

WESTERN 5500/0/0 HDHP HMO PRIME

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 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.

responsabilidad del miembro

DEDUCIBLE

- \$5,500* Cobertura propia
- \$5,500* Individuo con cobertura de familia
- \$11,000* Cobertura de Familia

El deducible anual es la cantidad de dinero que un miembro o una familia debe pagar por los servicios cubiertos antes de que WHA comience a pagar esos servicios. 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. 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

- \$5,500 Cobertura propia
- \$5,500 Individuo con cobertura de familia
- \$11,000 Cobertura de Familia

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 QUE NO ESTÁN SUJETOS A 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
 - 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 primera consulta postnatal
 - Pruebas de cáncer de seno, cervical, próstata, colorrectal y otras pruebas de cáncer generalmente aceptadas
- ninguno Examen de la vista
- ninguno Examen del oído

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 SUJETOS A UN DEDUCIBLE

después de alcanzar el deducible

Servicios profesionales

- ninguno Consultas médicas, médico de atención primaria (PCP)
- ninguno Consultas médicas, especialista
- ninguno Servicios de planificación familiar



costo para el miembro
después de alcanzar el deducible

SERVICIOS SUJETOS A UN DEDUCIBLE

Servicios a pacientes ambulatorios

Cirugía de paciente ambulatorio

- ninguno • 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 laboratorio, 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, incluidas vacunas contra alergias

Servicios de hospitalización

- ninguno Cargos de estancia — cuarto semiprivado y comidas, y servicios hospitalarios para cuidados agudos o intensivos, que incluyen:
 - 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, 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

- ninguno • Consultorio médico
- 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 (incluido el servicio 911)

Cobertura de recetas

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 preferidos¹
- ninguno • Escala 3 – Medicamentos no preferidos (genéricos o de marca)¹

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 preferidos¹
- ninguno • Escala 3 – Medicamentos no preferidos (genéricos o de marca)¹

Cobertura de otras recetas

- ninguno Medicamento autoinyectable en el hogar
- ninguno Medicamento para la disfunción eréctil¹
- ninguno Se requiere el genérico si está disponible: aspirina, ácido fólico, (incluido 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.

Los medicamentos especializados no inyectables pueden estar clasificados en las Escalas 1-3. Independientemente de la escala, todos los medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días.

¹Más 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 **SERVICIOS SUJETOS A UN DEDUCIBLE**

después de alcanzar el 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 por adelantado por WHA
- ninguno 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 conductual

Trastornos de salud mental y farmacodependencia

- ninguno • Consulta médica
- ninguno • Servicios para pacientes ambulatorios
- ninguno • Servicios de hospitalización, incluida detoxificación — proporcionados en un centro de cuidados agudos participante
- ninguno • Servicios de hospitalización — proporcionados en un centro de tratamiento residencial
- ninguno • Servicios profesionales para pacientes internados, incluidos servicios de médicos

Trastornos psiquiátricos hace referencia a 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 necesaria, hasta 100 consultas en un año civil
- ninguno Centro de enfermería especializada, cuarto semiprivado y comida, cuando sea médicamente necesario y concertado por un Médico de Atención Primaria, incluidos medicamentos y servicios auxiliares prescritos, hasta 100 días por año civil
- 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, terapia cardíaca y pulmonar, cuando WHA las haya autorizado por adelantado y determinado que son médicamente necesarias 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 el Resumen de copagos de medicamentos alternativos para obtener información adicional sobre los beneficios y limitaciones.

 - ninguno • Acupuntura, hasta 20 consultas por año
 - ninguno • Atención quiropráctica, hasta 20 consultas por año

* 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 médico (HSA, por sus siglas en inglés) son productos financieros complejos. 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 DE DEDUCIBLE ALTO: 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 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 de bolsillo anuales, 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.