Western Health Advantage

GATEWAY 4010 GOLD 80 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
$1,000*	Cobertura propia
$1,000*	Persona con cobertura familiar
$2,000*	Cobertura familiar
	RECETA MÉDICA (Rx) — Escalas 2 – 4
$250*	Cobertura propia
$250*	Persona con cobertura familiar
$500*	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.

$6,750	Cobertura propia
$6,750	Persona con cobertura familiar
$13,500	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

- Exámenes físicos anuales y atención del niño sano
- Vacunas para adultos y pediátricas
- 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

NOTA: Para que un servicio se considere "preventivo", este debe ser brindado u ordenado por su médico de atención primaria (PCP) o ginecólogo/obstetra, y el propósito principal de la consulta debe ser que se obtenga el servicio preventivo. En caso de que reciba servicios adicionales que no sean parte del examen preventivo (por ejemplo, procedimientos o análisis de laboratorio que resulten de pruebas de detección o que estén relacionados a su afección médica o síntomas), usted será responsable por el costo de estos servicios tal como se describe en este resumen de copago.

costo para el miembro	Servicios profesionales
$40 por consulta	Consultas en consultorio, médico de atención primaria y otros no enumerados a continuación
$40 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
$40 por consulta	Servicios de planificación familiar
	Servicios a pacientes ambulatorios
	Cirugía de paciente ambulatorio
$40 por consulta	• Realizada en consultorio
$500 por consulta AD	• Realizada en un centro — cargos del centro
ninguno	• Realizada en un centro — servicios profesionales
ninguno	Diálisis, quimioterapia, terapia de infusión y radioterapia
ninguno	Análisis de laboratorio
ninguno	Radiografías y diagnóstico por imágenes
$300 por consulta	Diagnóstico por imágenes (escaneos de tomografía computarizada [CT]/tomografía por emisión de positrones [PET] e imágenes por resonancia magnética [MRI])
$5 por consulta	Inyecciones terapéuticas, incluyendo vacunas contra alergias
	Servicios de hospitalización
$500 por día, días 1 al 5 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	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:
$40 por consulta	• Consultorio médico
$50 por consulta	• Centro de cuidados urgentes
$300 por consulta AD	• Sala de emergencias - cargos por las instalaciones (no se aplica si es internado)
ninguno	• Sala de Emergencias - servicios profesionales
ninguno	• Servicio de ambulancia según sea médicamente necesario o en una emergencia potencialmente mortal (incluyendo el servicio 911)

costo para el miembro	Cobertura de recetas
	Farmacia de venta al público (suministro de 30 días)
$10	• Escala 1 – Medicamentos genéricos preferidos y ciertos medicamentos de marca preferidos
$50 después del deducible de la receta médica (Rx)	• Escala 2 – Medicamentos de marca preferidos y ciertos medicamentos genéricos no preferidos[1]
$75 después del deducible de la receta médica (Rx)	• Escala 3 – Medicamentos no preferidos (genéricos o de marca)[1]
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)
$25	• Escala 1 – Medicamentos genéricos preferidos y ciertos medicamentos de marca preferidos
$125 después del deducible de la receta médica (Rx)	• Escala 2 – Medicamentos de marca preferidos y ciertos medicamentos genéricos no preferidos[1]
$187.50 después del deducible de la receta médica (Rx)	• Escala 3 – Medicamentos no preferidos (genéricos o de marca)[1]
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 y refiérase a la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL).
	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.
	Los miembros pagarán el menor copago aplicable, el costo real o el precio al por menor de la receta.
	[1]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.**

	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
$40	Dispositivos ortopédicos y protésicos cuando un médico participante haya determinado que son médicamente necesarios y cuando hayan sido autorizados previamente por WHA

costo para el miembro	Servicios de salud del comportamiento
	Trastornos de salud mental y farmacodependencia
$40 por consulta	• Consulta médica
ninguno	• Servicios a paciente ambulatorio
$500 por día, días 1 al 5 AD	• Servicios de hospitalización, incluyendo desintoxicación — proporcionados en un centro participante de cuidados agudos
$125 por día, días 1 al 5 AD	• Servicios de hospitalización — proporcionados en un centro de tratamiento residencial
ninguno	• 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
ninguno	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
$500 por día, días 1 al 5 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
$40 por consulta	Servicios de habilitación
$40 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
$500 por día, días 1 al 5 AD	Rehabilitación de paciente internado
	Los servicios de acupuntura y de quiropráctica, proporcionados a través de Landmark Healthplan of California, Inc., no requieren una derivación del médico de atención primaria (PCP). Consulte el Resumen de copagos de medicamentos alternativos para obtener información adicional sobre los beneficios y limitaciones.
$15 por consulta	• Acupuntura
$15 por consulta***	• Atención quiropráctica, hasta 20 consultas por año
ninguno	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
Consulte la información adicional sobre beneficios	Servicios dentales pediátricos, 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

* 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.

** 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 médico.

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.

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 discrminado 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, 888.877.5378 (TTY), 916.568.0126 (fax), 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 888.877.5378.

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 888.877.5378 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) 888.877.5378**。**

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 888.877.5378.

TAGALOG
Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, 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 888.877.5378.

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 888.877.5378로 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 888.877.5378՝ 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 ادونتیج) داشته باشید حق این را دارید که به طور رایگان اطلاعات به زبان خود را دریافت نمایید. لطفا با شماره تلفن 888.563.2250 تماس بگیرید. افراد ناشنوا می توانند به شماره888.877.5378 پیام تایپی 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 888.877.5378.

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、888.877.5378までお電話ください。

ARABIC
إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة بخصوص Western Health Advantage، فلديك 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 888.877.5378.

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। ਦੁਭਾਸੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, 888.563.2250 'ਤੇ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥ ਟੀਟੀਵਾਈ ਲਈ 888.877.5378 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

CAMBODIAN-MON-KHMER
ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលកំពុងជួយអ្នក មានសំណួរអំពី Western Health Advantage ទេ, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនឹងព័ត៌មាននៅក្នុងភាសារបស់អ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់អ្នកត្រចៀកធ្ងន់ តាមលេខ 888.877.5378។

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 888.877.5378.

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 888.877.5378 पर कॉल करो।

THAI
หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Western Health Advantage
คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อพูดคุยกับล่าม โทร 888.563.2250 หรือใช้TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 888.877.5378