

# 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>GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO</b> Integrado	Individual: \$7,550 <sup>1,3</sup> Familiar: \$15,100 <sup>1,3</sup>
<b>EN EL CONSULTORIO MÉDICO</b> Visitas de atención médica primaria Visitas de atención de urgencia Visitas en un 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 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 el gasto máximo de bolsillo) <sup>2</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>2</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>2</sup>
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b> Visitas al Departamento de Emergencias (no se aplica si le hospitalizan directamente) Ambulancia	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>2</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>2</sup>
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS</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 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)	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>2</sup> 100 % (hasta el gasto máximo 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 el gasto máximo de bolsillo) <sup>2</sup>
<b>SERVICIOS PARA LA FARMACODEPENDENCIA</b> En el consultorio médico En el hospital (solo desintoxicación)	\$75 (una vez aplicado el deducible del plan) <sup>4</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>2</sup>
<b>OTRO</b> Teleconsultas Servicios quiroprácticos y de acupuntura  Determinado equipo médico duradero (DME) (solo 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 \$75 por visita (una vez aplicado el deducible del plan) <sup>4</sup> para servicios de acupuntura con remisión de un médico; los servicios quiroprácticos no tienen cobertura 100 % (hasta el gasto máximo 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 el gasto máximo de bolsillo) <sup>2</sup> \$0

<sup>1</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 individuales o cuando se alcance el gasto máximo de bolsillo familiares.

<sup>2</sup>Aun cuando se alcance el deducible, el miembro seguirá pagando un coseguro del 100% para beneficios seleccionados hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo. Una vez alcanzados el gasto máximo de bolsillo, no deberá pagar ningún cargo por los servicios cubiertos.

<sup>3</sup>El gasto máximo de bolsillo es el monto máximo que un individuo o familia pagará por determinados servicios en un año.

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

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

<sup>6</sup>Las visitas prenatales programadas y la primera visita posparto.

<sup>7</sup>Las visitas de bienestar infantil hasta los 23 meses de edad.

<sup>8</sup>Los medicamentos de venta con receta 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* 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.

<sup>11</sup>Los miembros de Kaiser Permanente tienen derecho a un 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 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 diseñado para servir como la *Evidencia de Cobertura* o el *Certificado de Seguro*.