westernhealth ADVANTAGE

COBERTURA MÍNIMA

# VISIÓN PEDIÁTRICA

**BENEFICIO DE SALUD ESENCIAL (EHB)**

En virtud de los beneficios pediátricos para la vista, los servicios y anteojos están cubiertos para los miembros de Western Health Advantage menores de 19 años tal como se describe a continuación. Esto es un beneficio combinado con su plan médico. Consulte su resumen de copagos de WHA.

| | Beneficios del Examen de la Vista | Beneficios de Anteojos — Sujetos a Deducible* (POWERED BY EyeMed) |
|---|---|---|
| **Localizador de Proveedores** | Para programar un examen de la vista, localice a un proveedor participante en su área consultando el directorio en línea de WHA en **mywha.org/directory**. | Para obtener gafas, lentes de contacto o dispositivos para la visión disminuida a través de EyeMed en virtud de los beneficios pediátricos para la vista, debe obtenerlos de un proveedor participante de EyeMed.** Es su responsabilidad, o la del miembro, identificarse como beneficiario de un plan de EyeMed. Encuentre el localizador de proveedores de anteojos en **mywha.org/directory**. |
| **Servicios Cubiertos** | Los exámenes y accesorios están cubiertos bajo su plan médico con un proveedor participante de WHA.<br>• Se cubre un examen integral de la vista al año sin ningún costo.<br>• Los exámenes anuales de la vista no requieren una derivación de su médico de atención primaria (PCP), pero los miembros deben seleccionar un proveedor participante de WHA.<br>• Excepto el examen anual de la vista, los exámenes de la vista adicionales requieren una derivación de su PCP. | En virtud de este beneficio, cada año civil, EyeMed cubre una de las siguientes opciones, sin costo para usted (una vez que se alcance el deducible del plan médico*):<br>• Monturas designadas por el proveedor y lentes de plástico estándar, incluidos los monofocales, bifocales, trifocales, lenticulares y progresivos estándar<br>• **O lentes de contacto designados por el proveedor**<br>– Hasta un suministro de seis meses de lentes de contacto, monofocales esféricos o tóricos, desechables de un mes o dos semanas<br>– **O** hasta un suministro de tres meses de lentes de contacto monofocales esféricos, desechables diarios<br>Si su proveedor participante de WHA ha determinado que necesita lentes de contacto, éstos serán cubiertos por EyeMed o por WHA, como se indica a continuación:<br>• Los lentes de contacto médicamente necesarios requieren autorización previa y son cubiertos por EyeMed para las siguientes condiciones: Queratocono (agudeza visual a 20/40), miopía patológica, hiperopía, anisometropía (agudeza visual a 20/60), trastornos de la córnea, y astigmatismo irregular.<br>• Los lentes de contacto médicamente necesarios requieren autorización previa y son cubiertos por WHA para las siguientes condiciones: Aniseikonia, aniridia, trastornos postraumáticos, incluso la prevención o supresión de diplopía, y afaquia. Para obtener los lentes de contacto médicamente necesarios a través de WHA, debe obtener una derivación de su PCP.<br>• Beneficio ampliado para la aniridia y afaquia: Se cubren dos lentes de contacto médicamente necesarios por ojo, por año civil, para tratar la aniridia. Se cubren seis lentes de contacto médicamente necesarios por ojo, por año civil, para tratar la afaquia, incluso el ajuste y surtido, para los miembros de hasta nueve años.<br>• Para niños con visión disminuida (definida como la pérdida significativa de la visión, pero no ceguera total), se cubren un par de gafas de alto aumento por año civil, y un máximo de por vida de una lupa y un telescopio, sin costo adicional y con autorización previa. |

**Si tiene preguntas acerca de sus beneficios:**

**Servicios para Miembros de WHA**
al 888.563.2250 (TTY: 711),
de Lunes a Viernes (8 a.m a 6 p.m.)

**Servicio al Cliente de EyeMed** al 844.844.0891,
de Lunes a Sábado (5 a.m. a 8 p.m.),
Domingo (8 a.m. a 5 p.m.)

**Para los anteojos cubiertos obtenidos de un proveedor fuera de la red, habrá un costo para el miembro. Revise la documentación del plan en mywha.org.

| | |
|---|---|
| *Deducible Anual | $9,450 individual/$18,900 familiar |
| Máximo Gasto de Bolsillo (OOP) | $9,450 individual/$18,900 familiar |
| Máximo Anual | N.A. |

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, 711 (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 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 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 شماره711 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 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، 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 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। ਦੁਭਾਸੀਏ 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,
អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនឹងព័ត៌មាន
នៅក្នុងភាសារបស់អ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់
អ្នកត្រចៀកថ្លង់ 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