Plan CalChoice

# SIERRA 50

## SILVER 70 HMO



Western Health Advantage

advantage you

## SIERRA 50

### SILVER 70 HMO

**Controle cuánto gasta en atención de salud al pagar servicios cuando los necesita. Pague copagos bajos por consultas y análisis, mientras que la hospitalización, atención urgente/de emergencia y la cirugía para pacientes ambulatorios están sujetos a un deducible.**

**PUNTOS DESTACADOS DEL PLAN:**

1. No paga por servicios que no usa.
2. La atención preventiva está incluida en su plan de salud sin costo alguno. Esto significa que no tendrá que pagar por sus visitas anuales de bienestar, vacunas u otros servicios de atención preventiva.
3. Cuando sí necesite atención, disfrute ahorros constantes en sus servicios de atención de salud y suministros. Western Health Advantage se asocia con proveedores líderes de servicios para asegurarse de que nuestros miembros obtengan las mejores tarifas negociadas disponibles.

CONOZCA MÁS >

WHA 1102-18 1.18

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

**ESTA MATRIZ TIENE LA FINALIDAD DE SER UTILIZADA PARA AYUDARLO 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.**

| costo para el miembro | |
|---|---|

### DEDUCIBLE

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

MÉDICO

| | |
|---|---|
| $2,000* | Cobertura propia |
| $2,000* | Individuo con cobertura de Familia |
| $4,000* | Cobertura de Familia |

RECETA MÉDICA (Rx) — Escalas 2 – 4

| | |
|---|---|
| $250* | Cobertura propia |
| $250* | Individuo con cobertura de Familia |
| $500* | Cobertura de Familia |

### 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.

| | |
|---|---|
| $7,000 | Cobertura propia |
| $7,000 | Individuo con cobertura de Familia |
| $14,000 | Cobertura de Familia |
| ninguno | Máximo por toda la vida |

### SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA

ninguno — Servicios de atención preventiva, incluyendo análisis de laboratorio, como se indica en la sección Servicios Preventivos Cubiertos sin Costos Compartidos de la EOC/DF

- Exámenes físicos anuales y atención de niño sano
- Vacunas para adultos y pediátricas
- Servicios preventivos para mujeres
- Atención de rutina prenatal y análisis de laboratorio, y la primera visita postnatal
- Pruebas de cáncer de seno, cervical, próstata, colorrectal y otras pruebas de cáncer generalmente aceptadas

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 visita 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.

### Servicios profesionales

| | |
|---|---|
| $50 por visita | Visitas al consultorio, médico de atención primaria y otros no enumerados a continuación |
| $50 por visita | Visitas al consultorio, especialista |
| ninguno | Examen de la vista para adultos |
| ninguno | Examen del oído |
| ninguno | Examen pediátrico de la vista, hasta los 19 años |
| $50 por visita | Servicios de planificación familiar |

| costo para el miembro | Servicios a pacientes ambulatorios |
|---|---|
| | Cirugía de paciente ambulatorio |
| $50 por visita | • Realizada en consultorio |
| $300 después del deducible | • Realizada en un centro — cuotas del centro |
| 30% después del deducible* | • Realizada en un centro — servicios profesionales |
| ninguno | Diálisis, terapia de infusión y radioterapia |
| $50 por visita | Análisis de laboratorio |
| $50 por visita | Radiografías e imagenología de diagnóstico |
| $300 por visita | Imagenología (escaneos de tomografía computarizada [CT]/tomografía por emisión de positrones [PET] e imágenes por resonancia magnética [MRI]) |
| $5 por visita | Inyecciones terapéuticas, incluyendo vacunas contra alergias |
| | **Servicios de hospitalización** |
| 20% después del deducible* | Cargos por instalaciones — cuarto semiprivado y comidas, y servicios hospitalarios para cuidados agudos o intensivos, incluyendo: |
| | • Parto (cuarto privado cuando un proveedor participante lo determine médicamente necesario) |
| | • Uso de 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, incluyendo 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 visita | • Consultorio médico |
| $100 por consulta después del deducible | • Centro de cuidados urgentes |
| 20% después del deducible* | • 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 recetas** |
| | Farmacia de venta al público (suministro de 30 días) |
| $15 | • Escala 1 – Medicamentos genéricos preferidos y ciertos medicamentos de marca preferidos |
| $55 después del deducible (Rx) | • Escala 2 – Medicamentos de marca preferidos o medicamentos genéricos no preferidos[1] |
| $85 después del deducible (Rx) | • Escala 3 – Medicamento no preferido[1] |
| 20% después del deducible (Rx)* | • Escala 4 – Medicamentos especializados cuando sean autorizados previamente por WHA, hasta un máximo de $250 después del deducible por recetas por suministro de 30 días (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 | • Escala 1 – Medicamentos genéricos preferidos y ciertos medicamentos de marca preferidos |
| $137.50 después del deducible (Rx) | • Escala 2 – Medicamentos de marca preferidos o medicamentos genéricos no preferidos[1] |
| $212.50 después del deducible (Rx) | • Escala 3 – Medicamento no preferido[1] |
| 20% después del deducible (Rx)* | • Escala 4 – Medicamentos especializados cuando sean autorizados previamente por WHA, hasta un máximo de $250 después del deducible por receta por suministro de 30 días, limitado a un suministro de 30 días |

Ciertos medicamentos especializados pueden estar categorizados fuera de la Escala 4. Para confirmar la escala de cualquier medicamento, visite mywha.org/pharmacy y refiérase a la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL por sus siglas en inglés).

Los medicamentos orales contra el cáncer no excederán los $200 después del deducible por receta 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.

[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 surtan 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 por adelantado por WHA |
| $50 | Dispositivos ortopédicos y protésicos cuando un médico participante haya determinado que son médicamente necesarios y cuando hayan sido autorizados por adelantado por WHA |

## Servicios de salud del comportamiento

Trastornos de salud mental y farmacodependencia

| | |
|---|---|
| $50 por visita | • Visita al consultorio |
| ninguno | • Servicios a pacientes ambulatorios |
| 20% después del deducible* | • Servicios de hospitalización de paciente internado, incluyendo detoxificación — proporcionados en un centro de cuidados agudos participante |
| 20% después del deducible* | • Servicios de hospitalización — proporcionados en un centro de tratamiento residencial. |
| ninguno | • Servicios profesionales para pacientes internados, incluyendo servicios de médicos |

Trastornos psiquiátricos hace referencia a trastornos o perturbaciones de las funciones mentales, emocionales o conductuales, incluidas las enfermedades mentales graves y los trastornos emocionales graves en niños (SED, por sus siglas en inglés).

## Otros servicios de salud

| | |
|---|---|
| ninguno | Atención médica en el hogar cuando sea prescrita por un médico participante y se haya determinado que es médicamente necesaria, hasta 100 consultas en un año civil |
| 20% después del deducible* | 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 visita | Servicios de habilitación |
| $50 por visita | Servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio, que incluyen:<br>• Terapia física, del habla y ocupacional cuando WHA los haya autorizado por adelantado y determinado que son médicamente necesarios<br>• 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 |
| 20% después del deducible* | 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)

| | |
|---|---|
| $15 por visita | • Acupuntura |
| $15 por visita*** | • Atención quiropráctica, hasta 20 visitas por año |
| ninguno | Anteojos pediátricos por año civil, proporcionados a través de MES Vision, hasta los 19 años, incluyendo uno de los siguientes beneficios:<br>• Un par de anteojos con lentes estándar<br>• 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:<br>• Cuidado dental de diagnóstico y preventivo sin costo<br>• Servicios básicos de atención dental<br>• Servicios mayores de atención dental<br>• 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 médico de gasto de bolsillo.

### ADMINISTRANDO SU PLAN DE DEDUCIBLE ALTO

Cuando alcance su máximo gasto anual de bolsillo como lo describe este Resumen de Copagos, WHA le enviará una carta para informarle que usted no tiene que pagar 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 anual de bolsillo, simplemente ingrese a su servicio Accumulator a través de 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 اَدونتیج) 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 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, ਤੁਹਾਨੰਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱ ਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਦੁਭਾਸੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, 888.563.2250 ‘ਤੇ ਜਾਂ ਪ ਰੀ ਤਰ੍ਹਾ ਸੁਣਨਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥ ਟੀਟੀਵਾਈ ਲਈ 888.877.5378 ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**CAMBODIAN-MON-KHMER**
ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នន ក់ដែលកំពុងជួយអ្នក ម្ននសំណួ រអ៊ំពី Western Health Advantage បេ, អ្នកម្ននសិធិេួលជំនួយនឹងព័ត៌ម្ននបៅកនុងភាសារស់អ្នក បោយមិនអ្ស់ហ្រក់។ បើមបីនិយាយជាមួយអ្នករកជប្រ សូមេូរស័ពទ 888.563.2250 ឬ TTY សប្ប៉ុរអ្នកប្តបៀកធ្ងន់ តាមបលខ 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 दमद कर रहे हो, केWestern Health Advantage केबारे में परि नि हैं तो, आपको अपनी भाषा में दमद तथा जानकारी परापत करने का अधिकार है। दुभाशिए केसाथ बात करने केलिए, 888.563.2250 पर या पूरी तरह ि रवण में असमर्थ टीटीवाई केलिए 888.877.5378 पर कॉल करो।

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