

# GATEWAY 5020 PLATA 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 AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES TAN 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.

## DEDUCIBLE ANUAL

El deducible anual es la cantidad de dinero que un miembro o familiar debe 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. Los copagos correspondientes se aplicarán después de alcanzar el deducible.

responsabilidad del miembro **Deducible Médico (AD = después del deducible)**

|         |                                |
|---------|--------------------------------|
| \$2,000 | Solo cobertura propia          |
| \$2,000 | Persona con cobertura familiar |
| \$4,000 | Cobertura familiar             |

**Escalas de Receta 2 – 4 Deducible (AD Rx = después del deducible de receta)**

|         |                                |
|---------|--------------------------------|
| \$500   | Solo cobertura propia          |
| \$500   | Persona con cobertura familiar |
| \$1,000 | Cobertura familiar             |

## MÁXIMO GASTO DE BOLSILLO ANUAL

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 de bolsillo anual, 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.

responsabilidad del miembro **Máximo gasto de bolsillo**

|          |                                |
|----------|--------------------------------|
| \$8,750  | Solo cobertura propia          |
| \$8,750  | Persona con cobertura familiar |
| \$17,500 | Cobertura familiar             |
| ninguno  | Máximo por toda la vida        |

## CUBIERTOS SIN COSTOS COMPARTIDOS

**Los servicios de cuidados preventivos** y algunos medicamentos recetados (genéricos requeridos) están cubiertos sin costo al miembro, como se los explica bajo la sección EOC/DF sobre Servicios Preventivos Cubiertos 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 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
- La planificación familiar, incluyendo procedimientos anticonceptivos y de esterilización aprobados por la FDA, consejería, educación
- Aspirina, ácido fólico, (incluido el que se encuentra en vitaminas prenatales), fluoruro para los niños en edad preescolar, medicamentos para dejar de fumar, anticonceptivos

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.

**CUBIERTOS CON COSTOS COMPARTIDOS**

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

**Servicios profesionales**

\$50 por consulta Consultas en consultorio o virtuales, médico de atención primaria y otros no enumerados a continuación

\$50 por consulta Consultas médicas presenciales o virtuales, especialista

ninguno Exámenes de la vista y del oído, incluido el examen pediátrico de la vista (hasta los 19 años)

**Servicios de pacientes ambulatorios**

Cirugía ambulatoria

\$50 por consulta • Realizada en consultorio (aplica copago de atención primaria/especialista)

\$500 por consulta AD • Realizada en un centro — cargos del centro

ninguno AD • Realizada en un centro — servicios profesionales

ninguno Diálisis, quimioterapia, terapia de infusión y radioterapia

\$50 por consulta Análisis de laboratorio

\$80 por consulta Radiografías y diagnóstico por imágenes

\$500 por consulta AD 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**

30% AD Cargos de estancia — cuarto semiprivado y comida, 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:

\$50 por consulta • Consultorio médico o consulta virtual (aplica copago de atención primaria/especialista)

\$49 por consulta • Consulta virtual de cuidados urgentes

\$50 por consulta • Centro de cuidados urgentes

30% 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)

**Cobertura de medicamentos recetados**

Farmacia de venta al público (suministro de 30 días)

\$25 • Escala 1 – Medicamentos genéricos preferidos y ciertos medicamentos de marca preferidos

30% hasta \$250 AD Rx • Escala 2 – Medicamentos de marca preferidos y ciertos medicamentos genéricos no preferidos

30% hasta \$250 AD Rx • Escala 3 – Medicamento no preferido (genérico o de marca)

30% hasta \$250 AD Rx • Escala 4 – Medicamentos especializados cuando sean autorizados previamente por WHA

Pedido por correo (suministro de hasta 90 días)

\$62.50 • Escala 1 – Medicamentos genéricos preferidos y ciertos medicamentos de marca preferidos

30% hasta \$625 AD Rx • Escala 2 – Medicamentos de marca preferidos y ciertos medicamentos genéricos no preferidos

30% hasta \$625 AD Rx • Escala 3 – Medicamento no preferido (genérico o de marca)

30% hasta \$250 AD Rx • Escala 4 – Medicamentos especializados cuando sean autorizados previamente por WHA

Los miembros pagarán el menor monto del copago aplicable, el costo real o el precio minorista de la receta médica. Ciertos medicamentos especializados pueden estar clasificados en las Escalas 1-3. Independientemente de la escala, todos los medicamentos especializados están limitados a un suplemento de 30 días; el acceso a medicamentos de Escala 4 en farmacias de atención al público está sujeto a limitaciones. Para confirmar la escala de cualquier medicamento, visite [mywha.org/Rx](http://mywha.org/Rx); consulte la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL).

Independientemente 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 hay un medicamento de Escala 1 y el miembro pide que le surtan un medicamento de Escala 2 o de Escala 3 sin indicación del médico que lo receta, el miembro será responsable del pago de la diferencia en costo entre el medicamento de Escala 1 y el medicamento comprado, además del copago de Escala 1. El monto pagado por la diferencia en el costo no aplica al deducible ni contribuye al máximo gasto de bolsillo.

**CUBIERTOS CON COSTOS COMPARTIDOS**

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

**Equipo médico duradero (DME)**

- 20% Equipo médico duradero cuando un médico participante haya determinado que son médicamente necesarios y cuando hayan sido autorizados por adelantado por WHA
- \$50 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

- \$50 por consulta • Consulta médica presencial o virtual
- ninguno • Otros servicios ambulatorios
- 30% AD • Servicios de hospitalización, incluyendo detoxificación — proporcionados en un centro de cuidados agudos participante
- 30% AD • Servicios de hospitalización — proporcionados en un centro de tratamiento residencial
- ninguno • Servicios profesionales para pacientes internados, incluidos servicios de médicos

**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
- 30% AD Centro de enfermería especializada, cuarto semiprivado y comida, 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
- \$50 por consulta Servicios de habilitación
- \$50 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
- 30% AD Rehabilitación de paciente internado
- ninguno Aborto y servicios relacionados con el aborto
- \$15 por consulta Servicios de acupuntura y quiropráctica, proporcionados a través de Landmark Healthplan of California, Inc., no requieren una derivación del PCP. Consulte la información adicional sobre los beneficios en mywha.org.
  - Acupuntura, hasta 20 consultas por año
  - Atención quiropráctica, hasta 20 consultas por año; los copagos no aportan al máximo gasto de bolsillo médico.
- ninguno Los anteojos pediátricos se proporcionan a través de EyeMed para miembros de hasta 19 años. Para obtener información completa sobre los beneficios, consulte sus documentos del plan en mywha.org. Los beneficios incluyen lo siguiente:
  - Un par de lentes o lentes de contacto (designado por el proveedor o suministro de 6 meses) cada 12 meses
  - Un par de marcos designados por el proveedor cada 12 meses
- varía según servicio Los servicios dentales pediátricos se proporcionan a través de DeltaCare® USA para miembros de hasta 19 años. Para obtener información completa sobre los beneficios, consulte sus documentos del plan en mywha.org. Los beneficios incluyen lo siguiente:
  - 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

**ADMINISTRACIÓN DE SU PLAN CON DEDUCIBLE:** Para revisar las cantidades aplicadas a su deducible y el máximo gasto de bolsillo (OOP) anual, simplemente ingrese a su servicio Accumulator en [mywha.org](https://mywha.org). Si tiene alguna pregunta acerca de la cantidad que se ha aplicado a su deducible o máximo gasto de bolsillo anual, o si ciertos pagos que ha hecho se aplican al máximo gasto de bolsillo anual, llame a Servicios para Miembros de WHA. Cuando haya alcanzado el máximo gasto de bolsillo anual, puede solicitar un documento que confirme que ya no tiene que pagar ningún Copago ni Deducible por Servicios Cubiertos hasta el final del año civil.

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, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយនិងព័ត៌មាន នៅក្នុងភាសារបស់អ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់ អ្នកគ្រូចៀកឆ្លង់ 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 หรือใช้TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 711