

**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 CONSTANCIA DE COBERTURA Y CONTRATO DEL PLAN PARA UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA.**

**DEDUCIBLE** **COSTO PARA EL MIEMBRO**  
 Cantidad del deducible ..... Ninguno

**MÁXIMO GASTO ANUAL DE BOLSILLO** **COSTO PARA EL MIEMBRO**

El máximo gasto de bolsillo para un Miembro por año natural se limita a la cantidad del Individuo o a la cantidad de la Familia, lo que se satisfaga primero:

Individual ..... \$1,500

Familia ..... \$2,500

Todos los copagos que se indican en este Resumen de Copagos que no están marcados con un \* aportan al máximo gasto de bolsillo.

Máximo por toda la vida ..... Ninguno

**SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA** **COSTO PARA EL MIEMBRO**

Servicios de atención preventiva, incluso análisis clínicos, como se indica en la sección

Servicios Preventivos Cubiertos sin Costos Compartidos de la EOC/DF ..... Ninguno

Exámenes físicos anuales y atención de niño sano ..... Ninguno

Vacunas, adulto y pediátricas ..... Ninguno

Servicios preventivos para mujeres ..... Ninguno

Atención de maternidad, después del diagnóstico inicial, consultas pre y postnatales y análisis clínicos ..... Ninguno

Exámenes de detección de cáncer de mama, de cuello uterino, de próstata y colo-rectal ..... Ninguno

Nota: los procedimientos que resultan 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 consulta debió haber sido el 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** **COSTO PARA EL MIEMBRO**

Consultas en consultorio, médico de atención primaria o especialista ..... \$20 por consulta

Exámenes de la vista y el oído ..... \$20 por visita

Servicios de planificación familiar ..... \$20 por visita

**SERVICIOS AMBULATORIOS** **COSTO PARA EL MIEMBRO**

Cirugía de paciente ambulatorio (realizada en consultorio) ..... \$20 por visita

Cirugía de paciente ambulatorio (centro quirúrgico)

- Cargos de estancia ..... \$100 por visita

- Servicios profesionales ..... Ninguno

Análisis clínicos, radiografías, electrocardiogramas y todos los demás estudios ..... Ninguno

Inyecciones terapéuticas, incluso vacunas contra alergias ..... \$5 por visita

Cualquier otro examen de detección de cáncer generalmente aceptado ..... Ninguno

**SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN** **COSTO PARA EL MIEMBRO**

Cargos de estancia - cuarto semiprivado y servicios hospitalarios para cuidados agudos o intensivos, incluso: ..... Ninguno

- Parto (cuarto privado cuando un proveedor participante lo determine médicamente necesario)

- Uso de quirófano y sala de recuperación, anestesia, medicamentos durante la hospitalización, radiografías, análisis clínicos, radioterapia, servicios de transfusión de sangre, servicios de rehabilitación y sala de cuna para recién nacido

Servicios profesionales para pacientes internados, incluso: ..... Ninguno

- Servicios de médicos, incluso cirujanos, anestesiólogos y consultores

- Enfermera privada cuando lo recete un médico participante

## SERVICIOS URGENTES Y DE EMERGENCIA

## COSTO PARA EL MIEMBRO

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 del médico . . . . .	\$20 por consulta
Centro de atención urgente . . . . .	\$35 por visita
Sala de emergencias de hospital (se elimina si es internado) . . . . .	\$100 por visita
Servicio de ambulancia según sea médicamente necesario o en una emergencia potencialmente mortal (incluso 911). . . . .	Ninguno

## COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA

Se excluyen los medicamentos con receta médica para pacientes ambulatorios, a menos que el Empleador haya seleccionado una cláusula adicional (rider) para medicamentos con receta médica (consulte su Resumen de Copagos del plan de Recetas Médicas, si corresponde).

## EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME)

## COSTO PARA EL MIEMBRO

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 . . . . .	Copago del 20%*
Dispositivos ortopédicos y protésicos cuando un médico participante haya determinado que son médicamente necesarios y cuando hayan sido autorizados por adelantado por WHA . . . . .	\$20

## SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

## COSTO PARA EL MIEMBRO

Servicios ambulatorios para trastornos de salud mental y farmacodependencia . . . . .	\$20 por visita
Servicios hospitalarios de paciente internado para el tratamiento de trastornos de salud mental, facilitados en un:	
Centro de cuidados agudos participante . . . . .	Ninguno
Centro de tratamiento residencial u hospitalización parcial. . . . .	Ninguno
Trastornos psiquiátricos quiere decir 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).	
Servicios hospitalarios de paciente internado para farmacodependencia, incluyendo deshabituación, en un:	
Centro de cuidados agudos participante . . . . .	Ninguno
Centro de tratamiento residencial u hospitalización parcial. . . . .	Ninguno

## OTROS SERVICIOS DE SALUD

## COSTO PARA EL MIEMBRO

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 natural. . . . .	Ninguno
Centro de enfermería especializada, cuarto semiprivado y alimentación cuando sea médicamente necesario y concertado por un médico de atención primaria, incluso medicamentos y servicios auxiliares prescritos, hasta 100 días por año civil . . . . .	Ninguno
Servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio, incluso: . . . . .	\$20 por visita
• Servicios de terapia física, del habla y ocupacional cuando WHA los haya autorizado por adelantado y determinado que son médicamente necesarios	
• Terapia respiratoria, rehabilitación cardíaca y pulmonar, cuando WHA los haya autorizado por adelantado y determinado que son médicamente necesarios y que produzcan una mejora continua	
Rehabilitación de paciente internado . . . . .	Ninguno
Materiales autoinyectables en el hogar, hasta un copago máximo de \$100 por suministro de 30 días (las medicinas especializadas autoinyectables que cuestan más de \$500 por un suministro de 30 días se limitan a un suministro de 30 días; la insulina se cubre bajo el beneficio de recetas médicas). . . . .	Copago del 20%*
Los beneficios de Quiropráctico y Acupuntura se facilitan por medio de Landmark Healthplan of California, Inc., un plan autorizado por California Knox Keene (consulte la información adicional sobre beneficios).*	

\* Los copagos no aportan al máximo gasto de bolsillo (a menos que sean requeridos para el control o tratamiento de la diabetes o para suministros y equipos para el asma infantil). Los copagos estructurados como un porcentaje del costo total se basan en la tarifa de contrato de WHA.