

# BRONZE 60 PPO 6300/75 + CHILD DENTAL

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

Nivel de proveedores no participantes  
(fuera de 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>GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO</b> Integrado	Individual: \$7,550 <sup>2,4</sup> Familiar: \$15,100 <sup>2,4</sup>	Individual: \$15,100 <sup>2,4</sup> Familiar: \$30,200 <sup>2,4</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>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 el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3,10</sup> \$75 \$40 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup>	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 40 % <sup>6</sup> 40 % <sup>7,8,9</sup> 40 % <sup>7</sup> 40 % 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> Sin cobertura 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</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>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup>	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</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 (una vez aplicado el deducible de \$500 de medicamentos) <sup>11,12</sup> 100 % por receta médica, hasta un máximo de \$500 (una vez aplicado el deducible de \$500 de medicamentos) <sup>11,12</sup> 100 % por receta médica, hasta un máximo de \$500 (una vez aplicado el deducible de medicamentos de \$500) <sup>11</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 periodo de beneficios)	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup>	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo 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 el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup>	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</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>5</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup>	100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup>
<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 \$75 por visita (una vez aplicado el deducible del plan) <sup>5</sup> (solo servicios de acupuntura)  100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3,13,14</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> Un par de anteojos o lentes de contacto por año <sup>15</sup> \$0 Sin cobertura \$0 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3,16</sup> \$0	\$0 100 % por visita (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> (solo servicios de acupuntura) 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3,13,14</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3</sup> 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3,15</sup> \$0 (una vez aplicado el deducible del plan) Sin cobertura Sin cobertura 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) <sup>3,16</sup> 100 % (hasta el gasto máximo 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 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.
- <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 individuales o cuando se alcance el gasto máximo de bolsillo familiares.
- <sup>3</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>4</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>5</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>6</sup>Los análisis de laboratorio, los rayos X y las vacunas con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.
- <sup>7</sup>Las visitas prenatales programadas y la primera visita posparto.
- <sup>8</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>9</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>10</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>11</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>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 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.
- <sup>13</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 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.
- <sup>16</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 diseñado para servir como la *Evidencia de Cobertura* o el *Certificado de Seguro*.