

Beneficios destacados 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					
Deducible anual del plan para individuos (solo el suscriptor)	Ninguno	\$500	Ninguno	\$1,000	Ninguno
Deducible anual del plan para familias (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	\$500/\$1,000	Ninguno/Ninguno	\$1,000/\$2,000	Ninguno/Ninguno
Monto de gastos máximos anuales de su bolsillo del plan para individuos (solo el suscriptor)	\$2,500	\$2,500	\$3,000	\$3,000	\$3,500
Monto de gastos máximos anuales de su bolsillo del plan para familias (individual/familiar)	\$2,500/\$5,000	\$2,500/\$5,000	\$3,000/\$6,000	\$3,000/\$6,000	\$3,500/\$7,000
Beneficios					
Atención preventiva					
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	\$25	\$20	\$40	\$25	\$50
Servicios para pacientes externos (por visita o por 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 las pruebas 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 para pacientes externos (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, pruebas de laboratorio, 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 regular y primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	\$10	\$10	\$15
Parto y consulta de bienestar infantil 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					
Consulta en el 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 recetados					
Farmacia del plan (hasta un suministro de 30 días)	Medicamentos genéricos: \$10 Medicamentos de marca: \$35	Medicamentos genéricos: \$10 Medicamentos de marca: \$35	Medicamentos genéricos: \$10 Medicamentos de marca: \$35	Medicamentos genéricos: \$10 Medicamentos de marca: \$35	Sin cobertura con la excepción de los anticonceptivos para mujeres Medicamentos genéricos: \$10 Medicamentos de marca: \$35
Pedidos por correo (hasta un suministro de 100 días)	Medicamentos genéricos: \$20 Medicamentos de marca: \$70	Medicamentos genéricos: \$20 Medicamentos de marca: \$70	Medicamentos genéricos: \$20 Medicamentos de marca: \$70	Medicamentos genéricos: \$20 Medicamentos de marca: \$70	No está cubierto
Otros servicios					
Descuentos de ChooseHealthy™, así como otros programas de bienestar y salud	Incluido kp.org/livehealthy	Incluido kp.org/livehealthy	Incluido kp.org/livehealthy	Incluido kp.org/livehealthy	Incluido kp.org/livehealthy

Este resumen del plan tiene como objetivo destacar los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. 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 contribuyen al gasto máximo de bolsillo anual. Consulte el *Acuerdo de Membresía Combinado (Combined Membership Agreement)*, la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)* y el *Formulario de Revelación (Disclosure Form)* para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del EOC, visite kp.org/plandocuments, llámenos al 1-800-464-4000, o comuníquese con su corredor de seguros.

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

Beneficios destacados 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 para individuos (solo el suscriptor)	\$1,500	\$2,000	\$1,500	\$2,700	\$2,700
Deductible anual del plan para familias (individual/familiar)	\$1,500/\$3,000	\$2,000/\$4,000	\$3,000/\$3,000	\$5,450/\$5,450	\$5,450/\$5,450
Monto de gastos máximos anuales de su bolsillo del plan para individuos (solo el suscriptor)	\$3,500	\$4,000	\$3,000	\$5,000	\$5,250
Monto de gastos máximos anuales de su bolsillo del plan para familias (individual/familiar)	\$3,500/\$7,000	\$4,000/\$8,000	\$6,000/\$6,000	\$10,000/\$10,000	\$10,500/\$10,500
Beneficios					
Atención preventiva					
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	\$30	\$40	Sin cargo	Sin cargo	\$30
Servicios para pacientes externos (por visita o por 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 las pruebas de laboratorio	\$10 después del deducible	\$10 después del deducible	\$10 después del deducible	\$10 después del deducible	\$10 después del deducible
IRM, TC, TEP	\$50 después del deducible	\$50 después del deducible	\$50 después del deducible	\$50 después del deducible	\$50 después del deducible
Cirugía para pacientes externos (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, pruebas 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 regular y primera consulta posparto	\$30	\$40	Sin cargo	Sin cargo	\$10
Parto y consulta de bienestar infantil 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					
Consulta en el 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 recetados					
Farmacia del plan (hasta un suministro de 30 días)	Medicamentos genéricos: \$10 Medicamentos de marca: \$35	Medicamentos genéricos: \$10 Medicamentos de marca: \$35	Medicamentos genéricos: \$10 Medicamentos de marca: \$35 después del deducible	Medicamentos genéricos: \$10 Medicamentos de marca: \$35 después del deducible	Sin cobertura con la excepción de los anticonceptivos para mujeres Medicamentos genéricos: \$10 Medicamentos de marca: \$35
Pedidos por correo (hasta un suministro de 100 días)	Medicamentos genéricos: \$20 Medicamentos de marca: \$70	Medicamentos genéricos: \$20 Medicamentos de marca: \$70	Medicamentos genéricos: \$20 Medicamentos de marca: \$70 después del deducible	Medicamentos genéricos: \$20 Medicamentos de marca: \$70 después del deducible	No está cubierto
Otros servicios					
Descuentos de ChooseHealthy™, así como otros programas de bienestar y salud	Incluido kp.org/livehealthy	Incluido kp.org/livehealthy	Incluido kp.org/livehealthy	Incluido kp.org/livehealthy	Incluido kp.org/livehealthy

Este resumen del plan tiene como objetivo destacar los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. 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 contribuyen al gasto máximo de bolsillo anual. Consulte el *Acuerdo de Membresía Combinado (Combined Membership Agreement)*, la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)* y el *Formulario de Revelación (Disclosure Form)* para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia del EOC, visite kp.org/plandocuments, llámenos al **1-800-464-4000**, o comuníquese con su corredor de seguros.

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