

BRONZE 60 PPO 6300/75 + CHILD DENTAL

Nivel de proveedores participantes
(dentro de la red)¹

Nivel de proveedores no participantes
(fuera de la red)¹

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA	EL MIEMBRO PAGA
DEDUCIBLE DEL PLAN Integrado	Individual: \$6,300 ^{2,3} Familiar: \$12,600 ^{2,3}	Individual: \$12,600 ² Familiar: \$25,200 ²
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO Integrado	Individual: \$7,550 ^{2,4} Familiar: \$15,100 ^{2,4}	Individual: \$15,100 ^{2,4} Familiar: \$30,200 ^{2,4}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO 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 para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	\$75 (una vez aplicado el deducible del plan) ⁵ \$75 (una vez aplicado el deducible del plan) ⁵ \$105 (una vez aplicado el deducible del plan) ⁵ \$0 ⁵ \$0 ^{7,8,9} \$0 ⁷ \$0 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ^{3,10} \$75 \$40 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³	100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ 40 % ⁶ 40 % ^{7,8,9} 40 % ⁷ 40 % 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ Sin cobertura 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³
SERVICIOS DE EMERGENCIA Visitas al Departamento de Emergencias (no se aplica si le hospitalizan directamente) Ambulancia	100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³	100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³
MEDICAMENTOS RECETADOS 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 de \$500 de medicamentos) ^{11,12} 100 % por receta médica, hasta un máximo de \$500 (una vez aplicado el deducible de \$500 de medicamentos) ^{11,12} 100 % por receta médica, hasta un máximo de \$500 (una vez aplicado el deducible de medicamentos de \$500) ¹¹	
ATENCIÓN EN EL HOSPITAL Servicios de médicos, habitación y alimentación, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios de parto Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por período de beneficios)	100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³	100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³
SERVICIOS DE SALUD MENTAL En el consultorio médico En el hospital	\$75 (una vez aplicado el deducible del plan) ⁵ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³	100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³
SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA En el consultorio médico En el hospital (solo desintoxicación)	\$75 (una vez aplicado el deducible del plan) ⁵ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³	100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³
OTROS 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 de salud domiciliaria (hasta 100 visitas por año) Cuidados paliativos	\$0 \$75 por visita (una vez aplicado el deducible del plan) ⁵ (solo servicios de acupuntura) 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ^{3,13,14} 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ 1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹⁵ \$0 Sin cobertura \$0 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ^{3,16} \$0	\$0 100 % por visita (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) ³ (solo servicios de acupuntura) 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ^{3,13,14} 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ^{3,15} \$0 (una vez aplicado el deducible del plan) Sin cobertura Sin cobertura 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ^{3,16} 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ³

(continúa)

(continuación)

- ¹Los 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 podría 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.
- ²Este 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) cuando se alcance 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.
- ³Aun 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 deberán pagar ningún cargo por los servicios cubiertos.
- ⁴Los 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*.
- ⁵El 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).
- ⁶Los análisis de laboratorio, los rayos X y las vacunas con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.
- ⁷Las visitas prenatales programadas y la primera visita posparto.
- ⁸Las 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.
- ⁹Los servicios de 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.
- ¹⁰Los 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. 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.
- ¹¹El 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 solicite un medicamento de marca y haya una versión genérica disponible.
- ¹²Su plan tiene una lista de medicamentos recetados; sin embargo, es posible que determinados medicamentos recetados 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 **1-800-788-2949** para obtener una lista de farmacias participantes.
- ¹³Tienen 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 excluyen los suministros y equipos para pruebas de glucosa para personas con diabetes.
- ¹⁴Los 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.
- ¹⁵Para menores de 19 años de edad.
- ¹⁶No se aplican límites a las visitas a 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 diseñado para servir como la *Evidencia de Cobertura* o el *Certificado de Seguro*.