



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.

OBLIGACIONES DEL MIEMBRO
(GASTOS DE BOLSILLO)

DEDUCIBLE ANUAL

Cantidad si está inscrito solamente como Miembro Individual	\$1,800
Cantidad si está inscrito como Familia	\$3,600

El *deducible anual* es la cantidad de dinero que un miembro debe pagar por servicios cubiertos antes de que WHA comience a cubrir esos servicios. 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. El deducible se aplica cada año civil. Si tiene cobertura familiar, no hay un deducible diferente para cada miembro de la familia; por el contrario, deben satisfacer todo el deducible de la Familia antes de que WHA empiece a asumir responsabilidad por los servicios cubiertos de un miembro particular de la familia. Las cantidades pagadas por servicios no cubiertos no se aplican al deducible de un miembro.

MÁXIMO GASTO ANUAL DE BOLSILLO

Cantidad si está inscrito solamente como Miembro Individual	\$1,800
Cantidad si está inscrito como Familia	\$3,600

El *máximo gasto de bolsillo* es la cantidad total máxima de copagos y deducibles que un miembro debe pagar por servicios cubiertos durante cualquier año civil. Si tiene cobertura familiar, no hay un máximo gasto de bolsillo diferente para cada miembro de la familia; por el contrario, es necesario satisfacer el máximo gasto de bolsillo de toda la Familia para que ya no tenga que pagar ningún copago durante ese año natural. Las cantidades pagadas por servicios no cubiertos no se aplican al máximo gasto de bolsillo.

Máximo por toda la vida	Ninguno
-----------------------------------	---------

COSTO AL MIEMBRO

SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA (NO SUJETOS AL DEDUCIBLE)

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
Exámenes de la vista y del oído.	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.

COSTO PARA EL MIEMBRO
DESPUÉS DE SATISFACER EL DEDUCIBLE

SERVICIOS PROFESIONALES(SUJETOS AL DEDUCIBLE)

Consultas en consultorio, médico de atención primaria o especialista	Ninguno
Servicios de planificación familiar	Ninguno



Western 1800MHP: UN PLAN COMPATIBLE CON HSA

RESUMEN DE COPAGO — *Un beneficio uniforme de un plan de salud y matriz de cobertura*

COSTO PARA EL MIEMBRO DESPUÉS DE SATISFACER EL DEDUCIBLE

SERVICIOS AMBULATORIOS (SUJETOS AL DEDUCIBLE)

Cirugía de paciente ambulatorio (realizada en consultorio)	Ninguno
Cirugía de paciente ambulatorio (centro quirúrgico)	
• Tarifas del centro	Ninguno
• Servicios profesionales	Ninguno
Análisis clínicos, radiografías, electrocardiogramas y todos los demás estudios	Ninguno
Inyecciones terapéuticas, incluso vacunas contra alergias	Ninguno
Cualquier otro examen de detección de cáncer generalmente aceptado	Ninguno

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (SUJETOS AL DEDUCIBLE)

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 (SUJETOS AL DEDUCIBLE)

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	Ninguno
Centro de cuidados urgentes	Ninguno
Sala de emergencias de hospital, se elimina si es internado	Ninguno
Servicio de ambulancia según sea médicamente necesario o en una emergencia potencialmente mortal, incluso 911	Ninguno

COPAGOS DE RECETAS MÉDICAS PARA MEDICAMENTOS CUBIERTOS (SUJETOS AL DEDUCIBLE)

Farmacia de atención al público, suministro de hasta 30 días	
• Escala 1 – Medicamento genérico Preferido	Ninguno
• Escala 2 – Medicamento de marca Preferido	Ninguno
• Escala 3 – Medicamento No Preferido	Ninguno
Pedido por Correo, suministro de hasta 90 días	
• Escala 1 – Medicamento genérico Preferido	Ninguno
• Escala 2 – Medicamento de marca Preferido	Ninguno
• Escala 3 – Medicamento No Preferido	Ninguno

Los siguientes medicamentos recetados están cubiertos sin costo para el miembro (se requieren genéricos si están disponible): vitaminas prenatales, ácido fólico, fluoruro para niños de edad pre-escolar, medicamentos para dejar el tabaco y anticonceptivos para mujeres.

EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME) (SUJETOS AL DEDUCIBLE)

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	Ninguno

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL (SUJETOS AL DEDUCIBLE)

Servicios ambulatorios para trastornos de salud mental y farmacodependencia Ninguno

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 (SUJETOS AL DEDUCIBLE)

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: Ninguno

- 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). Ninguno

INFORMACIÓN ADICIONAL

COPAGOS Y DEDUCIBLES

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 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 deducibles por cualquier beneficio comprado por separado como cláusula adicional (rider), incluso, entre otros, los beneficios de infertilidad, no se aplican a este deducible ni al máximo gasto anual de bolsillo.

Cuando sus copagos y pagos de deducibles por los servicios descritos en este Resumen de Copagos hayan llegado al máximo gasto anual de bolsillo, WHA le proporcionará automáticamente un documento que demuestra que usted no tiene que pagar ningún otro copago ni deducible por servicios cubiertos por el resto del año civil.

Para ver las cantidades aplicadas a su deducible anual y máximo gasto de bolsillo, simplemente ingrese a su servicio Accumulator a través del Acceso Personal en westernhealth.com.

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, por favor, a Servicios para Miembros de WHA.

PARA CONTACTARNOS

Si tiene preguntas, llame, por favor, a Servicios para Miembros de WHA entre las 8 a.m. y las 5 p.m., de lunes a viernes al 916.563.2250 o gratis al 888.563.2250.

Importante: Las HSA (cuentas de ahorro médico) son productos financieros complejos. WHA recomienda que consulte a su asesor fiscal para determinar si las HSA y este plan de seguro médico de deducible elevado es una buena opción para usted.