

# CAPITAL 2000 SILVER 70 HMO

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

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

### responsabilidad del miembro DEDUCIBLE

Los deducibles médicos y de medicamentos recetados se refieren a la cantidad de dinero que un miembro o una familia deben pagar por ciertos servicios cubiertos antes de que WHA comience a pagar esos servicios cubiertos. Cada miembro inscrito como familiar debe alcanzar el monto Persona con Cobertura Familiar o el monto de Cobertura Familiar, cualquiera que se alcance primero.

Para los servicios marcados como **AD (después del deducible)**, usted realizará el copago/coseguro después de que se alcance el deducible.

#### MÉDICO

\$2,000*	Cobertura propia
\$2,000*	Persona con cobertura familiar
\$4,000*	Cobertura familiar

#### RECETA MÉDICA (Rx) — Escalas 1 – 4

\$200*	Cobertura propia
\$200*	Persona con cobertura familiar
\$400*	Cobertura familiar

### MÁXIMO GASTO ANUAL DE BOLSILLO

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

\$7,550	Cobertura propia
\$7,550	Persona con cobertura familiar
\$15,100	Cobertura familiar
ninguno	Máximo por toda la vida

### costo para el miembro Servicios de atención preventiva

ninguno	Servicios de atención preventiva, incluidos análisis de laboratorio, como se indica en la sección Servicios Preventivos Cubiertos sin Costos Compartidos de la EOC/DF
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes físicos anuales y atención del niño sano</li> <li>Vacunas para adultos y pediátricas</li> <li>Servicios preventivos para mujeres</li> <li>Atención de rutina prenatal y análisis de laboratorio, y primera consulta postnatal</li> <li>Pruebas de cáncer de seno, cervical, próstata, colorrectal y otras pruebas de cáncer generalmente aceptadas</li> </ul>
	Nota: Los procedimientos que sean resultado de las pruebas de detección no se consideran atención preventiva. Para que un servicio se considere "preventivo", su PCP o gineco-obstetra debe haberlo brindado u ordenado, y el propósito principal de la consulta debió haber sido obtener el servicio preventivo. De lo contrario, usted será responsable por el costo de la consulta médica, como se describe en este resumen de copago.

### costo para el miembro Servicios profesionales

\$45 por consulta	Consultas en consultorio, médico de atención primaria y otros no enumerados a continuación
\$80 por consulta	Consultas en consultorio, especialista
ninguno	Examen de la vista para adultos
ninguno	Examen pediátrico de la vista, hasta los 19 años
ninguno	Examen del oído
\$45/80 por consulta+	Servicios de planificación familiar



**costo para el miembro**

- \$45/80 por consulta+  
20%\*
- 20%\*
- 20%\*
- \$40 por consulta
- \$75 por consulta
- \$300 por consulta
- \$5 por consulta

**Servicios a pacientes ambulatorios**

- Cirugía de paciente ambulatorio
  - Realizada en consultorio
  - Realizada en un centro — cargos del centro
  - Realizada en un centro — servicios profesionales
- Diálisis, terapia de infusión y radioterapia
- Análisis de laboratorio
- Radiografías y diagnóstico por imágenes
- Diagnóstico por imágenes (escaneos de tomografía computarizada [CT]/tomografía por emisión de positrones [PET] e imágenes por resonancia magnética [MRI])
- Inyecciones terapéuticas, incluyendo vacunas contra alergias

**Servicios de hospitalización**

- 20% 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
- 20%\* Servicios profesionales para pacientes internados, incluidos servicios de médicos, cirujanos, anesthesiólogos 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:
  - Consultorio médico
  - Centro de cuidados urgentes
  - Sala de emergencias - cargos por las instalaciones (no se aplica si es internado)
  - Sala de Emergencias - servicios profesionales
  - Servicio de ambulancia según sea médicamente necesario o en una emergencia potencialmente mortal (incluyendo el servicio 911)

- \$45/80 por consulta+
- \$45 por consulta
- \$350 por consulta
- ninguno
- \$250 por viaje AD

**Cobertura de recetas**

Farmacia de venta al público (suministro de 30 días)

- \$15 después del deducible de la receta médica (Rx) • Escala 1 – Medicamentos genéricos preferidos y ciertos medicamentos de marca preferidos
- \$55 después del deducible de la receta médica (Rx) • Escala 2 – Medicamentos de marca preferidos o medicamentos genéricos no preferidos<sup>1</sup>
- \$85 después del deducible de la receta médica (Rx) • Escala 3 – Medicamento no preferido<sup>1</sup>
- 20% después del deducible de la receta médica (Rx)\* • Escala 4 – Medicamentos especializados cuando sean autorizados previamente por WHA, hasta un máximo de \$250 después del deducible de la receta médica(Rx) (el acceso a medicamentos de Escala 4 en farmacias de atención al público está sujeto a limitaciones)

Pedido por correo (suministro de hasta 90 días)

- \$37.50 después del deducible de la receta médica (Rx) • Escala 1 – Medicamentos genéricos preferidos y ciertos medicamentos de marca preferidos
- \$137.50 después del deducible de la receta médica (Rx) • Escala 2 – Medicamentos de marca preferidos o medicamentos genéricos no preferidos<sup>1</sup>
- \$212.50 después del deducible de la receta médica (Rx) • Escala 3 – Medicamento no preferido<sup>1</sup>
- 20% después del deducible de la receta médica (Rx)\* • Escala 4 – Medicamentos especializados cuando sean autorizados previamente por WHA, hasta un máximo de \$250 después del deducible de la receta médica (Rx)

Ciertos medicamentos especializados pueden estar clasificados en las Escalas 1-3. Independientemente de la escala, todos los medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días. Para confirmar la escala de cualquier medicamento, visite [mywha.org/pharmacy](http://mywha.org/pharmacy) y refiérase a la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL). Los medicamentos orales contra el cáncer no excederán los \$200 después del deducible de la receta médica (Rx) por un suministro de 30 días.

Los siguientes medicamentos recetados están cubiertos sin costo alguno para el miembro (se requiere el genérico si está disponible): aspirina, ácido fólico, (incluyendo el que se encuentra en vitaminas prenatales), fluoruro para los niños en edad preescolar, medicamentos para dejar de fumar y anticonceptivos para mujeres. En las farmacias de atención al público, si el costo efectivo del medicamento con receta médica es menos que el copago aplicable, el miembro solo será responsable de pagar el costo efectivo del medicamento.

<sup>1</sup>Más allá de que sea médicamente necesario o que haya un equivalente genérico, el miembro será responsable del copago aplicable cuando le surtan un medicamento de Escala 2 o Escala 3. Si está disponible un medicamento de Escala 1 y el miembro pide que le brinden un medicamento de Escala 2 o de Escala 3 sin indicación médica del médico que expidió la receta, el miembro será responsable del pago de la diferencia en el costo entre el medicamento de Escala 1 y el medicamento comprado, además del copago del medicamento de Escala 1.\*\*



**costo para el miembro Equipo médico duradero (DME)**

- 20%\* Equipo médico duradero (excluidos los dispositivos ortopédicos y protésicos) cuando un médico participante haya determinado que es médicamente necesario y cuando haya sido autorizado previamente por WHA
- \$45 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 farmacodependencia
- \$45 por consulta • Consulta médica
- ninguno • Servicios a paciente ambulatorio
- 20% AD\* • Servicios de hospitalización, incluyendo desintoxicación — proporcionados en un centro participante de cuidados agudos
- 20% AD\* • Servicios de hospitalización — proporcionados en un centro de tratamiento residencial
- 20%\* • Servicios profesionales para pacientes internados, incluidos servicios de médicos
- Trastornos de salud mental, quiere decir, trastornos o perturbaciones de las funciones mentales, emocionales o conductuales, que incluyen las enfermedades mentales graves y los trastornos emocionales graves en niños (SED).

**Otros servicios de salud**

- \$45 por consulta 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
- 20% 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 Servicios en residencia para enfermos desahuciados
- \$45 por consulta Servicios de habilitación
- \$45 por consulta 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, cardíaca y pulmonar, cuando WHA los haya autorizado por adelantado y determinado que son médicamente necesarios y que producen una mejora continua
- 20% AD\* Rehabilitación de paciente internado
  - Los servicios de acupuntura y de quiropráctica, proporcionados a través de Landmark Healthplan of California, Inc., cuando se determina que son médicamente necesarios, no requieren una derivación del médico de atención primaria (PCP)
    - Acupuntura
    - Atención quiropráctica, hasta 20 consultas por año
- \$15 por consulta Anteojos pediátricos por año civil, proporcionados a través de MES Vision, hasta los 19 años, incluyendo uno de los siguientes beneficios:
  - Un par de anteojos con lentes estándar
  - Un par de lentes de contacto duros estándar o seis pares suaves estándar, en lugar de anteojos
- \$15 por consulta\*\*\* Anteojos pediátricos por año civil, proporcionados a través de DeltaCare® USA, hasta los 19 años de edad, 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
- ninguno Consulte la información adicional sobre beneficios

+ Copago con un médico de atención primaria de \$45/Copago con un especialista de \$80

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

\*\* El monto pagado por la diferencia en el costo no aplica al deducible ni contribuye al máximo gasto de bolsillo.

\*\*\* Los copagos no contribuyen al máximo gasto de bolsillo.

**ADMINISTRACIÓN DE SU PLAN DE DEDUCIBLE ALTO**

Cuando alcance su máximo gasto anual de bolsillo, como se describe en este Resumen de Copagos, WHA le enviará una carta para informarle que usted no tiene que realizar ningún otro copago ni deducible por los servicios cubiertos por el resto del año civil. Para revisar las cantidades aplicadas a su deducible y máximo gasto de bolsillo anuales, simplemente ingrese a su servicio Accumulator en mywha.org. 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 a Servicios para Miembros de WHA.