

# SIERRA 7000 BRONZE 60 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 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

\$7,000*	Cobertura propia
\$7,000*	Persona con cobertura familiar
\$14,000*	Cobertura familiar

El deducible anual es la cantidad de dinero que un miembro o familiar debe pagar por los 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. El deducible se aplica tanto a gastos médicos como farmacéuticos. Como se explica a continuación, el deducible no se aplica a servicios de atención preventiva. Las cantidades pagadas por servicios no cubiertos no se aplican al deducible de un miembro.

#### MÁXIMO GASTO ANUAL DE BOLSILLO

\$7,000	Cobertura propia
\$7,000	Persona con cobertura familiar
\$14,000	Cobertura familiar

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.

ninguno	Máximo por toda la vida
---------	-------------------------

### costo para el miembro SERVICIOS NO SUJETOS AL DEDUCIBLE

#### 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. Consulte la información adicional sobre los beneficios en <a href="http://mywha.org/preventive">mywha.org/preventive</a> .
---------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- 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.

ninguno	Examen de la vista para adultos
ninguno	Examen del oído

---

**costo para el miembro SERVICIOS SUJETOS AL DEDUCIBLE**

después de alcanzar el deducible

**Servicios profesionales**

- ninguno Consultas médicas presenciales o virtuales, médico de atención primaria y otros no enumerados a continuación
- ninguno Consultas médicas presenciales o virtuales, especialista
- ninguno Servicios de planificación familiar

**Servicios a pacientes ambulatorios**

- ninguno Cirugía de paciente ambulatorio
  - Realizada en consultorio
- ninguno • 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
- ninguno Diagnóstico por imágenes (escaneos de tomografía computarizada [CT]/tomografía por emisión de positrones [PET] e imágenes por resonancia magnética [MRI])
- ninguno Inyecciones terapéuticas, incluyendo vacunas contra alergias

**Servicios de hospitalización**

- ninguno 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, anesthesiólogos y consultores

**Servicios de urgencia y de emergencia**

- ninguno 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 o consulta virtual
- ninguno • Consulta virtual de cuidados urgentes
- ninguno • Centro de cuidados urgentes
- ninguno • Sala de emergencias - cargos por las instalaciones
- 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**

después de alcanzar el deducible

- Farmacia de venta al público (suministro de 30 días)
- ninguno • Escala 1 – Medicamentos genéricos preferidos y ciertos medicamentos de marca preferidos
  - ninguno • Escala 2 – Medicamentos de marca preferidos y ciertos medicamentos genéricos no preferidos<sup>1</sup>
  - ninguno • Escala 3 – Medicamentos no preferidos (genéricos o de marca)<sup>1</sup>
  - ninguno • Escala 4 – Medicamentos especializados cuando sean autorizados previamente por WHA (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)

- ninguno • Escala 1 – Medicamentos genéricos preferidos y ciertos medicamentos de marca preferidos
- ninguno • Escala 2 – Medicamentos de marca preferidos y ciertos medicamentos genéricos no preferidos<sup>1</sup>
- ninguno • Escala 3 – Medicamentos no preferidos (genéricos o de marca)<sup>1</sup>
- ninguno • Escala 4 – Medicamentos especializados cuando sean autorizados previamente por WHA

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/Rx](http://mywha.org/Rx) 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.

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 medicamento 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.\*\*

**SERVICIOS SUJETOS AL DEDUCIBLE**
**Equipo médico duradero (DME)**

- ninguno 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
- ninguno 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

- ninguno • Consultorio médico o consulta virtual
- ninguno • Servicios a paciente ambulatorio
- ninguno • Servicios de hospitalización, incluyendo desintoxicación — proporcionados en un centro participante de cuidados agudos
- ninguno • 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).



**costo para el miembro Otros servicios de salud**

después de alcanzar el deducible

- 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
- ninguno 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
- ninguno Servicios de habilitación
- ninguno 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
- ninguno 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 la información adicional sobre los beneficios en mywha.org.
- ninguno • Acupuntura
- ninguno • Atención quiropráctica, hasta 20 consultas por año

**costo para el miembro SERVICIOS MÉDICOS ADICIONALES — NO SUJETOS AL DEDUCIBLE**

- ninguno Examen pediátrico de la vista, hasta los 19 años
  - 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.

**IMPORTANTE:** Las cuentas de ahorro para la salud (HSA) son productos financieros complejos. Este es un plan de salud con deducible elevado. Aunque no existe obligación de contar con una HSA, WHA recomienda que consulte con su asesor de impuestos o de finanzas para hablar sobre los beneficios, y determinar si este plan y las HSA son una buena opción para usted.

**ADMINISTRACIÓN DE SU PLAN CON DEDUCIBLE ELEVADO:** El deducible y el máximo gasto anual de bolsillo se aplican solamente a los servicios cubiertos que se describen en este Resumen de Copagos. Los copagos y los deducibles por cualquier beneficio comprado por separado como cláusula adicional (rider), incluidos, entre otros, los beneficios de infertilidad, no se aplican a este deducible ni al máximo gasto anual de bolsillo. 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.