (costo por receta, suministro de hasta 100 días)

- ninguno AD • Escala 1: medicamentos genéricos preferidos y ciertos medicamentos de marca preferidos
- ninguno AD • Escala 2: medicamentos de marca preferidos y ciertos medicamentos genéricos no preferidos
- ninguno AD • Escala 3: medicamentos no preferidos (genéricos o de marca)

### Farmacia especializada (costo por receta, suministro de hasta 30 días)

- ninguno AD • Escala 4: medicamentos especializados y otros de mayor costo

Los medicamentos especializados deben solicitarse a través de Optum Specialty Pharmacy (se entregan en el domicilio o en el consultorio médico, según quién administre el medicamento).

El copago o costo compartido de un miembro no excederá el costo del medicamento surtido. Si un medicamento de Escala 1 está disponible y el miembro elige recibir un medicamento de Escala 2, 3 o 4 sin indicación médica del proveedor que prescribe, el miembro será responsable del copago correspondiente de Escala 2 a 4 más la diferencia del costo entre el medicamento de Escala 1 y el medicamento comprado. El monto pagado por la diferencia en el costo no se aplica para el deducible o contribuye al máximo gasto de bolsillo. Los copagos de recetas aportan al máximo de gasto anual de bolsillo.

---

**GESTIONE SU PLAN CON DEDUCIBLE ELEVADO:** El deducible y el desembolso máximo anual se aplican únicamente a los servicios/medicamentos cubierto que se describen en este Resumen de copagos. Los copagos y deducibles de cualquier beneficio adquirido por separado como cláusula adicional no se aplican a este deducible ni a este desembolso máximo anual. Para revisar los montos aplicados a su deducible anual y desembolso máximo (OOP), simplemente acceda a su acumulador en [mywha.org](http://mywha.org). Si tiene alguna pregunta sobre cuánto se ha aplicado a su deducible o al máximo de gastos de bolsillo anuales, o si ciertos pagos que ha realizado se aplican al máximo de gastos de bolsillo, llame a Servicios para Miembros de WHA. Una vez que haya satisfecho su máximo de OOP, puede solicitar una declaración por escrito que confirme que no tiene que pagar más copagos o deducibles por los servicios cubierto hasta el final del año calendario.

Western Health Advantage cumple con las leyes de derechos civiles federales y de California aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, según corresponda. Western Health Advantage no excluye a las personas ni las trata diferente por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

Western Health Advantage:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas que no hablan inglés como idioma materno, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Administrador de Servicios para Miembros al 888.563.2250 y encuentre más información en línea en <https://www.westernhealth.com/legal/non-discrimination-notice/>.

Si usted cree que Western Health Advantage no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja formal por teléfono, correo, fax, correo electrónico o en línea: Administrador de Servicios para Miembros, 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833, 888.563.2250 o 916.563.2250, 711 (TTY), 916.568.0126 (fax), [memberservices@westernhealth.com](mailto:memberservices@westernhealth.com), <https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form>.

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Administrador de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo. Para obtener más información sobre el proceso de queja formal de Western Health Advantage y sus derechos de queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California, visite nuestro sitio web en <https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form/>.

Si existe una preocupación de discriminación basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de la Oficina de Quejas sobre Derechos Civiles disponible en:

Sitio web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>; Por correo: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509 F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; Teléfono: 800.368.1019 o 800.537.7697 (TDD); Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

---

## ENGLISH

If you, or someone you're helping, have questions about Western Health Advantage, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 888.563.2250 or TTY 711.

## SPANISH

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Western Health Advantage, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888.563.2250, o al TTY 711 si tiene dificultades auditivas.

## CHINESE

如果您，或是您正在協助的對象，有關於Western Health Advantage方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話888.563.2250或聽障人士專線(TTY) 711。

## VIETNAMESE

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Western Health Advantage, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi số 888.563.2250, hoặc gọi đường dây TTY dành cho người khiếm thính tại số 711.

## TAGALOG

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Western Health Advantage, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 888.563.2250 o TTY para sa may kapansanan sa pandinig sa 711.

**KOREAN**

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Western Health Advantage에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 888.563.2250이나 청각 장애인용 TTY 711로 연락하십시오.

**ARMENIAN**

Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Western Health Advantage-ի մասին, Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարե՛ք 888.563.2250 համարով կամ TTY 711՝ լսողության հետ խնդիրներ ունեցողների համար:

**PERSIAN-FARSI**

اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد Western Health Advantage (وسترن هلث آدونتیج) داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. لطفا با شماره تلفن 888.563.2250 تماس بگیرید. افراد ناشنوا می توانند به شماره 711 پیام تاپیی ارسال کنند

**RUSSIAN**

Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Western Health Advantage, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 888.563.2250 или воспользуйтесь линией TTY для лиц с нарушениями слуха по номеру 711.

**JAPANESE**

ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Western Health Advantageについてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、888.563.2250までお電話ください。聴覚障がい者用TTYをご利用の場合は、711までお電話ください。

**ARABIC**

إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة بخصوص Western Health Advantage، فلدليك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 888.563.2250، أو برقم الهاتف النصي (TTY) لضعاف السمع 711.

**PUNJABI**

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਕਿਸੇ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਦੇ Western Health Advantage ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਦੁਆਰੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, 888.563.2250 'ਤੇ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥ ਟੀਟੀਵਾਈ ਲਈ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**CAMBODIAN-MON-KHMER**

ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលកំពុងជួយអ្នក មានសំណួរអំពី Western Health Advantage ទេ, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនិងព័ត៌មាន នៅក្នុងភាសារបស់អ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់ អ្នកគ្រូចៀកច្ងន់ តាមលេខ 711។

**HMONG**

Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Western Health Advantage, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 888.563.2250 los sis TTY rau cov neeg uas tsis hnov lus zoo nyob ntawm 711.

**HINDI**

यदि आप, या जिस किसी की आप मदद कर रहे हो, के Western Health Advantage के बारे में प्रश्न हैं तो, आपको अपनी भाषा में मदद तथा जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुभाशिए के साथ बात करने के लिए, 888.563.2250 पर या पूरी तरह श्रवण में असमर्थ टीटीवाई के लिए 711 पर कॉल करो।

**THAI**

หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Western Health Advantage คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อพูดคุยกับล่าม โทร 888.563.2250 หรือใช้ TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 711