

Resumen de beneficios del plan de salud con derechos adquiridos por antigüedad

Si el plan que desea está a la derecha de su plan actual, puede cambiarse a ese plan.*

	Copayment 25 HMO	Deductible HMO 20/500	Copayment 40 HMO	Deductible HMO 25/1000	Copayment 50 HMO
Características					
Deductible anual del plan individual (solo el suscriptor)	Ninguno	\$500	Ninguno	\$1,000	Ninguno
Deductible anual del plan familiar (individuo/familia)	Ninguno/Ninguno	\$500/\$1,000	Ninguno/Ninguno	\$1,000/\$2,000	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual del plan individual (solo el suscriptor)	\$2,500	\$2,500	\$3,000	\$3,000	\$3,500
Gasto máximo de bolsillo anual del plan familiar (individuo/familia)	\$2,500/\$5,000	\$2,500/\$5,000	\$3,000/\$6,000	\$3,000/\$6,000	\$3,500/\$7,000
Beneficios					
Atención preventiva					
Examen físico de rutina, mamografías, etc.	\$25	\$20	\$40	\$25	\$50
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)					
Visita al consultorio de atención primaria	\$25	\$20	\$40	\$25	\$50
Visita al consultorio de atención especializada	\$25	\$20	\$40	\$25	\$50
La mayoría de las radiografías	\$10	\$10 después del deducible	\$10	\$10 después del deducible	\$10
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$10	\$10 después del deducible	\$10	\$10 después del deducible	\$10
IRM, TC y TEP	\$50	\$10 después del deducible	\$50	\$50 después del deducible	\$50
Cirugía ambulatoria	\$100	\$50 después del deducible	\$200	\$150 después del deducible	\$250
Consulta de salud mental	\$25	\$20	\$40	\$25	\$50
Atención para pacientes hospitalizados					
Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos	\$200 por día	\$100 por día después del deducible	\$350 por día	\$250 por día después del deducible	\$500 por día
Maternidad					
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	\$10	\$10	\$15
Parto y cuidados de bienestar infantil para el bebé en el hospital	\$200 por día	\$100 por día después del deducible	\$350 por día	\$250 por día después del deducible	\$500 por día
Atención de emergencia y de urgencia					
Visita al Departamento de Emergencias	\$100	\$100 después del deducible	\$100	\$100 después del deducible	\$150
Consulta de atención de urgencia	\$25	\$20	\$40	\$25	\$50
Medicamentos de venta con receta					
Farmacia del plan (hasta un suministro de 30 días)	Genérico: \$10 Marca: \$35	Genérico: \$10 Marca: \$35	Genérico: \$10 Marca: \$35	Genérico: \$10 Marca: \$35	Sin cobertura con la excepción de los anticonceptivos para mujeres Genérico: \$10 Marca: \$35
Pedidos por correo (hasta un suministro de 100 días)	Genérico: \$20 Marca: \$70	Genérico: \$20 Marca: \$70	Genérico: \$20 Marca: \$70	Genérico: \$20 Marca: \$70	No está cubierto
Otros servicios					
Descuentos de ChooseHealthy™, así como otros programas de bienestar y salud	Incluido kp.org/vidasaludable	Incluido kp.org/vidasaludable	Incluido kp.org/vidasaludable	Incluido kp.org/vidasaludable	Incluido kp.org/vidasaludable

Este resumen del plan tiene como objetivo resaltar solamente algunas de las preguntas más comunes sobre los beneficios y sus respectivos copagos, coseguros y deducibles. Consulte el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación [EOC]* (Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form, EOC) para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación [EOC]* visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al **1-800-788-0616** o comuníquese con su corredor de seguros. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuye al gasto máximo de bolsillo.

*Una vez que hayan pasado 30 días de la fecha de vigencia del nuevo plan con derechos adquiridos por antigüedad, no podrá regresar a su plan anterior.

Resumen de beneficios del plan de salud con derechos adquiridos por antigüedad

Si el plan que desea está a la derecha de su plan actual, puede cambiarse a ese plan.*

	Deductible HMO 30/1500	Deductible HMO 40/2000	Deductible HMO 0/1500 with HSA	Deductible HMO 0/2700 with HSA	Deductible HMO 30/2700 with HSA
Características					
Deductible anual del plan individual (solo el suscriptor)	\$1,500	\$2,000	\$1,500	\$2,700	\$2,700
Deductible anual del plan familiar (individuo/familia)	\$1,500/\$3,000	\$2,000/\$4,000	\$3,000/\$3,000	\$5,450/\$5,450	\$5,450/\$5,450
Gasto máximo de bolsillo anual del plan individual (solo el suscriptor)	\$3,500	\$4,000	\$3,000	\$5,000	\$5,250
Gasto máximo de bolsillo anual del plan familiar (individuo/familia)	\$3,500/\$7,000	\$4,000/\$8,000	\$6,000/\$6,000	\$10,000/\$10,000	\$10,500/\$10,500
Beneficios					
Atención preventiva					
Examen físico de rutina, mamografías, etc.	\$30	\$40	Sin cargo	Sin cargo	\$30
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)					
Visita al consultorio de atención primaria	\$30	\$40	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$30 después del deducible
Visita al consultorio de atención especializada	\$30	\$40	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$30 después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$10 después del deducible	\$10 después del deducible	\$10 después del deducible	\$10 después del deducible	\$10 después del deducible
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$10 después del deducible	\$10 después del deducible	\$10 después del deducible	\$10 después del deducible	\$10 después del deducible
IRM, TC y TEP	\$50 después del deducible	\$50 después del deducible	\$50 después del deducible	\$50 después del deducible	\$50 después del deducible
Cirugía ambulatoria	\$250 después del deducible	\$250 después del deducible	\$150 después del deducible	\$200 después del deducible	Coseguro del 30 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$30	\$40	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$30 después del deducible
Atención para pacientes hospitalizados					
Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos	\$500 por día después del deducible	\$500 por día después del deducible	\$300 por día después del deducible	\$400 por día después del deducible	Coseguro del 30 % después del deducible
Maternidad					
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto	\$30	\$40	Sin cargo	Sin cargo	\$10
Parto y cuidados de bienestar infantil para el bebé en el hospital	\$500 por día después del deducible	\$500 por día después del deducible	\$300 por día después del deducible	\$400 por día después del deducible	Coseguro del 30 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia					
Visita al Departamento de Emergencias	\$150 después del deducible	\$150 después del deducible	\$100 después del deducible	\$100 después del deducible	Coseguro del 30 % después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$30	\$40	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$30 después del deducible
Medicamentos de venta con receta					
Farmacia del plan (hasta un suministro de 30 días)	Genérico: \$10 Marca: \$35	Genérico: \$10 Marca: \$35	Genérico: \$10 Marca: \$35 después del deducible	Genérico: \$10 Marca: \$35 después del deducible	Sin cobertura con la excepción de los anticonceptivos para mujeres Genérico: \$10 Marca: \$35
Pedidos por correo (hasta un suministro de 100 días)	Genérico: \$20 Marca: \$70	Genérico: \$20 Marca: \$70	Genérico: \$20 Marca: \$70 después del deducible	Genérico: \$20 Marca: \$70 después del deducible	No está cubierto
Otros servicios					
Descuentos de ChooseHealthy™, así como otros programas de bienestar y salud	Incluido kp.org/vidasaludable	Incluido kp.org/vidasaludable	Incluido kp.org/vidasaludable	Incluido kp.org/vidasaludable	Incluido kp.org/vidasaludable

Este resumen del plan tiene como objetivo resaltar solamente algunas de las preguntas más comunes sobre los beneficios y sus respectivos copagos, coseguros y deducibles. Consulte el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación [EOC]* para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación [EOC]*, visite kp.org/plandocuments, llámenos al **1-800-788-0616** o comuníquese con su corredor de seguros. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuye al gasto máximo de bolsillo.

*Una vez que hayan pasado 30 días de la fecha de vigencia del nuevo plan con derechos adquiridos por antigüedad, no podrá regresar a su plan anterior.