

# BRONZE 60 PPO 6300/75 + CHILD DENTAL

Nivel de proveedores participantes  
(de la red)<sup>1</sup>

Nivel de proveedores no participantes  
(que no pertenecen a la red)<sup>1</sup>

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA	EL MIEMBRO PAGA
<b>DEDUCIBLE DEL PLAN</b> Integrado	Individual: \$6,300 <sup>2,3</sup> Familiar: \$12,600 <sup>2,3</sup>	Individual: \$12,600 <sup>2</sup> Familiar: \$25,200 <sup>2</sup>
<b>GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO</b> Integrado	Individual: \$7,000 <sup>2,4</sup> Familiar: \$14,000 <sup>2,4</sup>	Individual: \$14,000 <sup>2,4</sup> Familiar: \$28,000 <sup>2,4</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>5</sup> \$75 (una vez aplicado el deducible del plan) <sup>5</sup> \$105 (una vez aplicado el deducible del plan) <sup>5</sup> \$0 <sup>6</sup> \$0 <sup>7,8,9</sup> \$0 <sup>7</sup> \$0 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3,10</sup> \$75 \$40 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup>	100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 40% <sup>6</sup> 40% <sup>7,8,9</sup> 40% <sup>7</sup> 40% 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup>  Sin cobertura  100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup>  100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup>
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b> Consultas en el Departamento de Emergencias (no se aplica si el paciente es admitido en el hospital directamente) Ambulancia	100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup>	100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</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 (una vez aplicado el deducible para medicamentos de \$500) <sup>11,12</sup> 100% por receta médica hasta un máximo de \$500 (una vez aplicado el deducible para medicamentos de \$500) <sup>11,12</sup> 100% por receta médica hasta un máximo de \$500 (una vez aplicado el deducible para medicamentos de \$500) <sup>11</sup>	100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</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 alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup>	100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup>
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b> En el consultorio médico En el hospital	\$75 (una vez aplicado el deducible del plan) <sup>5</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup>	100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup>
<b>SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA</b> En el consultorio médico En el hospital (solo desintoxicación)	\$75 (una vez aplicado el deducible del plan) <sup>5</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup>	100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup>
<b>OTROS</b> Servicios quiroprácticos y de acupuntura  Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y 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 consultas por año)  Cuidados paliativos	\$75 por consulta (una vez aplicado el deducible del plan) <sup>5</sup> (solo servicios de acupuntura) 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3,13,14</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 1 par de anteojos o lentes de contacto por año <sup>15</sup> \$0 Sin cobertura \$0 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3,16</sup> \$0	100% por consulta (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> (solo servicios de acupuntura) 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3,13,14</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3,15</sup> \$0 (una vez aplicado el deducible del plan) Sin cobertura Sin cobertura 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3,16</sup> 100% (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) <sup>3</sup>

(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 inferior al monto real que el proveedor factura. 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 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 beneficiario) 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>3</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>4</sup>Los cargos cubiertos en los que se incurrió para alcanzar los gastos máximos de bolsillo al nivel de los proveedores no participantes no se acumularán para alcanzar los gastos máximos de bolsillo al nivel de los proveedores participantes. De igual modo, los cargos cubiertos en los que se incurrió para alcanzar los gastos máximos de bolsillo al nivel de los proveedores participantes no se acumularán para alcanzar los gastos máximos de bolsillo al nivel de los proveedores no participantes. Para comprender bien los gastos máximos de bolsillo, consulte su *Certificado de Seguro* (Certificate of Insurance).
- <sup>5</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>6</sup>Los análisis de laboratorio, los rayos-X y las inmunizaciones con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.
- <sup>7</sup>Las consultas prenatales programadas y la primera consulta posparto.
- <sup>8</sup>Las consultas prenatales de rutina en el consultorio tienen cobertura según lo exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Esto incluye las historias clínicas inicial y subsiguientes, los exámenes físicos, el registro del peso, la presión arterial, los tonos cardíacos fetales y los análisis bioquímicos de orina de rutina.
- <sup>9</sup>Los servicios para el parto y la atención hospitalaria 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>10</sup>Los beneficios pagaderos por el tratamiento de la infertilidad están limitados a \$1,000 por año para los servicios proporcionados por proveedores participantes. El tratamiento de la infertilidad incluye la transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT). La fecundación in vitro no está cubierta. Los beneficios pagaderos para el diagnóstico de la infertilidad tendrán la misma cobertura que cualquier otra enfermedad.
- <sup>11</sup>El asegurado tiene la responsabilidad de pagar el copago de los medicamentos de marca más la diferencia en el costo del medicamento genérico y el medicamento de marca cuando el asegurado solicita un medicamento de marca y haya una versión genérica disponible.
- <sup>12</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 ver una lista completa de las limitaciones y exclusiones. Independientemente del proveedor que tenga, los medicamentos de venta con receta se tienen que surtir en una farmacia de MedImpact. Llame a MedImpact al **800-788-2949** para obtener una lista de farmacias participantes.
- <sup>13</sup>Los DME, tanto básicos como suplementarios están cubiertos. 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 excluyen los suministros y equipos para pruebas de glucosa para personas con diabetes.
- <sup>14</sup>Los equipos e insumos para la diabetes se limitan al equipo de infusión y la jeringa con la aguja para las bombas de insulina externas, las tiras reactivas, las lancetas, los protectores cutáneos, las toallitas limpiadoras que eliminan 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>15</sup>Para menores de 19 años de edad.
- <sup>16</sup>No se aplican límites a las consultas a terapeutas físicos, ocupacionales y del habla en el hogar.

**Esto es solo un resumen de beneficios y está sujeto a cambios.** La *Evidencia de Cobertura* (Evidence of Coverage) de KFHP y el *Certificado de Seguro* 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*.