

Beneficios destacados de los planes de salud con derechos adquiridos por antigüedad

Si el plan que desea está a la derecha de su plan actual, puede cambiarse a ese plan.*

	Copayment 25 HMO	Deductible HMO 20/500	Copayment 40 HMO	Deductible HMO 25/1000	Copayment 50 HMO
Características					
Deductible anual del plan individual (solo el suscriptor)	Ninguno	\$500	Ninguno	\$1,000	Ninguno
Deductible anual del plan familiar (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	\$500/\$1,000	Ninguno/Ninguno	\$1,000/\$2,000	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo anual de bolsillo del plan individual (solo el suscriptor)	\$2,500	\$2,500	\$3,000	\$3,000	\$3,500
Gasto máximo anual de bolsillo del plan familiar (individual/familiar)	\$2,500/\$5,000	\$2,500/\$5,000	\$3,000/\$6,000	\$3,000/\$6,000	\$3,500/\$7,000
Beneficios					
Atención preventiva					
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	\$25	\$20	\$40	\$25	\$50
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o por procedimiento)					
Visita al consultorio de atención primaria	\$25	\$20	\$40	\$25	\$50
Visita al consultorio de atención especializada	\$25	\$20	\$40	\$25	\$50
La mayoría de las radiografías	\$10	\$10 después del deducible	\$10	\$10 después del deducible	\$10
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$10	\$10 después del deducible	\$10	\$10 después del deducible	\$10
RMN, TC y TEP	\$50	\$10 después del deducible	\$50	\$50 después del deducible	\$50
Cirugía para pacientes ambulatorios	\$100	\$50 después del deducible	\$200	\$150 después del deducible	\$250
Consulta de salud mental	\$25	\$20	\$40	\$25	\$50
Atención para pacientes hospitalizados					
Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos	\$200 por día	\$100 por día después del deducible	\$350 por día	\$250 por día después del deducible	\$500 por día
Maternidad					
Consulta de atención prenatal regular y primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	\$10	\$10	\$15
Parto y cuidados de bienestar infantil para el bebé en el hospital	\$200 por día	\$100 por día después del deducible	\$350 por día	\$250 por día después del deducible	\$500 por día
Atención de emergencia y de urgencia					
Consulta en el Departamento de Emergencias	\$100	\$100 después del deducible	\$100	\$100 después del deducible	\$150
Consulta de atención de urgencia	\$25	\$20	\$40	\$25	\$50
Medicamentos recetados					
Farmacia del plan (suministro hasta para 30 días)	Genérico: \$10 De marca: \$35	Sin cobertura con la excepción de los anticonceptivos para mujeres Genérico: \$10 De marca: \$35			
Pedidos por correo (hasta un suministro de 100 días)	Genérico: \$20 De marca: \$70	No está cubierto.			
Otros servicios					
Descuentos de ChooseHealthy™, así como otros programas de bienestar y salud	Se Incluye kp.org/vidasaludable				

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo Combinado de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación (EOC)* para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite kp.org/plandocuments (haga clic en "Español"), llámenos al **1-800-464-4000**, o comuníquese con su agente de seguros.

*Una vez que hayan pasado 30 días de la fecha de vigencia del nuevo plan con derechos adquiridos por antigüedad, no podrá regresar a su plan anterior.

Beneficios destacados de los planes de salud con derechos adquiridos por antigüedad

Si el plan que desea está a la derecha de su plan actual, puede cambiarse a ese plan.*

	Deductible HMO 30/1500	Deductible HMO 40/2000	Deductible HMO 0/1500 with HSA	Deductible HMO 0/2700 with HSA	Deductible HMO 30/2700 with HSA
Características					
Deductible anual del plan individual (solo el suscriptor)	\$1,500	\$2,000	\$1,500	\$2,700	\$2,700
Deductible anual del plan familiar (individual/familiar)	\$1,500/\$3,000	\$2,000/\$4,000	\$3,000/\$3,000	\$5,450/\$5,450	\$5,450/\$5,450
Gasto máximo anual de bolsillo del plan individual (solo el suscriptor)	\$3,500	\$4,000	\$3,000	\$5,000	\$5,250
Gasto máximo anual de bolsillo del plan familiar (individual/familiar)	\$3,500/\$7,000	\$4,000/\$8,000	\$6,000/\$6,000	\$10,000/\$10,000	\$10,500/\$10,500
Beneficios					
Atención preventiva					
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	\$30	\$40	Sin cargo	Sin cargo	\$30
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o por procedimiento)					
Visita al consultorio de atención primaria	\$30	\$40	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$30 después del deducible
Visita al consultorio de atención especializada	\$30	\$40	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$30 después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$10 después del deducible				
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$10 después del deducible				
MRI (imágenes por resonancia magnética), TC (tomografías computarizadas), PET (tomografías por emisión de positrones)	\$50 después del deducible				
Cirugía para pacientes ambulatorios	\$250 después del deducible	\$250 después del deducible	\$150 después del deducible	\$200 después del deducible	Coseguro del 30% después del deducible
Consulta de salud mental	\$30	\$40	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$30 después del deducible
Atención para pacientes hospitalizados					
Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio y medicamentos	\$500 por día después del deducible	\$500 por día después del deducible	\$300 por día después del deducible	\$400 por día después del deducible	Coseguro del 30% después del deducible
Maternidad					
Consulta de atención prenatal regular y primera consulta posparto	\$30	\$40	Sin cargo	Sin cargo	\$10
Parto y cuidados de bienestar infantil para el bebé en el hospital	\$500 por día después del deducible	\$500 por día después del deducible	\$300 por día después del deducible	\$400 por día después del deducible	Coseguro del 30% después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia					
Consulta en el Departamento de Emergencias	\$150 después del deducible	\$150 después del deducible	\$100 después del deducible	\$100 después del deducible	30% de coseguro después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$30	\$40	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$30 después del deducible
Medicamentos recetados					
Farmacia del plan (suministro hasta para 30 días)	Genérico: \$10 De marca: \$35	Genérico: \$10 De marca: \$35	Genérico: \$10 De marca: \$35 después del deducible	Genérico: \$10 De marca: \$35 después del deducible	Sin cobertura con la excepción de los anticonceptivos para mujeres Genérico: \$10 De marca: \$35
Pedidos por correo (hasta un suministro de 100 días)	Genérico: \$20 De marca: \$70	Genérico: \$20 De marca: \$70	Genérico: \$20 De marca: \$70 después del deducible	Genérico: \$20 De marca: \$70 después del deducible	No está cubierto.
Otros servicios					
Descuentos de ChooseHealthy™, así como otros programas de bienestar y salud	Se Incluye kp.org/vidasaludable				

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo Combinado de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación (EOC)* para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite kp.org/plandocuments (haga clic en "Español"), llámenos al **1-800-464-4000**, o comuníquese con su agente de seguros.

*Una vez que hayan pasado 30 días de la fecha de vigencia del nuevo plan con derechos adquiridos por antigüedad, no podrá regresar a su plan anterior.