

# BRONZE 60 HMO 6300/75 + CHILD DENTAL + INFERTILITY\*

Plan HMO con deducible

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
<b>DEDUCIBLE DEL PLAN</b> Integrado	Individual: \$6,300 <sup>1,2</sup> Familiar: \$12,600 <sup>1,2</sup>
<b>GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO</b> Integrado	Individual: \$7,000 <sup>1,3</sup> Familiar: \$14,000 <sup>1,3</sup>
<b>EN EL CONSULTORIO MÉDICO</b> Consultas de atención primaria Consultas de atención de urgencia Consultas a especialistas Exámenes preventivos, vacunas (inmunizaciones) Atención prenatal Atención posparto Consultas de atención preventiva para niños sanos Inyecciones para las alergias Servicios para el tratamiento de la infertilidad Terapia física, ocupacional y del habla La mayoría de los análisis 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 procedimiento)	\$75 (una vez aplicado el deducible del plan) <sup>4</sup> \$75 (una vez aplicado el deducible del plan) <sup>4</sup> \$105 (una vez aplicado el deducible del plan) <sup>4</sup> \$0 <sup>5</sup> \$0 <sup>6</sup> \$0 <sup>6</sup> \$0 <sup>7</sup> \$5 (una vez aplicado el deducible del plan) 50% (fertilización in vitro, sin cobertura) \$75 \$40 100% (hasta los gastos máximos de bolsillo) <sup>2</sup> 100% (hasta los gastos máximos de bolsillo) <sup>2</sup>  100% (hasta los gastos máximos de bolsillo) <sup>2</sup>
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b> Consultas en el Departamento de Emergencias (no se aplica si el paciente es ingresado en el hospital directamente) Ambulancia	100% (hasta los gastos máximos de bolsillo) <sup>2</sup> 100% (hasta los gastos máximos de bolsillo) <sup>2</sup>
<b>RECETAS MÉDICAS</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)	100% por receta médica hasta un máximo de \$500 (después del deducible de \$500 para medicamentos) <sup>8</sup>  100% por receta médica hasta un máximo de \$500 (después del deducible de \$500 para medicamentos) <sup>8</sup>  100% por receta médica hasta un máximo de \$500 (después del deducible de \$500 para medicamentos) <sup>8</sup>
<b>ATENCIÓN EN 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)	100% (hasta los gastos máximos de bolsillo) <sup>2</sup> 100% (hasta los gastos máximos de bolsillo) <sup>2</sup>
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b> En el consultorio médico En el hospital	\$75 (una vez aplicado el deducible del plan) <sup>4</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>2</sup>
<b>SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA</b> En el consultorio médico En el hospital (solo desintoxicación)	\$75 (una vez aplicado el deducible del plan) <sup>4</sup> 100% (hasta los gastos máximos de bolsillo) <sup>2</sup>
<b>OTROS</b> Servicios quiroprácticos y de acupuntura  Determinado equipo médico duradero (solo básico) Determinados dispositivos protésicos y ortopédicos 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	\$75 por consulta (una vez aplicado el deducible del plan) <sup>4</sup> por acupuntura con remisión de un médico; los servicios quiroprácticos no tienen cobertura 100% (hasta los gastos máximos de bolsillo) <sup>2,9</sup> \$0 1 par de anteojos o lentes de contacto por año <sup>10</sup> \$0 Sin cobertura <sup>11</sup> \$0 100% (hasta los gastos máximos de bolsillo) <sup>2</sup> \$0

<sup>1</sup> Este plan tiene un deducible integrado y gastos máximos de bolsillo. Cada uno de los miembros de la familia empezará a pagar copagos o coseguros después de alcanzar su propio deducible individual o los gastos máximos de bolsillo (según el beneficio) o cuando se alcancen el deducible familiar o los gastos máximos de bolsillo. Los miembros individuales de la familia dejarán de estar sujetos al costo compartido cuando alcancen sus propios gastos máximos de bolsillo individuales o cuando se alcancen los gastos máximos de bolsillo familiares.

<sup>2</sup> Aun cuando se alcance el deducible, el miembro todavía pagará un coseguro del 100% para beneficios seleccionados hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo. Una vez alcanzados los gastos máximos de bolsillo, no se paga ningún cargo por los servicios cubiertos.

<sup>3</sup> Los gastos máximos de bolsillo son el monto máximo que un individuo o una familia pagará por determinados servicios en un año.

<sup>4</sup> El deducible no se aplica durante las primeras tres consultas combinadas para atención primaria no preventiva, atención especializada, atención de otro médico general, atención de urgencia y servicios como paciente externo de salud mental y de la conducta y trastornos por el abuso de sustancias.

<sup>5</sup> Los análisis de laboratorio, los rayos-X y las inmunizaciones con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.

<sup>6</sup> Las consultas prenatales programadas y la primera consulta posparto.

<sup>7</sup> Consultas de rutina para niños sanos hasta los 23 meses de edad.

<sup>8</sup> Los medicamentos recetados están cubiertos de conformidad con nuestra lista de medicamentos recetados disponibles cuando los receta un médico del plan y se obtienen en farmacias del plan.

Algunos medicamentos tienen copagos diferentes. Para obtener información sobre nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, incluidos los medicamentos especializados, visite [kp.org/formulary](http://kp.org/formulary) (en inglés) o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

<sup>9</sup> Consulte la *Evidencia de Cobertura* (Evidence of Coverage) para obtener información sobre lo que está incluido en sus beneficios de DME. La cobertura es limitada.

<sup>10</sup> Para menores de 19 años de edad.

<sup>11</sup> Los miembros de Kaiser Permanente tienen derecho a un 20% de descuento en anteojos y lentes de contacto comprados en centros ópticos de Kaiser Permanente. Estos descuentos no se pueden combinar con ningún otro beneficio de la vista del plan de salud. Los descuentos no se aplicarán a ninguna oferta, promoción o programa de paquetes de artículos para la visión, a ningún acuerdo de compra de lentes de contacto a largo plazo, o a ayudas o dispositivos para personas con visión disminuida. Visite [kp2020.org](http://kp2020.org) (en inglés) para conocer las direcciones de los centros ópticos de Kaiser Permanente.

**Esto es solo un resumen de beneficios y está sujeto a cambios.** La *Evidencia de Cobertura* de KFHP y el *Certificado de Seguro* (Certificate of Insurance) de KPIC contienen una explicación completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones. La información proporcionada en este folleto 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*.