

# GOLD 80 PPO 250/25 + CHILD DENTAL

CARACTERÍSTICAS	Nivel de proveedores participantes (dentro de la red) <sup>1</sup>	Nivel de proveedores no participantes (fuera de la red) <sup>1</sup>
	EL MIEMBRO PAGA	EL MIEMBRO PAGA
<b>DEDUCIBLE DEL PLAN</b> Integrado	Individual: \$250 <sup>2</sup> Familia: \$500 <sup>2</sup>	Individual: 1,000 <sup>2</sup> Familia: \$2,000 <sup>2</sup>
<b>GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO</b> Integrado	Individual: \$7,800 <sup>3</sup> Familia: \$15,600 <sup>3</sup>	Individual: \$15,600 <sup>2,3</sup> Familia: \$31,200 <sup>2,3</sup>
<b>EN EL CONSULTORIO MÉDICO</b> Visitas de atención médica primaria Visitas de atención de urgencia Visitas al consultorio de atención especializada Exámenes preventivos, vacunas (inmunizaciones) Atención prenatal Atención posparto Visitas de atención preventiva para el bienestar infantil Inyecciones para las alergias Servicios para el tratamiento de la infertilidad Terapia física, ocupacional y del habla La mayoría de los análisis de laboratorio La mayoría de los rayos X y pruebas diagnósticas La mayoría de los estudios de imágenes por resonancia magnética/tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones Cirugía ambulatoria (por servicio)	\$25 \$25 \$50 \$0 <sup>4</sup> \$0 <sup>5,6,7</sup> \$0 <sup>5</sup> \$0 20 % 50 % <sup>8</sup> \$25 \$25 \$65 20 % 20 %	40 % (una vez aplicado el deducible del plan) 40 % (una vez aplicado el deducible del plan) 40 % (una vez aplicado el deducible del plan) 40 % <sup>4</sup> 40 % <sup>5,6,7</sup> 40 % <sup>5</sup> 40 % 40 % (una vez aplicado el deducible del plan) Sin cobertura 40 % (una vez aplicado el deducible del plan) 40 % (una vez aplicado el deducible del plan) 40 % (una vez aplicado el deducible del plan) 40 % (una vez aplicado el deducible del plan) 40 % (una vez aplicado el deducible del plan)
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b> Visitas al Departamento de Emergencias (no se aplica si le hospitalizan directamente) Ambulancia	\$250 (una vez aplicado el deducible del plan) \$250 (una vez aplicado el deducible del plan)	\$250 (una vez aplicado el deducible del plan) \$250 (una vez aplicado el deducible del plan)
<b>MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA</b> Medicamentos genéricos (suministro para 30 días como máximo) Medicamentos de marca (suministro para 30 días como máximo) Medicamentos especializados (suministro para 30 días como máximo)		\$15 <sup>9,10</sup> \$50 <sup>9,10</sup> 20 % por receta médica, hasta un máximo de \$250 (una vez aplicado el deducible del plan) <sup>10</sup>
<b>ATENCIÓN EN EL HOSPITAL</b> Servicios de médicos, habitación y alimentación, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios para el parto Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por período de beneficios)	20 % (una vez aplicado el deducible del plan) 20 % (una vez aplicado el deducible del plan)	40 % (una vez aplicado el deducible del plan) 40 % (una vez aplicado el deducible del plan)
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b> En el consultorio médico En el hospital	\$25 20 % (una vez aplicado el deducible del plan)	40 % (una vez aplicado el deducible del plan) 40 % (una vez aplicado el deducible del plan)
<b>SERVICIOS PARA LA FARMACODEPENDENCIA</b> En el consultorio médico En el hospital (solo desintoxicación)	\$25 20 % (una vez aplicado el deducible del plan)	40 % (una vez aplicado el deducible del plan) 40 % (una vez aplicado el deducible del plan)
<b>OTROS</b> Teleconsultas Servicios quiroprácticos y de acupuntura  Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico) Determinados dispositivos protésicos y ortésicos Óptica pediátrica (artículos para la visión)  Examen de la vista pediátrico Óptica para adultos (artículos para la visión) Examen de la vista para adultos (para refracciones oculares) Atención médica a domicilio (hasta 100 visitas por año) Cuidados paliativos	\$0 \$25 por visita (solo servicios de acupuntura)  20 % <sup>11,12</sup> 20 % 1 par de anteojos o lentes de contacto por año <sup>13</sup> \$0 Sin cobertura \$0 20 % <sup>14</sup> \$0	\$0 40 % por visita (una vez aplicado el deducible del plan) (solo servicios de acupuntura) 40 % (una vez aplicado el deducible del plan) <sup>11,12</sup> 40 % (una vez aplicado el deducible del plan) 20 % (una vez aplicado el deducible del plan) <sup>13</sup>  \$0 (una vez aplicado el deducible del plan) Sin cobertura Sin cobertura 40 % (una vez aplicado el deducible del plan) <sup>14</sup> 40 % (una vez aplicado el deducible del plan)

(continúa)

(continuación)

<sup>1</sup>Los pagos se basan en el cargo máximo admisible para los servicios cubiertos. El cargo máximo admisible significa el más bajo de los montos usuales, acostumbrados y razonables, y la tarifa negociada o los cargos reales facturados. El cargo máximo admisible puede ser menor que el importe real que factura el proveedor. Si el monto de la factura supera el cargo máximo admisible para el servicio con cobertura, es posible que las personas que reciban los servicios con cobertura deban pagar la diferencia.

<sup>2</sup>Este plan tiene un deducible integrado y un gasto máximo de bolsillo. Cada uno de los miembros de la familia empezará a pagar copagos o coseguros después de alcanzar su propio deducible individual, o el gasto máximo de bolsillo (según el beneficio), cuando se alcance el deducible familiar o el gasto máximo de bolsillo. Los miembros individuales de la familia dejarán de estar sujetos al costo compartido cuando alcancen su propio gasto máximo de bolsillo individual o cuando se alcance el gasto máximo de bolsillo familiar.

<sup>3</sup>Los cargos cubiertos en los que se incurrió para alcanzar el gasto máximo de bolsillo al nivel de los proveedores no participantes no se acumularán para alcanzar el gasto máximo de bolsillo al nivel de los proveedores participantes. De igual modo, los cargos cubiertos en los que se incurrió para alcanzar el gasto máximo de bolsillo al nivel de los proveedores participantes no se acumularán para alcanzar el gasto máximo de bolsillo al nivel de los proveedores no participantes. Para comprender bien el gasto máximo de bolsillo, consulte su *Certificado de Seguro*.

<sup>4</sup>Los análisis, los rayos X y las vacunas con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.

<sup>5</sup>Las visitas prenatales programadas y la primera visita posparto.

<sup>6</sup>Las visitas prenatales de rutina en el consultorio tienen cobertura según lo exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Esto incluye la historia clínica inicial y las subsiguientes, los exámenes físicos, el registro del peso, la presión arterial, los ruidos cardíacos fetales y los análisis bioquímicos de orina de rutina.

<sup>7</sup>Los servicios para el parto y la atención para pacientes hospitalizados para la madre y el bebé tienen cobertura en su beneficio de servicios para pacientes hospitalizados. Para entender por completo cuáles son los servicios para el parto, consulte su *Certificado de Seguro* de KPIC.

<sup>8</sup>Los beneficios que se pagarán para el tratamiento de la infertilidad están limitados a \$1,000 por año para los servicios que presten los proveedores participantes. El tratamiento de la infertilidad incluye la transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT). La fecundación in vitro no está cubierta. Los beneficios que se pagarán para el diagnóstico de la infertilidad tendrán la misma cobertura que cualquier otra enfermedad.

<sup>9</sup>El asegurado tiene la responsabilidad de pagar el copago de los medicamentos de marca más la diferencia entre el costo del medicamento genérico y el medicamento de marca cuando solicite un medicamento de marca y haya una versión genérica disponible.

<sup>10</sup>Su plan tiene una lista de medicamentos recetados disponibles; sin embargo, es posible que determinados medicamentos de venta con receta estén excluidos de la cobertura. Consulte su *Certificado de Seguro* de KPIC para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones. Independientemente del proveedor que tenga, los medicamentos recetados se tienen que surtir en una farmacia de MedImpact. Llame a MedImpact al **800-788-2949** para obtener una lista de farmacias participantes.

<sup>11</sup>Tienen cobertura los DME básicos y suplementarios. El beneficio de DME suplementario está limitado a un beneficio máximo combinado de \$2,000 por año para los servicios de proveedores participantes y proveedores no participantes, y excluye los suministros y equipos para pruebas de glucosa para personas con diabetes.

<sup>12</sup>Los equipos y suministros para la diabetes se limitan al equipo de infusión y a la jeringa con la aguja para las bombas de insulina externas, las tiras reactivas, las lancetas, los protectores cutáneos, las toallitas limpiadoras para eliminar adhesivos y las películas transparentes. Los montos de coseguro dependen de los cargos cobrados y no están sujetos al límite máximo de DME de \$2,000 por año.

<sup>13</sup>Menores de 19 años. Un par de anteojos de una selección limitada.

<sup>14</sup>No se aplican límites a las visitas de terapeutas físicos, ocupacionales y del habla en el hogar.

**Esto es solamente un resumen de beneficios y está sujeto a cambios.** La *Evidencia de Cobertura* de KFHP y el *Certificado de Seguro* de KPIC contienen una explicación completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones. La información que se ofrece no tiene como fin describir todos los beneficios incluidos en cada plan, ni tampoco está diseñada para servir como la *Evidencia de Cobertura* o el *Certificado de Seguro*.